

**Accès aux soins médicaux
pour les personnes
en situation de précarité**

Rapport – Avis
Dr. Jean-Luc DEHAENE, Rapporteur
Plénière du 4 octobre 2016

PLAN DU RAPPORT

Avant-propos

Une multiplicité de situations... face à une multiplicité de dispositifs

PARTIE 1 :

Les causes du non recours et du manque d'accessibilité pour les personnes en situation de précarité

1) Les causes relatives aux précarités cumulées et aux déterminants de santé négatifs

2) Les causes liées à l'offre de soins médicaux sur les territoires

2.a) Une organisation trop descendante, trop compartimentée, en manque de moyens

2.b) Une démographie médicale problématique, au présent comme au futur

3) Des non recours persistants, lourds de conséquences

3.a) Les raisons des non recours

3.b) Les conséquences des non recours

PARTIE 2 :

Les préconisations pour des réponses efficaces et porteuses de créations d'emplois

1) Informier : convaincre sans contraindre ni culpabiliser

1.a) Où ?

1.b) Quand ?

1.c) Par qui ?

2) Sur quels thèmes ?

2.a) Lutter contre le non-recours

2.b) Contre les barrières linguistiques et d'illettrisme

2.c) Promouvoir la prévention et les dépistages grâce au repérage

2.d) Former les professionnels, acteurs sociaux et les associations à la prévention en matière de santé, à la négociation et au dialogue

3) Agir sur l'offre de soins, en ville et en établissements, en associant les usagers :

3.a) Lutter contre la raréfaction des médecins sur certains territoires

3.b) Améliorer l'accueil hospitalier

3.c) Associer les usagers et les territoires

4) sensibiliser les enseignants, les formateurs les étudiants des professions de santé.

ANNEXES

Avant-propos :

« L'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux » : voilà comment se définit la précarité.

En réalité le spectre est beaucoup plus large, et toutes les précarités doivent être considérées, qu'elles soient d'ordre économique, social, culturel ou territorial.

Le champ est large, et il touche les personnes concernées à différents degrés. De plus, dans notre région, il existe une grande disparité des populations regroupées sous le terme de « précaires » selon leur statut, leur âge, leur implantation géographique.

La région des Hauts de France a le taux de mortalité le plus élevé de notre pays, il s'établit à 46,95 pour mille habitants, soit 24% de plus que la moyenne nationale, avec des pathologies lourdes : cancers (supérieurs de 27% à la moyenne nationale) maladies cardiovasculaires, diabète (9,9% en Picardie contre 5,8% en France) tumeurs...

L'espérance de vie est moins longue que celle de la moyenne nationale. Elle s'établit à 75,4 ans pour les hommes de notre région contre 79,2 ans en moyenne nationale, et à 82,2 ans pour les femmes des Hauts de France contre 85,4 ans en moyenne en France.

Le but du présent rapport n'est pas de faire un état des lieux de la démographie médicale ni de l'offre de soin en général, mais bien de discerner quelles sont les raisons du non recours aux soins des personnes en situation de précarité et leurs besoins spécifiques, et de proposer des solutions visant à améliorer la situation de notre région des Hauts de France.

Les différentes auditions menées au cours de ce travail nous ont convaincus, si besoin était, qu'en matière sanitaire et en particulier pour les soins aux personnes précaires, l'action régionale devait s'appuyer sur quatre axes :

Éducation, Prévention, Dépistage, Soins

Nous avons ainsi entendu que les conditions socio-économiques contribueraient pour une plus grande part à l'amélioration des conditions de santé... que les services de santé eux-mêmes, et ce, dès la naissance et jusqu'à la fin de la vie.

Par ailleurs, le non recours aux droits résulte bien souvent d'une méconnaissance de ceux-ci, due à des facteurs aussi divers que la barrière de la langue ou la complexité des documents à fournir, avant même que ne se pose la question du coût.

Enfin, les dispositifs existent, mais ils sont si nombreux... qu'ils en deviennent illisibles pour les personnes qu'ils pourraient aider. Ainsi, l'amélioration de l'action sanitaire en région dépend autant de l'investissement général dans ce domaine que de la portée réelle des actions et dispositifs existants.

Yvonne TASSOU
Vice-Présidente du CESER
en charge de la Santé,
du Sport et du Lien social

...Face à une multiplicité de dispositifs :



PARTIE 1 :
Les causes du non recours et du manque d'accessibilité
pour les personnes en situation de précarité

1) Les causes relatives aux précarités cumulées et aux déterminants de santé négatifs :

La précarité multiple, le cumul de misères conduisent aux difficultés d'accès aux soins.

Force est de constater en région que, depuis le rapport sur les facteurs d'aggravation de l'exclusion (CESER Nord Pas de Calais, juin 2012, H.Peltier) la pauvreté s'est encore accrue.

Déjà en 2012, on ne pouvait que constater « *une aggravation du chômage, du surendettement, des problèmes de logement, d'errance, de santé, d'illettrisme...* » comparée au précédent rapport de 2004.

En 2014, le taux de population vivant sous le seuil de pauvreté atteint en France 14,3%.

En addition des catégories déjà surexposées à la précarité :

- Les personnes sans emploi
- Les personnes sans logement ou mal logées
- Les personnes handicapées
- Les personnes isolées : personnes âgées isolées (en campagne ou en ville) ou sous tutelle
- Les personnes exclues, stigmatisées : de par leurs pratiques (travailleurs du sexe, usagers de drogues...) de par leur pathologie (VIH, santé mentale...)
- Les personnes fragilisées dans leur ensemble par des revenus trop faibles ou une situation de rupture (divorce, chômage, etc.)
- Les personnes détenues...

le rapport de 2012 notait aussi deux éléments nouveaux qui marquaient fortement la situation régionale.

• le premier est l'élargissement des publics touchés :

- Les jeunes sans emploi, sans ressources, qui ne bénéficient plus des solidarités familiales,
- Les salariés précaires,
- Les familles monoparentales,
- Les retraités à faibles ressources,
- et parmi ces publics, particulièrement les femmes ;

• le second est l'accentuation de phénomènes précarisant déjà connus, mais qui se cumulent et génèrent aujourd'hui les exclusions de demain :

- Les ruptures dans les parcours de vie (diminution des ressources ou du pouvoir d'achat, perte d'emploi, rupture familiale, migration, mise en détention, maladie, échec scolaire...) souvent accentuées par des procédures administratives radicales, complexes et excluantes (expulsion, coupure d'énergie, rétention administrative...)

- La forte augmentation de certains coûts qui pèsent sur les familles, et notamment la précarité énergétique (Cf. rapport du CESER qui a suivi sur la précarité énergétique et la santé, C.Schadkowski, 2015)

- L'inadaptation, l'insuffisance ou la méconnaissance des dispositifs publics d'aide, de soutien, voire de secours (niveau des retraites et des minima sociaux, quotient familial trop faible, barèmes non adaptés, accès complexes aux dispositifs d'aide, capacités d'accueil des foyers pour sans abri...).

Le cumul de ces facteurs impliquait déjà que des droits essentiels n'étaient plus garantis aux plus fragiles.

En 2016, ces données se confirment. Elles sont de plus marquées par un **phénomène migratoire** d'une ampleur inédite, générant des précarités dues aux ruptures majeures dans les parcours de vie des personnes concernées : stigmatisation, insécurité, barrière de la langue...

La précarité n'est donc pas seulement le fait de la faiblesse ou de l'inexistence de revenus. Elle peut se cumuler à tous les aspects de l'existence. L'accumulation d'une nouvelle fragilité sera d'autant plus grave que la personne est déjà en situation de précarité. Autrement dit, l'accumulation de fragilités n'a pas un effet multiplicatif mais exponentiel sur l'altération de l'état de santé.

Divers acteurs ont mené des études, des recensements pour en arriver à ce constat.

Si dans les CASO (Centres Accueil Soins Orientation) **Médecins du Monde** a constaté qu'une grande majorité d'étrangers est sans couverture sociale, il n'en demeure pas moins que la proportion de Français ne baisse plus depuis trois ans (jeunes majeurs, ruptures de droits) et que la proportion de mineurs explose. Plus notoire encore : 85% des personnes accueillies sont sans couverture maladie alors que les trois-quarts pourraient y prétendre. Enfin le public de ces établissements est constitué de 62% d'hommes et la moyenne d'âge s'établit à 33 ans, ce qui doit interroger le non-recours des femmes et des personnes âgées. Par ailleurs, la jeunesse du public concerné laisse présager une pérennisation de la situation.

De son côté, **l'Assurance Maladie** s'est appuyée sur les travaux de l'Observatoire du non recours aux droits (ODENOR) qui met en exergue l'influence du milieu social et des conditions économiques, pour mettre en place une offre plus adaptée aux personnes en situation de précarité. Ainsi, l'ODENOR distingue :

- le renoncement aux soins comme le fait pour un individu de ne pas faire appel aux services sanitaires alors qu'il pense en avoir besoin

- le non recours au soin qu'il définit comme l'existence d'un besoin avéré de soins, non satisfait. Dans son rapport de 2011¹, l'ODENOR observe que les personnes précaires sont particulièrement à risque de renoncer aux soins d'une part, et que les différences culturelles favorisent fortement ce non recours d'autre part.

¹ ODENOR, Le renoncement aux soins, 2011. https://odenore.msh-alpes.fr/documents/texte_p_warin_colloque_renoncement_aux_soins.pdf

Le diagnostic posé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dans le cadre de la démarche PLANIR (Plan local d'accompagnement des non recours, des incompréhensions et des ruptures) à l'appui des travaux menés par l'ODENOR, montre le lien entre conditions socio-économiques précaires et manque de recours aux droits et aux soins.

Le dispositif PLANIR englobe trois champs prioritaires :

- L'accès aux droits de base par la garantie de l'universalité et la continuité des droits de base, et la promotion de l'accès à une complémentaire santé.
- l'accès aux soins par une accessibilité géographique et tarifaire
- l'accès à la santé, au dépistage et à la prévention.

Pour ce faire, il a fallu établir un diagnostic territorial tenant compte des différents facteurs et indicateurs d'inégalité.

En parallèle, une analyse des pratiques de l'assurance maladie a permis de mettre en place un certain nombre d'alertes dont l'interprétation a abouti à des solutions techniques améliorant la fluidité d'accès aux soins. Ex : développement de partenariats avec les PASS des hôpitaux par la signature de conventions ; mise en place d'un circuit spécifique pour la gestion des bénéficiaires de l'ASE...

Les centres d'examen de santé financés par l'Assurance maladie utilisent quant à eux le **score « Epices »** (cf. annexes) destiné à détecter et quantifier la précarité, en s'appuyant sur des indicateurs de niveau socio-économique, de comportement et de santé perçue.

La **Fondation Abbé Pierre**, qui constate les difficultés d'accès aux soins des personnes pas ou mal logées, est à l'initiative d'une action permettant de libérer la parole des personnes concernées afin de mettre en place, elle aussi, des solutions adaptées.

Enfin, l'**OR2S en Picardie (Observatoire régional de la Santé et du Social)** cite une étude internationale affirmant que les services de santé ne contribuent qu'à hauteur de 10 à 15% à l'amélioration des conditions de santé, contre 45 à 50% pour les conditions socio-économiques.

Tableau 1: Importance relative des différents déterminants de la santé (contribution à la longévité en %) d'après les données de la recherche et telle que perçue dans la population (CDC, 1982; Domenighetti, 1990)

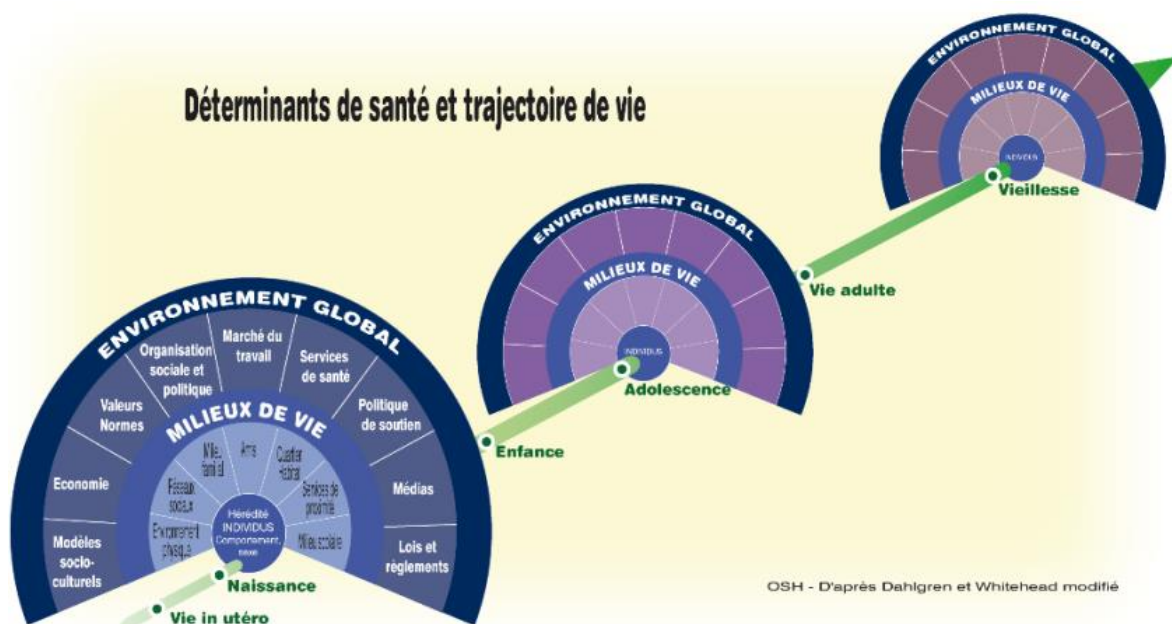
Déterminants	Recherche	Population
Services de santé	10 – 15%	60 – 65%
Environnement	20 – 25%	20%
Conditions socio-économiques	45 – 50%	10%
Génétique, facteurs biologiques	20%	5 – 10%

Les conditions socio-économiques sont bien le déterminant de santé le plus influent : il est donc primordial d'agir à ce niveau.



A l'échelle la plus globale, « la cause des causes est le statut socio-économique ».
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf

Les déterminants de santé existent dès la vie in utero, et une surdétermination existe de 0 à 6 ans, d'où l'importance de l'action sur la parentalité :

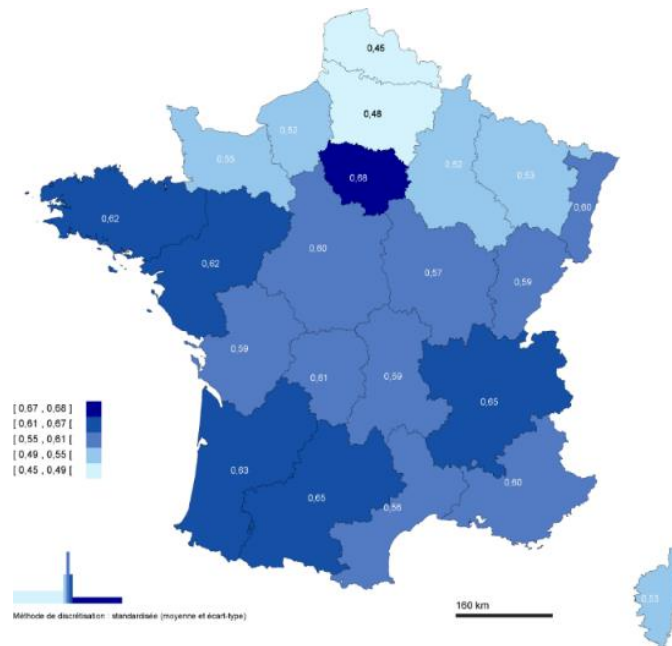


Ainsi, le taux de chômage, de mortalité brute, le nombre de bénéficiaires de la CMUC, la proportion de personnes sans diplômes, la part des allocataires bénéficiant de l'Allocation Adulte Handicapé, les taux de mortalité prématurée : tous ces indicateurs sont représentatifs de la précarité.

L'indice de développement humain (IDH), développé par les Nations-Unies, évalue le niveau de développement d'un territoire en considérant la santé, l'éducation et le revenu.

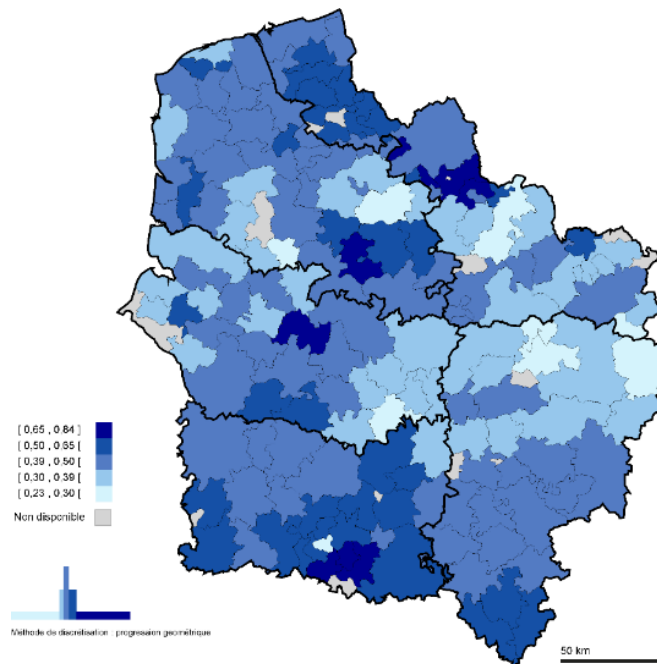
L'IDH-2 développé par l'Observatoire régional de la santé du Nord-Pas de Calais tient aussi compte des spécificités territoriales. Même en ne tenant compte que des trois dimensions de base de l'IDH :

- **Santé** : (indicateur : Espérance de vie à la naissance sur la période 2002-2012)
 - **Éducation** : (indicateur : Part de la population de 15 ans et plus ayant un diplôme en 2012)
 - **Revenu** : (indicateur : Revenu médian déclaré des ménages par unité de consommation en 2012),
- l'IDH-2 des Hauts de France est le plus faible de toutes les régions (voir carte page suivante).**



Sources : Inserm CépiDC, Insee RP 2012, Insee – Filosofi, exploitation OR2S

Par ailleurs, il existe de fortes disparités infra régionales avec un IDH-2 **davantage dégradé dans le nord de l’Aisne et dans l’Avesnois** :



Sources : Inserm CépiDC, Insee RP 2012, Insee – Filosofi, exploitation OR2S

Pour une même maladie, le taux de survie varie énormément en fonction de la précarité.

Concernant les migrants, pour Médecins du monde, les questions d'accès aux soins sont les mêmes que celles des non migrants les plus précaires (squats, à la rue, non intégrés socialement, exclus). On observe par exemple les mêmes pathologies, et les causes et conséquences du faible recours au système de soins se recourent.

De plus, l'économie donne un **caractère évolutif** à la précarité. L'ORS met d'ailleurs en place un système de vigilance-alerte sur les effets de la crise économique sur la santé.

Le lien étant établi entre conditions socio-économiques et accès à la santé, il est malheureusement aisé de comprendre la précarité sanitaire que connaissent **les personnes en grande exclusion**.

La Fondation Abbé Pierre explique les difficultés d'accès aux soins si l'on n'a pas de logement, ce qui aggrave la situation générale puisque les précarités se cumulent (santé, logement, travail). Elle souligne aussi la difficulté des personnes soignées à poursuivre un traitement quand le logement fait défaut, mettant en avant l'enjeu fondamental d'agir autant sur l'accès primaire que sur le maintien dans le système de soins dans la durée.

La difficulté d'accès aux soins des personnes en situation de précarité est accentuée par la précarité, et non par le type de pathologie.

2) Les causes liées à l'offre de soins médicaux sur les territoires :

Rappel des 4 mots clés : Éducation, Prévention, Dépistage, Soins

2.a) Une organisation trop descendante, trop compartimentée, en manque de moyens

Les auditions réalisées ont permis d'identifier des problèmes de lisibilité et de complexité du système de santé.

On relate **des liaisons insuffisantes entre les différents types d'acteurs (entre professionnels, entre milieux hospitaliers et collectivités...) et entre les différentes sphères : soin, social...**

Or, trop de cloisonnement entre les acteurs conduit à un manque de cohérence et d'efficacité. D'autre part, les personnes précaires renoncent plus souvent aux soins lorsqu'elles ne les estiment pas indispensables et/ou qu'elles en redoutent le coût. Elles y ont recours plus souvent en urgence, ce qui en complique la prise en charge.

L'organisation générale en région est à réadapter depuis la fusion des régions, avec une problématique qui se répercute sur tous les organismes présents à l'échelle régionale, comme l'Assurance maladie, les associations, les observateurs...

D'ailleurs l'ARS se structure pour mieux y répondre. Les directeurs territoriaux animent les politiques transversales sur les territoires, et notamment les volets santé des contrats de ville et la démocratie sanitaire, qui prend beaucoup d'importance avec la nouvelle loi santé. Les **chargés de mission thématiques** déclinent la thématique à l'échelle régionale, une des thématiques étant la **santé-précarité**.

Le Conseil régional récemment installé doit encore, dans le contexte de suppression de la clause générale de compétence, construire sa politique et définir son positionnement en matière de santé. Les précédentes mandatures ont eu une politique fortement volontariste, un fort copilotage du programme cancer, sur la prévention, sur de nombreux appels à projets. Les effets positifs se sont traduits par un rattrapage à l'échelle par rapport aux indicateurs nationaux, par exemple en matière d'imagerie (équipement et délais d'accès).

L'État travaille par définition avec l'ARS : PRSE avec la DREAL, santé-travail avec la DIRECCTE, volet santé des contrats de ville, contrats locaux de santé avec les sous-préfets...

Les groupements territoriaux permettent des interactions entre les hôpitaux, les territoires et la médecine de ville.

Mais le manque de moyens limite la portée de ces efforts. A l'échelle nationale comme en région, on déplore :

- un manque de moyens pour la prévention, l'éducation à la santé
- un système de santé fragilisé dans son organisation
- une remise en question du principe de solidarité du système
- un problème de répartition des moyens financiers : ex. manque de moyens pour les Samu sociaux.
- l'absence ou l'insuffisance de formation des professionnels. Il existe pourtant à Lille un Diplôme universitaire Santé Précarité depuis 2008 pour les médecins et travailleurs sociaux.
- un accès à la formation continue entravé par le manque de personnels de remplacement.

Or, c'est bien sur les personnes les plus en difficulté que tous ces manques ont le plus d'effet.

2.b) Une démographie médicale problématique, au présent comme au futur

Selon le rapport sénatorial d'Hervé MAUREY, *Agir vraiment*, Février 2013, la consommation de soins diminuerait à mesure que s'accroît la distance à l'équipement ou au service.

De plus en plus, les professionnels de santé s'installent à proximité de confrères, pour la réduction de l'isolement professionnel, la possibilité d'avoir un recours facile à différentes spécialités, la sécurité de l'exercice et les facilités d'organisation de gardes.

Même si elle se fait pour des raisons valables, **la concentration est un facteur de désertification médicale, et les effets les plus négatifs portent sur les populations en précarité.**

Or, **parallèlement à la concentration des professionnels de santé dans les centres urbains, les populations en précarité s'éloignent de ces centres**, à la limite du rural à cause du coût du logement. Cela crée des **poches de graves problèmes sanitaires, souvent sous-estimés étant donné que les données épidémiologiques manquent nécessairement chez les personnes qui ont peu recours au système sanitaire.** Le phénomène est déjà présent, notamment en Thiérache, dans l'Oise et dans l'Aisne, mais il **va encore s'aggraver.**

Les déserts médicaux augmentent, des plateaux techniques de second niveau sont supprimés.

On peut donc s'attendre à une nouvelle diminution du recours au soin, dans des zones où l'état de santé est déjà dégradé.

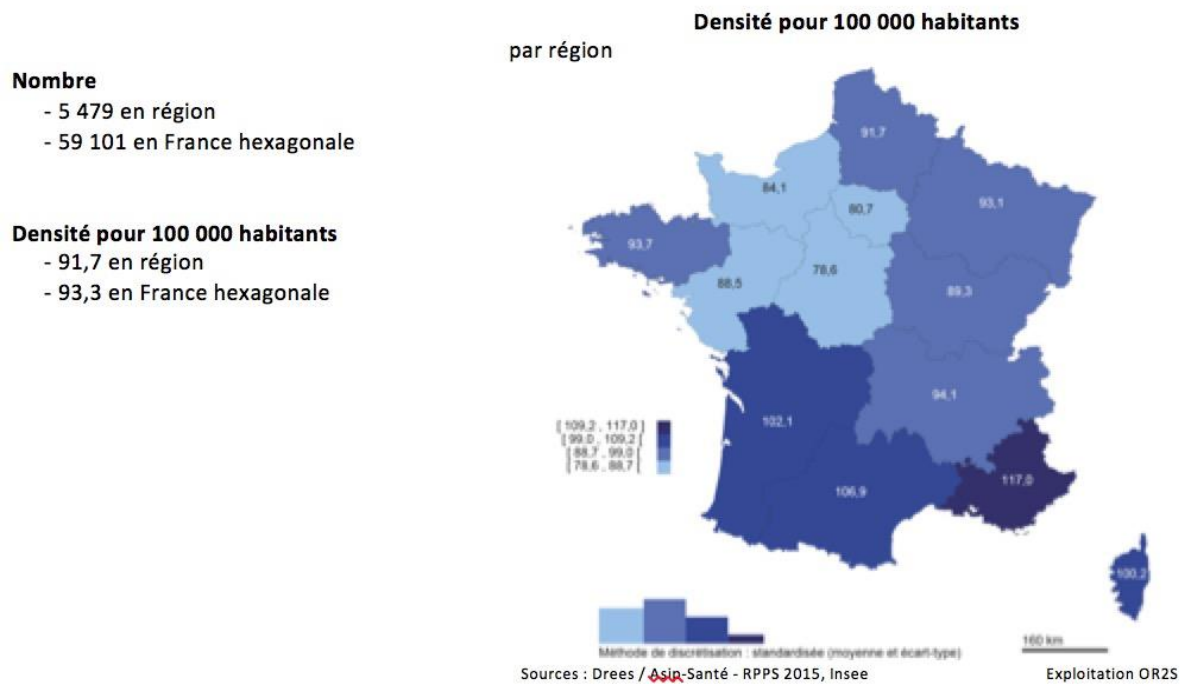
La réduction de l'offre de services de santé par les établissements et les changements dans les modes de financement des établissements (passage de la dotation globale à la tarification à l'acte...) génèrent des délais d'attente et ont eu des répercussions sur l'accès aux soins (OCDE, *Panorama de la santé 2013*). Cette tendance va s'accroître inéluctablement, notamment avec la réduction du nombre d'établissements de proximité.

Par ailleurs, le problème s'accroît avec le vieillissement et les nombreux départs à la retraite des professionnels de santé. On subit actuellement les effets de la politique de *numerus clausus*.

Par rapport à la moyenne française, il manque en région Hauts de France (Base : indicateurs PF2S – OR2S).

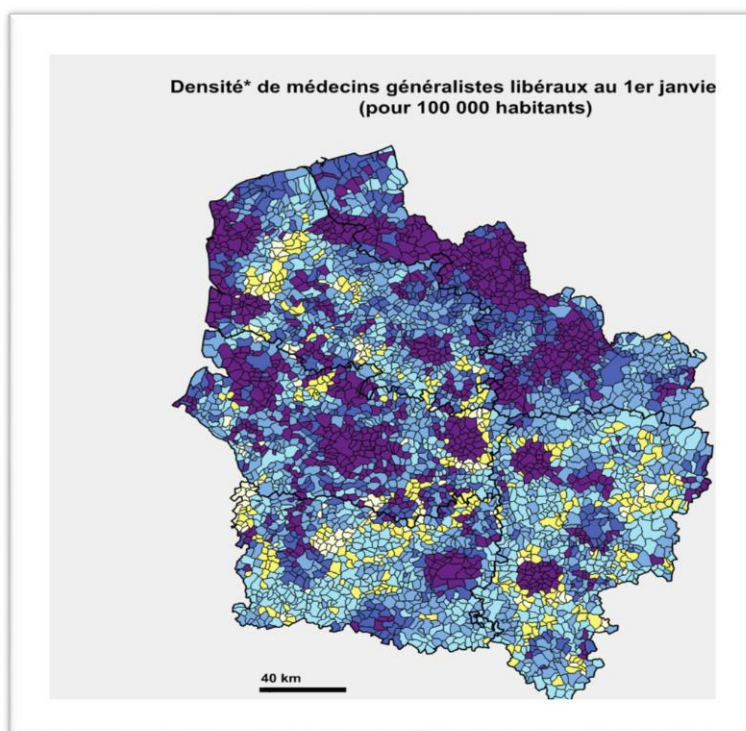
- 130 médecins généralistes
- 1 300 médecins spécialistes libéraux
- 1 200 médecins spécialistes salariés
- 900 chirurgiens-dentistes libéraux
- 1 400 infirmiers libéraux et 400 masseurs kinésithérapeutes.

**Densité de médecins généralistes libéraux au 1^{er} janvier 2015 en France
(base indicateurs PF2S – OR2S) :**



S'ajoutant aux déterminants négatifs, une densité de professionnels insuffisante se combine avec une répartition inégale sur le territoire de la Région Hauts de France (voir carte page suivante).

**Densité de médecins généralistes libéraux au 1^{er} janvier 2015 en Hauts de France
(base indicateurs PF2S – OR2S) :**



Densité	% au regard de la valeur nationale
97,9 et plus	105 % et plus
[88,6 ; 97,9 [[95 % ; 105 % [
[69,9 ; 88,6 [[75 % ; 95 % [
[46,6 ; 69,9 [[50 % ; 75 % [
[23,3 ; 46,6 [[25 % ; 50 % [
[0,0 ; 23,3 [[0 % ; 25 % [

* la carte ci-dessus présente des densités lissées par commune à partir des communes voisines d'ordre 1 et 2 (le lissage intègre également les communes limitrophes à la région).

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2015, Insee Exploitation OR2S

Zoom sur les incitations existant pour l'implantation localisée de médecins :

Certains dispositifs incitatifs, mis en place par l'assurance maladie, existent, mais ils sont souvent méconnus ou ignorés des jeunes médecins, voire de leurs formateurs.

- **stages extra-hospitaliers** : dans des cabinets de médecins généralistes, au moyen d'indemnités compensatrices pour ces médecins accueillant des stagiaires. L'efficacité est prouvée quand les maîtres de stage sont des médecins exerçant en MSP. Le nombre est en progression.
- **contrat d'engagement de service public** : allocation mensuelle et à l'installation, contre engagement de s'installer dans une zone déficitaire. 115 contrats signés en 2015 en Nord-Pas de Calais, soit 9% du total de l'objectif national.
- **contrat de praticien territorial de médecine générale** : garantie de revenu et protection sociale améliorée sur 2 ans. 20 contrats signés à ce jour. Les incitations, notamment financières, existent, mais sont sans effet, et les étudiants méconnaissent ces dispositifs.

Les MSP peuvent répondre à la lutte contre la désertification médicale, si elles sont bien conçues, y compris en ville, notamment dans les quartiers défavorisés (question de sécurité). Elles sont à coupler avec la télémédecine et les consultations avancées.

La télémédecine permet de pallier des carences locales et d'éviter certains déplacements. La télémédecine intéresse notamment les personnes âgées dans les Ehpad, car elle évite des hospitalisations coûteuses et perturbantes pour la personne. Elle trouve toute son utilité dans la prise en charge de plaies complexes, des pathologies neuro-vasculaires (Télé-AVC) et neurochirurgicales (Tél Urg).

Nouvelles dispositions conventionnelles visant à améliorer la répartition des médecins sur le territoire : Convention médicale de 2016.

1- Contrat type national d'aide à l'installation des médecins (CAIM).

Il a pour objet de favoriser l'installation dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins par une aide forfaitaire versée au moment de l'installation du médecin dans lesdites zones pour l'accompagner dans cette période de fort investissement en locaux, équipements, charges diverses. Subvention de 25.000€ à la signature du contrat et de 25.000€ 1 an plus tard.

2 - Contrat de transition pour les médecins (COTRAM).

Soutenir les médecins installés dans des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins, préparant leur cessation d'exercice, et prêts à accompagner pendant cette période de fin d'activité un médecin nouvellement installé dans leur cabinet. Subvention correspondant à 10% des honoraires de secteur 1.

3 - Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM).

Il valorise la pratique des médecins exerçant les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins et qui s'inscrivent dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire soit par un exercice regroupé, soit en appartenant à une équipe de soins primaires ou à une communauté professionnelle territoriale de santé. Subvention de 5.000€ par an.

4 - Contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM).

Ce contrat a pour objet d'inciter les médecins n'exerçant pas dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins à consacrer une partie de leur activité libérale pour apporter leur aide à leurs confrères exerçant dans les zones précitées. Subvention de 10% des honoraires de secteur 1.

Quelles raisons pour justifier le non recours aux soins ?



3) Des non recours persistants, lourds de conséquences

3.a) Les raisons des non recours

Dans un système de santé complexe, le taux de non recours aux soins devient très important, une partie des personnes concernées par les aides n'y recourant pas, volontairement ou non. Plusieurs raisons à une situation qui se dégrade nous ont été relatées.

Nous en donnons ici une description non exhaustive et sans porter de jugement.

- **Des pratiques abusives :**

Le regard sur la précarité est non seulement matériel et social, mais aussi de nature éducative. Les réponses varient en fonction des personnes, exclues ou « socialisées », et en fonction de la sensibilité des professionnels médico sociaux.

Le refus de soins

Il est regrettable que le refus de soins soit devenu une réalité. Il ne fait pas honneur au corps médical car il est totalement contraire à l'éthique médicale et au serment d'Hippocrate prononcé par les médecins lors de la soutenance de leur thèse.

Mais on peut espérer qu'il ne s'agit que d'une attitude marginale, malheureusement utilisée pour stigmatiser la profession. Celle-ci, très majoritairement, cherche encore à rendre le meilleur service médical possible à la population.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, les représentants de la profession, le Défenseur des droits luttent contre cette pratique inacceptable, que la dégradation des conditions d'exercice, le surmenage, voire le burn-out, ne peuvent excuser.

Il faut toutefois bien comprendre que le refus de soins, qu'on peut appeler primaire, est le fait d'un médecin face à son patient ou à une demande de rendez-vous.

Mais il existe un refus de soins secondaire, plus insidieux, mais bien réel, qui est le fait de structures de soins ou d'équipes médicales non organisées pour assurer une prise en charge correcte dans des conditions raisonnables (exemple : délais décourageants). Il s'agit ici d'un état de fait collectif.

Il est donc justifié de pondérer les analyses et un jugement volontiers très sévère vis à vis du corps médical, en particulier libéral.

Ces professionnels sont trop souvent non ou insuffisamment formés aux situations de précarité, qui pourtant se multiplient et se diversifient (elles ne sont plus l'exception).

Parfois, l'accueillant suppose à tort que la santé de la personne en précarité, voire en exclusion, accueillie dans son service, n'est pas une priorité. Pourtant lorsqu'on aborde le sujet, on s'aperçoit souvent que la personne a simplement refoulé les questions liées à sa santé, mais accepte volontiers d'y revenir. Il a ainsi été démontré, par exemple, que plus de 95% des patientes jugeaient favorablement le fait que le médecin les interroge à titre systématique, même en dehors du contexte de la consultation présente, sur le fait qu'elles aient été victimes de violences sexuelles.

- **Des politiques répressives :**

Les politiques s'avèrent contradictoires : lorsque les lois sont répressives (ex : travailleurs du sexe, expulsions des bidonvilles...) elles renforcent la vulnérabilité des publics et leur crainte de consulter les services publics y compris les services de santé, et compliquent encore plus l'accès aux soins.

- **Des pratiques non homogènes sur les territoires :**

En 2016, on constate toujours une très grande hétérogénéité des situations et des pratiques. Les modalités d'intervention varient selon les territoires, alors qu'elles ne devraient pas être modulables, et garantir un accueil identique partout.

- **Une méconnaissance réciproque et des difficultés de repérage :**

- **des usagers sur le système de soins (lisibilité) :** à qui s'adresser, par qui se faire accompagner ? Par exemple, 80% des étudiants qui pourraient bénéficier de l'ACS ne l'utilisent pas. La multitude d'acteurs et la complexité des dispositifs rend plus difficile l'accès aux personnes en situation de précarité.

- **des acteurs sur les personnes en situation de précarité (repérage, partage d'informations entre professionnels de différentes sphères) et parfois sur les dispositifs.**

La formation des médecins les éloigne de la réalité du terrain. La précarité est prise en compte en formation initiale de médecine, mais ne représente qu'un item optionnel parmi de nombreux autres... Les dispositifs les plus courants sont souvent mal connus des internes en formation.

De nouvelles populations ont des difficultés d'accès aux soins : certaines demeurent invisibles, uniquement touchées par les effets de seuil.

Le secret médical porte des effets à double tranchant.

D'un côté, la CPAM qui est un observateur immédiat, connaît par exemple les motifs d'arrêt de travail, comme elle est détentrice de très nombreuses données médico-administratives. Elle pourrait ainsi faire le lien entre l'action médicale et l'action sociale. Mais la séparation formelle des volets et des services administratifs et médicaux crée un obstacle à l'accès aux données (évolutif avec la loi de santé).

D'un autre côté, ce secret médical est bien souvent une confiance des soignés vis-à-vis des soignants. Son non-respect risquerait probablement d'accroître le taux de renoncement aux soins pour les personnes les plus en précarité.

Enfin, en matière de dépistage, on peut légitimement se demander si les campagnes visent efficacement les personnes en précarité. En effet, comment contacter à coup sûr une personne sans-abri, un étudiant loin du domicile parental, un détenu... quand les modalités d'organisation des campagnes sont contraintes pour les organismes de dépistage.

- **Des freins financiers au recours :**

Certains coûts restent élevés :

- Renoncement aux soins par les personnes les plus précaires qui n'utilisent pas les dispositifs d'aides (PUMA, CMU-C)
- Coût des complémentaires de santé
- Coût de certains médicaments

Les freins financiers existent d'autant plus quand l'accès à une couverture sociale n'a pas été réalisé. Contrairement aux idées reçues, il ne s'agit pas forcément d'une négligence. Cette absence de couverture sociale est aussi régulièrement due :

- à la lourdeur des dossiers à constituer (pièces difficiles, voire impossibles à fournir)
- aux délais administratifs (ex : dossier AME à refaire à chaque passage)
- aux renouvellements annuels même sans changement de situation
- aux exigences relatives à la domiciliation, sans laquelle il est impossible d'accéder à la PUMA. Dans le cas de maladie chronique, se pose alors un vrai problème d'accès aux soins. De plus, les personnes qui n'auront pas réussi à se faire domicilier dans un CCAS, par exemple, vont utiliser les PASS ou d'autres dispositifs transitoires de manière permanente, et donc détourner celle-ci de leur but initial.

- **Des freins culturels et comportementaux :**

Les plus souvent cités par les acteurs de terrain sont les suivants :

- Illettrisme, langue : moyens de traduction quasi-inexistants
- Refus de rejoindre les dispositifs de solidarité, souvent par souci de préserver sa dignité
- Minimisation des problèmes de santé face à d'autres difficultés
- Crainte de la stigmatisation
- Difficulté à faire des démarches
- Freins liés au sexe des personnes soignées-soignantes : femme soignée par un homme notamment
- Méfiance vis-à-vis des politiques de prévention et de dépistage
- Projection à très court terme, croyances : Exemple d'un problème rencontré fréquemment sur le terrain : une personne peut bénéficier d'un dépistage gratuit du cancer. Mais elle croit, à tort, que si elle a effectivement un cancer, elle ne bénéficiera plus de la gratuité sur le traitement, et n'aura donc pas les moyens de se soigner. Elle préfère donc ne rien savoir, et ne se fait pas dépister. On repère ici à la fois le frein financier (ici, pourtant non fondé) et la difficulté de se projeter dans le long terme.

3.b) Les conséquences des non recours :

Les non recours aggravent la situation de santé des personnes déjà fragilisées par la précarité, et dégradent une situation sanitaire régionale déjà préoccupante.

Ils aboutissent à :

- des diagnostics tardifs, à un stade déjà avancé des pathologies
- des retards et des renoncements aux soins
- des recours aux soins de spécialité encore plus faibles qu'en médecine générale
- des conduites à risque et addictions : tabac, alcool, stupéfiants
- des expositions aux violences : maltraitance, violences intra familiales, politiques répressives
- des ruptures du suivi médical, notamment pour les pathologies chroniques, suite à des ruptures de couverture ou des changements brusques de situation (ces ruptures sont par exemple fréquentes chez les détenus libérés).
- pour les personnes étrangères non accueillies dans les services de santé : des violences, un retard dans l'accès aux soins, une banalisation de la discrimination, des traumatismes psychiques non pris en charge et aggravés.
- une aggravation du déficit de la Sécurité Sociale : une prise en charge tardive induit des coûts plus élevés
- une augmentation des naissances non programmées en région
- un développement de pathologies supérieur à la moyenne nationale.

Quelles solutions ?



PARTIE 2 :
**Les préconisations pour des réponses efficaces
et porteuses de créations d'emplois**

La première partie de ce rapport a montré que les difficultés d'accès aux soins médicaux, notamment pour les populations en situation de précarité, étaient dues à l'intrication et la potentialisation des problèmes sociaux, économiques, et des facteurs médicaux liés à l'organisation actuelle du système de santé.

Or, il existe de nombreux dispositifs d'incitation et d'aide à l'accès aux soins. Ils sont largement utilisés et permettent une réponse significative mais malheureusement incomplète pour les populations précaires concernées qui ne les connaissent pas forcément, ou qui savent mais renoncent à les utiliser. Ceci est valable pour la prévention, le dépistage et le curatif (on peut toutefois rappeler qu'en pratique médicale courante, il n'est pas rare de rencontrer des patients non précaires qui n'ont pas souhaité accéder en temps utile à des soins de qualité).

Si les efforts importants de nombreux acteurs ont permis ces dernières décennies des améliorations significatives, caractérisées par une augmentation de la durée de vie, malgré tout, la situation sanitaire de la région des Hauts de France reste très préoccupante. Le différentiel sanitaire au passif de notre région ne se réduit pratiquement pas par rapport à la moyenne nationale.

Il est donc nécessaire de poursuivre et d'intensifier les efforts, car on a bien vu ces dernières années la progression de la pauvreté et l'augmentation des populations exposées. Ceci exige une démarche globale et cohérente, associant santé et social.

Sur quels leviers doit-on s'appuyer pour amorcer un changement de cap ?

- **informer : convaincre sans contraindre ni culpabiliser.**
- **sur quels thèmes ? Lutte contre le non-recours, prévention, dépistage.**
- **agir sur l'offre de soins, en ville et en établissements, en associant les usagers.**
- **sensibiliser les enseignants, les formateurs les étudiants des professions de santé.**

Il existe sûrement beaucoup d'autres pistes, et ce rapport n'a pas la prétention d'être exhaustif dans cette énumération. Mais les auditions réalisées, les témoignages et les expériences relatées par les membres du groupe de travail nous ont convaincus, dans un but d'efficacité, de prioriser certaines propositions.

1) Informier : convaincre sans contraindre ni culpabiliser

1.a) Où ?

Partout :

Les lieux de vie : en priorité dans les quartiers défavorisés urbains, les zones rurales, mais pas seulement car la précarité existe pratiquement partout.

Les lieux fréquentés par les familles : CCAS, mairies, centres sociaux et culturels, CPAM (avec les permanences d'accueil de proximité dont la mission est de favoriser et concrétiser l'accès aux soins des publics suivis par les associations, notamment les personnes fragilisées ou en situation de précarité) CAF, associations, Pôle Emploi, Restos du cœur, PMI...

Les lieux fréquentés par les jeunes en âge scolaire : école, lycée, collège, en lien avec l'inspection académique et le rectorat.

Les lieux fréquentés par les étudiants : établissements d'enseignement supérieur, le CROUS avec son volet action sociale et ses centres de santé et de prévention...

Les lieux d'accueil des personnes âgées, les foyers d'hébergement.

→ Investir les lieux d'information.

1.b) Quand ?

Le plus souvent possible, individuellement ou collectivement car les messages répétés ont plus de chance d'être pris en compte. Les campagnes d'information reconduites à période fixe sembleraient avoir plus d'impact. Exemple d'Octobre Rose pour le cancer du sein, de Mars Bleu pour le cancer colorectal.

1.c) Par qui ?

Les travailleurs sociaux : On en compte environ 350 000. Ils se répartissent en une quinzaine de métiers et de qualification en travail social, qui vont des professionnels de niveau V jusqu'aux diplômés de niveau II ou I (diplôme d'État d'ingénierie sociale). Il s'agit de professions fortement féminisées, chargées d'accompagner les populations fragilisées ou vulnérables. Ils sont employés par l'État, les collectivités locales, les structures de protection sociale et les associations. Ils sont soumis au secret professionnel.

On classe dans cette catégorie les **assistants de service social**. Ils agissent avec les personnes, les familles, les groupes pour améliorer leurs conditions de vie sur le plan social, sanitaire, familial, économique, culturel et professionnel et développer leurs propres capacités à maintenir ou restaurer leur autonomie.

Les médiateurs sanitaires : Ils sont diplômés au niveau bac+2 dans le domaine social, sanitaire ou en ethnologie.

Ils visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations en situation de précarité. Ils mettent en contact les personnes en situation de précarité et les professionnels de santé, dans le cadre de la politique de la ville. Certains de ces médiateurs sont eux-mêmes en situation de

précarité. Leurs postes sont financés à 70% par l'Etat. Des expériences positives sont relatées à Douchy-les-Mines, Fruges, Hucqueliers. Il en existe 35 actuellement, en phase de suivi.

- **Augmenter considérablement le nombre de médiateurs sanitaires.**
- **Augmenter le nombre des personnels spécialisés des structures recevant le public : CPAM, CAF, CCAS, eu égard à l'augmentation du nombre des personnes en situation de précarité.**

Les associations : Elles sont nombreuses, très engagées et font un travail remarquable dans un contexte de plus en plus difficile. On pourrait envisager d'augmenter leur performance en mettant l'accent sur une amélioration de leur coordination sous l'égide des financeurs, collectivités territoriales et ARS le plus souvent.

On peut voir en effet, dans le domaine de la prévention et du dépistage par exemple, des messages ou des actions dont l'homogénéité n'est pas parfaite.

- **La mise en contact des professionnels, des structures de prise en charge et des associations mérite d'être encouragée pour privilégier les échanges, dans le respect strict des prérogatives des associations.**
- **Inciter à la concertation entre ARS et associations pour une publication de la liste des associations soutenues par l'ARS.**

Les professionnels de santé dans leurs locaux et dans les établissements d'enseignement (exemple du Professeur Nisand, gynécologue, qui intervient et crée le dialogue dans des lycées) ce qui suppose une volonté commune de l'éducation nationale, des professionnels de santé et des acteurs de la prévention.

- **En lien avec le rectorat et l'inspection académique, renforcer le nombre des professionnels de santé et des acteurs de la prévention en milieu scolaire.**

Les élus : Ils pèsent bien sûr dans les décisions politiques mais leur poids est parfois limité par l'influence des membres permanents des structures ministérielles. Ces derniers peuvent être éloignés de la réalité du terrain, ce qui peut avoir des conséquences sur l'efficacité de certaines mesures législatives et réglementaires.

Les représentants de la société civile : ils connaissent les besoins et les enjeux et sont des acteurs de l'expression citoyenne.

- **Les représentants de la société civile doivent faire entendre leur point de vue et le faire prendre en compte.**

2) Sur quels thèmes ?

2.a) Lutter contre le non-recours :

Cela passe en priorité par la connaissance, la compréhension et l'appropriation des dispositifs existants.

Le législateur a établi une liste de **dispositifs d'aide** complète et couvrant la quasi-totalité des situations : la PUMA (ex-CMU de base) la CMU-C, l'ACS, l'AME, le FSVU... Ces dispositifs sont présentés en annexe. Reste à les faire connaître aux bénéficiaires potentiels qui ne les utilisent pas.

Les **dispositifs d'accueil** sont multiples : les PASS, les PAIS, les CASO... Ils sont également présentés en annexe.

Il est à noter par ailleurs, l'existence de réseaux locaux destinés à coordonner ces aides, comme le réseau Santé Solidarité Lille métropole.

Il faut ensuite simplifier l'accès à certains de ces dispositifs.

Les accueils de jour comme de nuit, temporaires ou permanents, des associations, ont toute leur place pour agir sur la santé des personnes en précarité. Ces accueils doivent pouvoir bénéficier de services infirmiers dédiés. Exemple : les pensions de famille (Cf. en annexe).

- **Promouvoir l'ouverture des PASS dans tous les établissements autorisés à la médecine d'urgence.**
- **Encourager la création des PAIS et des CASO.**
- **Ouvrir systématiquement les droits à la CMU-C aux bénéficiaires du RSA socle.**
- **Développer la prise en charge globale : sociale et médicale.**
- **Le SAMU social devrait être rendu permanent pour fonctionner tout au long de l'année.**
- **Intégrer un volet sécurisé santé sur la carte d'étudiant.**

Donner des moyens aux PMI, services de prévention, plannings familiaux, pour qu'ils accèdent de façon appropriée aux populations concernées.

Simplifier l'accès à une couverture sociale et au système de santé : placer des référents sur certaines thématiques dans chaque caisse d'assurance maladie ; poursuivre la réduction des délais d'instruction des dossiers ; éviter de devoir refaire une demande AME à chaque consultation en centre d'accueil.

La généralisation du tiers payant : prévue par la loi santé, c'est un moyen de lever l'obstacle financier, sachant que les bénéficiaires de la PUMA, de la CMU-C et de l'ACS accédaient déjà automatiquement au tiers payant.

2.b) Contre les barrières linguistiques et d'illettrisme :

Les difficultés précédemment décrites sont majorées par la barrière de la langue et par l'illettrisme, qui touche 10 à 12% de la population en région Hauts de France.

Il existe des outils comme « Méthode facile à lire et à comprendre » relayée par l'INPES : elle permet de concevoir des documents au texte adapté et compréhensible au plus grand nombre.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2014/3-PANIEZ%20BD.pdf>

Il est également recommandé d'utiliser les supports numériques pour des applications ludiques.

→ **Créer un centre régional de traduction dans les domaines de la santé et du social : une plateforme mutualisée qui exploiterait les techniques modernes de télécommunications.**
→ **Développer les postes d'interprètes**
→ **Editer des dépliants imagés et/ou en plusieurs langues**
→ **Utiliser et promouvoir la « Méthode facile à lire et à comprendre »**
→ **Reprendre et généraliser à l'ensemble des Hauts de France, l'action engagée dès 1985 dans la région Nord-Pas de Calais, et qui a permis une réduction significative de 30% de la population touchée par l'illettrisme.²**

Les personnes auditionnées nous ont aussi alertés sur le problème de la domiciliation, qui conditionne l'accès aux différents dispositifs. On a vu la nécessité de pouvoir attester d'une résidence régulière et stable en France pour accéder à la PUMA ou l'ACS, et que les dossiers devaient systématiquement être renouvelés tous les ans, ce qui freine considérablement l'accès aux soins des personnes en difficulté.

→ **Faciliter le travail des acteurs de terrain.**

2.c) Promouvoir la prévention et les dépistages grâce au repérage :

On peut mesurer la difficulté de la tâche en se posant cette simple question : qui parmi nous suit à la lettre les multiples recommandations concernant l'hygiène de vie, l'alimentation, l'activité physique, le suivi médical périodique, les préconisations des dépistages du cancer du sein, du cancer colorectal et bientôt de celui du col de l'utérus ?

On connaît la réponse insuffisante des personnes en précarité aux campagnes de prévention et de dépistage. Rappelons toutefois que dans les Hauts de France, la participation aux dépistages organisés des cancers est un des rares indicateurs de santé publique qui atteint la moyenne nationale, soit un peu plus de 50% de la population cible pour le cancer du sein.

Pour améliorer les participations, il faut d'abord repérer. C'est le rôle des médecins, des IDE, des CPAM, des associations et des travailleurs sociaux. Un repérage inefficace implique le risque de « perdre de vue » les situations et les personnes qui n'auraient pas été ciblées.

Mieux repérer les personnes en non recours :

Le **PLANIR** est une démarche locale, départementale qui existe dans tous les Départements depuis 2014. C'est une démarche de diagnostic et de repérage, partagée entre les CPAM, qui s'intègre dans la démarche nationale de lutte contre la pauvreté.

Le plan pluriannuel contre la pauvreté, pour lutter contre le non recours, a relevé le plafond pour l'accès à la PUMA et à la CMUC. On note des progrès sur l'accès aux soins dentaires, d'audition, d'optique.

Si l'Assurance maladie semble avoir pris en main le sujet de la précarité, il n'en demeure pas moins que l'expérience PLANIR ne produira ses pleins et entiers effets que grâce à une collaboration avec les acteurs sociaux, le monde médical et les élus locaux.

² Préconisation de la Thématique n°3 du chapitre Santé, Emploi et Lien Social, colloque des CESER Nord-Pas de Calais et Picardie, Juillet 2015.

Ensuite il faut lancer le partenariat et la coordination avec les opérateurs de la prévention et du dépistage.

Exemple du Réseau Obésité Diabète associé à la Fondation Abbé Pierre, qui a mené une recherche-action sur la santé des personnes en accueil de jour à Arras, Beauvais, Lille et Valenciennes
Au cours d'une journée de prévention et de santé dans ces centres, les travailleurs sociaux et sanitaires, ainsi que les personnes accueillies, ont analysé l'ensemble des données recueillies en termes de besoins. Une nouvelle journée s'est déroulée comme phase d'observation, avec des groupes de parole s'exprimant sur leur santé et sur les solutions potentielles.
S'en est suivie une journée correspondant aux attentes de tous: activité physique, atelier cuisine, ateliers initiation à la relaxation, atelier « je reprends confiance en moi ».
Une proposition de dépistage du diabète a reçu de nombreuses réponses positives.
Il s'est agi lors de cette recherche-action de déclencher un retour à la prise en compte autonome de la santé dans le parcours des personnes.
Cette expérience a démontré que les centres d'accueil de jour peuvent aussi dispenser les premiers conseils en termes de santé et de recours aux soins.

En matière d'accueil et d'écoute, chaque situation requiert une attention et une démarche particulières, surtout lorsque les publics accueillis sont en grande précarité.
Ce faisant, l'adaptation bénéficie aussi à la maîtrise de la dépense.
Ceci ne peut se faire sans une **remise en question des moyens actuels accordés aux acteurs de terrain** au vu des objectifs affichés en matière d'égalité d'accès aux soins.

→ **L'adaptation est de mise sur les campagnes de prévention, mais aussi sur les modalités d'accueil.**

Les structures de dépistage organisées sont confrontées à une réduction drastique de leurs budgets de fonctionnement. Exemple : actions ciblées de l'ADCN sur des quartiers de Roubaix.

→ **Encourager les actions des structures départementales de dépistage organisées des cancers.**

2.d) Former les professionnels, acteurs sociaux et les associations à la prévention en matière de santé, à la négociation et au dialogue :

La formation initiale est nécessaire, mais la formation continue l'est aussi.
Le diplôme universitaire (DU) santé solidarité permet aux professionnels et étudiants du secteur médico-social d'acquérir ou de renforcer leurs compétences pour une prise en charge globale des personnes en situation de précarité (en partenariat avec la Faculté de médecine de Lille et le Réseau Santé Solidarité Lille Métropole). Sur 8 sessions de 2 jours, on compte seulement 15 inscrits en 2014 pour plusieurs milliers de personnes potentiellement intéressées.

La difficulté est de délivrer un message adapté, nuancé, pour informer sans contraindre ni culpabiliser. Il faudrait donc inventer des messages à la carte. Mais dans le dialogue singulier entre le porteur du message et son interlocuteur, il existe une telle variété de situations, que c'est la formation au dialogue et surtout l'empathie et l'expérience du professionnel qui vont compter dans la prise en compte du message par son destinataire.

Mais on imagine bien l'impossibilité de définir une information type adaptée à tous les publics. Le médecin doit s'adapter en permanence à son interlocuteur et s'en référer à la loi Kouchner (2002) qui

lui prescrit l'obligation de délivrer une information « claire, loyale et appropriée », loin d'un modèle d'information stéréotypé, parfois imposé par une tutelle déconnectée du terrain.

On peut citer comme exemple celui du dépistage organisé du cancer du sein pour lequel se termine une concertation citoyenne. Un des objectifs de cette concertation est justement de définir le contenu de l'information à délivrer à la population cible (femmes de 50 à 74 ans) par les médecins et les professionnels de santé.

→ **Proposer aux doyens des facultés de médecine, un module de formation des étudiants au dialogue et à la négociation pendant les études médicales.**

→ **Il faut faire évoluer les modes d'exercice, que ce soit dans le médical, le social, ou le médicosocial. Les nouvelles pratiques devront passer par une meilleure coordination des acteurs sur le terrain, pour un meilleur accueil des personnes en situation de précarité**

→ **Mettre en place une formation systématique et obligatoire des professionnels de santé sur la prise en charge sociale des personnes en précarité**

→ **Mettre en place une formation systématique et obligatoire des professionnels du social sur la prise en charge sanitaire des personnes en précarité.**

3) Agir sur l'offre de soins, en ville et en établissements, en associant les usagers :

Il faut ici rappeler le rôle des élus qui définissent la politique de santé à travers les lois : loi HPST (Bachelot 2009) et loi de modernisation de santé (Touraine 2016) pour les plus récentes. C'est l'ARS qui a la responsabilité de décliner cette politique en région. L'Assurance Maladie joue un rôle important également en négociant tous les 5 ans la convention médicale nationale qui organise l'exercice médical des médecins libéraux. Une nouvelle convention vient justement d'être signée. Le CESER retient trois axes : lutter contre la désertification médicale ; améliorer l'accueil dans les établissements ; associer les usagers et les territoires.

3.a) Lutter contre la raréfaction des médecins sur certains territoires :

Tout d'abord, il convient de dissocier installation et exercice. En effet, un médecin en exercice sur un secteur ne sera pas obligatoirement installé sur le site. On a vu en première partie la situation démographique des médecins. La situation en région n'est pas catastrophique, mais intervient dans l'installation du médecin les nouveaux modes de vie, les modifications de statut. Et il ne faut pas oublier l'impact de l'aménagement du territoire qui pèse sur l'installation des jeunes diplômés de 30 ans et plus, souvent mariés avec enfants.

La précédente convention médicale comportait des **mesures incitatives** à l'installation en zone médicalement sous dotée. Ces mesures, insuffisantes, ont été nettement renforcées dans la nouvelle convention qui vient d'être négociée avec l'Assurance Maladie. Les quatre nouveaux types de contrats (voir en première partie du rapport) soutiennent financièrement l'exercice en zone sous dotée. Ces incitations sont privilégiées par rapport aux mesures contraignantes, dont certaines expériences dans les pays voisins s'avèrent contre-productives.

L'implantation d'un médecin "isolé" dans un territoire ne peut répondre aux enjeux soulevés par le présent rapport en termes :

- de dépistage (qui nécessite l'accès à un plateau radiologique, à des spécialités telles que la gynécologie pour le cancer du col utérin ou la gastro-entérologie pour le cancer colo rectal ou de prostate)
- de suivi de grossesse
- de lutte contre les addictions
- de suivi de pathologies chroniques notamment pulmonaires, cardio-vasculaires, neurologiques ... (nécessité de compétences paramédicales et médicales)
- d'aide aux personnes en situation économique ou sociale complexe.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP, cf. annexes) permettent de favoriser les exercices en groupe sur un seul site, ou sur un site urbain avec des antennes dans les zones en difficulté. A l'heure actuelle, on dénombre en région 51 MSP en service, et 106 en projet.

Les conditions de réussite des MSP sont celles des politiques en matière de santé-social. Le succès est là quand il y a dialogue, pilotage local. Il faut souligner le rôle favorisant des collectivités territoriales mais qui doivent s'associer au projet des équipes médicales plutôt que d'en être promoteur.

- **Faire la promotion et soutenir la création de nouvelles maisons de santé pluriprofessionnelles.**
- **Encourager l'exercice en groupe des médecins généralistes et spécialistes.**
- **Assurer une présence spécifique du social dans le développement de la médecine de ville regroupée : par exemple, une assistante sociale intervenant dans une MSP.**
- **Structurer l'action pour lutter contre les inégalités territoriales de santé.**

3.b) Améliorer l'accueil hospitalier :

Cet accueil se fait principalement par les urgences, souvent saturées et débordées. Mais il faut savoir que toutes les capacités d'accueil ne sont pas utilisées, car les autorisations administratives à la médecine d'urgence n'ont pas été accordées à tous les établissements demandeurs.

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) prévus dans la loi de modernisation de santé sont conçus pour coordonner et potentialiser les activités des établissements publics d'un territoire donné. Les établissements membres d'un GHT devront présenter un projet médical partagé qui organisera la prise en charge des patients. Ce projet médical partagé intégrera toutes les spécialités et déterminera les activités à mutualiser. Il permettra également une analyse des besoins afin de d'identifier les manques et les redondances en termes de prise en charge au niveau du territoire. Par exemple, le GHT du Hainaut va regrouper 12 établissements. Le principe est séduisant, mais la réalisation pratique risque de se heurter à de nombreuses difficultés sous-tendues par la compétition entre les établissements, dont un sera forcément dominant. Un autre risque est la concentration de l'offre sur le territoire, ce qui va à l'encontre de l'accessibilité liée à la proximité. Et il est vraisemblable que les populations précaires soient plus sensibles à ce risque que les autres.

La loi de santé réintroduit la notion de **service public hospitalier**. Cette notion offre des garanties aux patients et des devoirs pour l'hôpital : accueil adapté aux personnes en situation de handicap et/ou de difficulté sociale, accès pour tous à la prévention et aux soins de qualité, interdiction de dépassements de tarifs...

- **Valoriser, dans la prise en charge de soins des personnes les plus en difficulté, le temps du personnel hospitalier qui les accueille.**
- **Il est à la charge autant de l'Etat que des collectivités territoriales, au premier rang desquelles la Région, de rendre ces garanties effectives.**

→ Plus généralement, le CESER souhaite la poursuite de l'engagement régional dans le domaine sanitaire, et ce malgré la perte de la clause de compétence générale pour la Région.

3.c) Associer les usagers et les territoires :

Pour une plus grande démocratie territoriale sanitaire, travailler conjointement l'aménagement du territoire et l'accès aux soins (axe santé de la politique de la ville). Cela implique de ne pas méconnaître le rôle à jouer des collectivités locales en matière de santé.

L'ORS attire justement l'attention sur le désengagement des collectivités en matière de santé : malgré la rareté des finances publiques et l'absence de compétence territoriale en la matière, il faut que les élus locaux soient et restent acteurs.

La CPAM de l'Aisne préconise ainsi la conception de **plans territoriaux d'accès aux droits**, associant l'Assurance Maladie et les collectivités territoriales : mairies, départements, Région.

Dans le cadre de la loi de modernisation de santé, l'ARS est chargée de promouvoir la démocratie sanitaire et prévoit de définir en région les six nouveaux territoires de démocratie sanitaire. Ces territoires seront la base des Conseils territoriaux de santé, appelés à remplacer les conférences territoriales qui correspondaient à un autre découpage. Ces conseils territoriaux seront le vecteur d'expression des usagers, et notamment des personnes en situation de précarité, vers l'ARS. Un de leurs objectifs est de lutter contre les inégalités territoriales de santé. On va donc retrouver une cohérence territoriale départementale dans le domaine sanitaire et médico-social.

Zoom sur la santé mentale dans les territoires : la loi préconise d'articuler la psychiatrie et la santé mentale, la prévention, la réadaptation et les aspects sociaux, avec l'ensemble diversifié des acteurs (santé, social, logement...).

Sur la base d'un diagnostic partagé, à l'initiative des acteurs territoriaux de santé, « à un niveau territorial suffisant », la réponse doit s'adapter aux structures territoriales et aux pratiques en place, sur la base d'un avis du conseil territorial de santé (CTS) qui comprend une commission spécialisée santé mentale. **Cette configuration pourrait servir de modèle à d'autres domaines que celui de la santé mentale.**

Les groupements d'entraide mutuelle (GEM) sont nés de la loi handicap de 2005. Les GEM ne sont constitués que par des personnes souffrant d'un handicap psychique, l'objectif étant de rompre l'isolement. **C'est peut-être là aussi une démarche à exporter.**

Les contrats locaux de santé (CLS) ont pour objectifs :

- d'articuler les différentes politiques en matière de santé (actions menées localement dans le cadre du PRS et actions résultant des démarches locales de santé)
- et de répondre à des enjeux sanitaires sur un territoire donné, partagé avec les collectivités territoriales.

Ils doivent améliorer les pratiques des acteurs de santé, le recours des usagers, la composition de l'offre de santé. Ils sont signés entre les collectivités territoriales et leurs groupements et l'ARS.

Par exemple, on en dénombre 5 sur le territoire Flandre Métropole. Celui de Lille-Hellemmes Lomme cible sur sa fiche action n°4 : « favoriser l'accès à la prévention, aux droits et aux soins des publics les plus démunis et les plus fragiles en assurant la cohérence et la complémentarité des actions dans les quartiers ».

→ **Inciter les élus à créer des contrats locaux de santé (CLS).**

→ **Organiser la réponse sur la base du local : initiatives professionnelles, associatives, territoriales.**

4) Sensibiliser les enseignants, les formateurs les étudiants des professions de santé :

Un grief récurrent fait aux médecins est de ne pas assurer une répartition territoriale homogène sur le territoire et de délaisser des zones dont l'attractivité en terme de conditions d'exercice, de clientèle médicale potentielle, d'accès aux services publics, et de confort de vie est considéré, à tort ou à raison, comme insuffisante.

La durée des études médicales, de 10 à 12 ans, est réalisée quasi exclusivement au CHU. Le CHU de Lille est une institution de grande qualité, régulièrement classée dans le peloton de tête des enquêtes. Mais force est de constater que l'activité médicale dans le CHU n'est pas représentative de l'exercice en ville. On est loin de la vraie vie du médecin de quartier ou du médecin en zone rurale. Or on ne passe pas 12 ans de sa jeunesse dans une structure sans être profondément formaté par sa culture.

Il est donc nécessaire de faire prendre conscience, à tous les acteurs universitaires et prioritairement aux doyens, de la nécessité absolue de faire évoluer le système en développant résolument les stages chez les généralistes et spécialistes libéraux, selon des protocoles qui garantissent la qualité des stages et la compétence des formateurs.

D'ailleurs, JP.Vinel, ancien président de la conférence des doyens des facultés de médecine, déclare que l'enseignement dans les facultés de médecine est trop tourné vers l'académisme. Il devrait davantage être fondé sur les compétences et les besoins de prise en charge de la population. Il dit aussi qu'il faut développer les stages en ville. C'est aussi l'avis de l'ANEMF (S.Foucher).

→ Convaincre les doyens d'encourager les stages des internes en milieu libéral, sous réserve de protocoles stricts garantissant la qualité.

Il conviendra d'exploiter au mieux l'émergence des nouveaux métiers en santé, en matière de transfert de compétences. Même si les médecins admettent difficilement le partage de leur compétence et de leurs charges, celui-ci, organisé en respectant des protocoles stricts et une formation irréprochable, améliore la prise en charge : exemple des infirmières cliniciennes, des IBODE, des IADE. A la MSP de Laventie, les vaccinations, les traitements de l'hémochromatose sont faits par l'infirmière, évitant le transport et la prise en charge à l'hôpital.

→ Encourager les protocoles de coopération interprofessionnelle, prévus par la loi et mis en place sous contrôle de l'ARS.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) veut sensibiliser les médecins pour une meilleure prévention et une meilleure prise en charge des patients précaires. Comme le Défenseur des droits, il incite à une meilleure formation des professionnels de santé à l'accès aux soins et à la lutte contre les refus de soins. Les conseils départementaux de l'Ordre sont chargés de développer les partenariats entre les médecins et les associations et structures d'accueil, telles les PASS, en y développant des stages. Un pôle spécifique a été créé pour cette mission qui s'inscrit dans la promotion du rôle humaniste que doivent jouer les médecins.

→ Interroger le Conseil de l'Ordre des médecins sur la mise en place de cette démarche à l'échelon régional.

Synthèse des préconisations

- Investir les lieux d'information.
- Augmenter considérablement le nombre de médiateurs sanitaires.
- Augmenter le nombre des personnels spécialisés des structures recevant le public : CPAM, CAF, CCAS, eu égard à l'augmentation du nombre des personnes en situation de précarité.
- La mise en contact des professionnels, des structures de prise en charge et des associations mérite d'être encouragée pour privilégier les échanges, dans le respect strict des prérogatives des associations.
- Inciter à la concertation entre ARS et associations pour une publication de la liste des associations soutenues par l'ARS.
- En lien avec le rectorat et l'inspection académique, renforcer le nombre des professionnels de santé et des acteurs de la prévention en milieu scolaire.
- Les représentants de la société civile doivent faire entendre leur point de vue et le faire prendre en compte.
- Promouvoir l'ouverture des PASS dans tous les établissements autorisés à la médecine d'urgence.
- Encourager la création des PAIS et des CASO.
- Ouvrir systématiquement les droits à la CMU-C aux bénéficiaires du RSA socle.
- Développer la prise en charge globale : sociale et médicale.
- Le SAMU social devrait être rendu permanent pour fonctionner tout au long de l'année.
- Intégrer un volet sécurisé santé sur la carte d'étudiant.
- Créer un centre régional de traduction dans les domaines de la santé et du social : une plateforme mutualisée qui exploiterait les techniques modernes de télécommunications.
- Développer les postes d'interprètes
- Editer des dépliants imagés et/ou en plusieurs langues
- Utiliser et promouvoir la « Méthode facile à lire et à comprendre »
- Reprendre et généraliser à l'ensemble des Hauts de France, l'action engagée dès 1985 dans la région Nord-Pas de Calais, et qui a permis une réduction significative de 30% de la population touchée par l'illettrisme.
- Faciliter le travail des acteurs de terrain.
- L'adaptation est de mise sur les campagnes de prévention, mais aussi sur les modalités d'accueil.
- Encourager les actions des structures départementales de dépistage organisé des cancers.
- Proposer aux doyens des facultés de médecine, un module de formation des étudiants au dialogue et à la négociation pendant les études médicales.
- Il faut faire évoluer les modes d'exercice, que ce soit dans le médical, le social, ou le médicosocial. → Les nouvelles pratiques devront passer par une meilleure coordination des acteurs sur le terrain, pour un meilleur accueil des personnes en situation de précarité
- Mettre en place une formation systématique et obligatoire des professionnels de santé sur la prise en charge sociale des personnes en précarité
- Mettre en place une formation systématique et obligatoire des professionnels du social sur la prise en charge sanitaire des personnes en précarité.
- Faire la promotion et soutenir la création de nouvelles maisons de santé pluriprofessionnelles.
- Encourager l'exercice en groupe des médecins généralistes et spécialistes.
- Assurer une présence spécifique du social dans le développement de la médecine de ville regroupée : par exemple, une assistante sociale intervenant dans une MSP.
- Structurer l'action pour lutter contre les inégalités territoriales de santé.
- Valoriser, dans la prise en charge de soins des personnes les plus en difficulté, le temps du personnel hospitalier qui les accueille.
- Il est à la charge autant de l'Etat que des collectivités territoriales, au premier rang desquelles la Région, de rendre ces garanties effectives
- Plus généralement, le CESER souhaite la poursuite de l'engagement régional dans le domaine sanitaire, et ce malgré la perte de la clause de compétence générale pour la Région.
- Inciter les élus à créer des contrats locaux de santé (CLS).
- Organiser la réponse sur la base du local : initiatives professionnelles, associatives, territoriales.
- Convaincre les doyens d'encourager les stages des internes en milieu libéral, sous réserve de protocoles stricts garantissant la qualité.
- Encourager les protocoles de coopération interprofessionnelle, prévus par la loi et mis en place sous contrôle de l'ARS.
- Interroger le Conseil de l'Ordre des médecins sur la mise en place de sa démarche à l'échelon régional.

ANNEXES

AUDITIONS et REMERCIEMENTS

Isabelle BRUAND
Médecins du Monde, Coordinatrice régionale Nord-Pas de Calais

Laurence CADO
ARS, Directrice Stratégie et territoires

Alain CHELLOUL
CPAM de l'Aisne, Directeur

Dr Marie CHEVELLE
Médecins du Monde, Déléguée régionale Nord-Pas de Calais

Patrick DAIRAY
CCAS de La Madeleine, Directeur

Evelyne GUIGOU
ARS, Directrice générale adjointe

Dr Vincent HULIN
MSP de Laventie, Médecin généraliste

Jennifer INSALACO
Maisons et Pôle de santé Flandre Lys, Coordinatrice de santé

Olivier LACOSTE
Observatoire Régional de la Santé Nord-Pas de Calais, Directeur

Stéphanie LAMARCHE-PALMIER
Fondation Abbé Pierre, Directrice

Philippe LORENZO
Observatoire Régional de la Santé et du Social Picardie, Directeur adjoint

Guillaume PRATO
CPAM de l'Aisne, responsable du dispositif PLANIR

Dr Yves ROGEAUX
Conseil de l'ordre des médecins, Membre

Jean-Louis SALOMEZ
Observatoire Régional de la Santé Nord-Pas de Calais, Président

Sylvie TAQUET
CPAM de l'Artois, Copilote du dispositif PLANIR

Isabelle TETAR
Réseau Obésité Diabète, Coordinatrice

Alain TRUGEON
Observatoire Régional de la Santé et du Social Picardie, Directeur

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Vice-présidente : Mme Yvonne TASSOU

Rapporteur : M. Jean-Luc DEHAENE

M. Jean-François BOURDON

M. Pierre CATOIRE

Mme Patricia DEDOURGE

M. Stéphane DORCHIES

M. Alain DURIEUX

Mme Florence FERFILLE

Mme Lysiane FERRIERE

Mme Valérie GRUNDT

Mme Audrey LEBRUN

M. Ernest LEDRU

Mme Colette LEMETTRE

Mme Reine LEUWERS

Mme Myriam POIDEVIN

M. Laurent REGNIER

Mme Francine ROYER

M. Pascal SARPAUX

Mme Corinne SCHADKOWSKI

M. Gilles SURPLIE

Mme Cécile TIERRIE RACINE

REFERENCES

- Rapport Précarité Energétique et Santé en Nord-Pas de Calais (C.Schadkowski, Ceser, 2015)
- Rapport Facteurs d'aggravation de l'Exclusion en Nord-Pas de Calais (H.Peltier, Ceser, 2012)
- Rapport Femmes et précarité en Picardie (MF.Autran, Ceser, 2015)
- Santé des détenus Ceser Picardie
- Rapport Améliorer l'accès à l'offre de santé de proximité pour tous en Languedoc-Roussillon (C.Kirchstetter, Ceser, 2015).
- Rapport Accès aux soins des plus démunis (A.Archimbaud, Sénat, 2013)
- <http://www.caducee.net/actualite-medicale/13076/la-telemedecine-au-chevet-de-la-medecine-d-urgence-en-syrie.html>
- INPES : santé des migrants. n° 392, 2007
- INPES N° 428 : Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ? Avec un article sur le travail D'ATD quart monde.
- Du Haut Conseil de la Santé Publique : la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. (1996).
- Publications du Pôle patients du CNOM, le Pôle Protection des personnes- Santé du Défenseur des droits
- Plan quinquennal de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Janvier 2013.

- Evaluation de la deuxième année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, CHEREQUE, François; ABROSSIMOV, Christine; KHENOUF, Mustapha; Inspection générale des affaires sociales : 2015. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/154000065-evaluation-de-la-2eme-annee-de-mise-en-oeuvre-du-plan-pluriannuel-contre-la-pauvrete>

- Inégalités de santé : influence du groupe social sur la dégradation de la santé perçue BARNAY, Thomas; RICCARDIS, Nicolas DE, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques : 2014, 6 p. *Etudes et résultats* (n° 898), 2014. <http://www.drees.sante.gouv.fr/inegalites-de-sante-influence-du-groupe-social-sur-la,11377.html>

- Renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV (Le) CHAUPAIN-GUILLOT, Sabine; GUILLOT, Olivier; JANKELIOWITCH-LAVAL, Eliane, 2014, 30 p. *Economie et statistique* (n° 469-470), 2014. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=4331

- Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale - Groupe de travail "Santé et accès aux soins" : Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins, LEGROS, Michel ; resp.; BAUER, Denise ; rapp.; GOYAUX, Nathalie ; rapp., Ministère des affaires sociales et de la santé : 2012. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000650-conference-nationale-contre-la-pauvrete-et-pour-l-inclusion-sociale-groupe-de-travail>

- Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis : Avis du CNLE [conseil national de lutte contre les exclusions], Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale : 2011. <http://www.cnle.gouv.fr/Avis-du-CNLE-du-5-juillet-2011.html>

LEXIQUE

- ACS** : Aide Complémentaire Santé
- AME** : Aide Médicale d'Etat
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CAF** : Caisse d'Allocations Familiales
- CASO** : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation
- CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale
- CLS** : Contrat Locaux de Santé
- CMU** : Couverture Maladie Universelle
- CMUC** : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
- CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CTS** : Conseil Territorial de Santé
- DIRECCTE** : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
- DREAL** : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
- GEM** : Groupement d'Entraide Mutuelle
- IADE** : Infirmier anesthésiste Diplômé d'Etat
- IBODE** : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
- IDH** : Indice de Développement Humain
- INPES** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Depuis le 1er mai 2016, l'Inpes, l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) sont devenus **Santé publique France**).
- MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- OR2S** : Observatoire Régional de la Santé et du Social (Picardie)
- ORS** : Observatoire Régional de la Santé (Nord- Pas de Calais)
- PASS** : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- PLANIR** : Plan Local d'Accompagnement des Non recours, des Incompréhensions et des Ruptures
- PRSE** : Plan Régional Santé et Environnement.

Les systèmes d'aide matérielle :

La CMU de base, créée en juillet 1999 est remplacée par la protection universelle maladie (**PUMA**). On notera que le changement de nom ne favorisera pas l'appropriation du dispositif. Elle assure aux personnes une prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie. Deux conditions : résider en France de manière régulière (nationalité française ou titre de séjour) et résider en France de manière stable, c'est à dire ininterrompue depuis plus de 3 mois.

La CMU-C, couverture maladie universelle complémentaire, donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire, soit 100% des tarifs de la sécurité sociale. Elle inclut automatiquement la dispense d'avance des frais, c'est à dire le tiers payant. Trois conditions : résider en France de manière régulière, stable et avoir des ressources inférieures à un plafond calculé sur les 12 derniers mois et variable selon le lieu de résidence et la composition du foyer. Elle doit être renouvelée chaque année.

L'ACS, aide au paiement d'une Complémentaire Santé est réservée aux personnes ayant des ressources légèrement supérieures au plafond de la CMU-C. Elle permet de prendre en charge tout ou partie du prix de la complémentaire santé. Conditions d'accès : résidence régulière et stable en France et plafond de ressources.

L'AME, aide médicale d'État, s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions. Cette protection santé s'adresse aux ressortissants étrangers en situation irrégulière et précaire. Trois conditions pour y accéder : justifier de son identité, résidence stable en France (3 mois) et plafond de ressources. Les demandes sont traitées par les CPAM et l'attribution est accordée pour 1 an. Une AME dite humanitaire est possible en cas de refus d'admission.

Le FSVU, fonds pour les soins urgents et vitaux, créé en 2003 a pour objet de financer les soins délivrés par les établissements aux personnes démunies et dépourvues de droit à l'AME. Il concerne uniquement les soins urgents dont l'absence de mise en œuvre mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître.

Les dispositifs d'accueil :

Les permanences d'accès aux soins de santé, les PASS, ont pour mission de rendre effectifs l'accès et la prise en charge des personnes démunies à l'hôpital, mais aussi dans les réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. A ce jour, près de 400 PASS sont implantées dans les établissements de santé, pour la plupart dans les centres hospitaliers disposant d'un service d'urgences. Mais leurs implantations et leurs moyens sont jugés insuffisants pour répondre aux besoins estimés. Leurs budgets de fonctionnement sont votés dans la loi de financement de la sécurité sociale, au titre des missions d'intérêt général. Le plan quinquennal de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de 2013 prévoit un développement de ces structures.

Les points accueil info santé (PAIS) du Secours populaire français ne dispensent pas de soins médicaux mais offrent un soutien, une écoute et une orientation vers des structures de soins ou des médecins libéraux partenaires, sensibilisés à la précarité. On y monte les dossiers PUMA, CMU-C ou ACS. Les besoins sont importants auprès de personnes âgées en milieu rural, isolées et précaires. Les projets ne manquent pas mais la limite vient des financements.

Les centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) sont mis en place par les missions France de Médecins du monde. Il en existe une vingtaine en France dont 1 à Valenciennes. Médecins du monde intervient en outre dans les bidonvilles du bassin minier, en zone urbaine à Lille et travaille auprès des migrants à Calais et Dunkerque en collaborant avec les équipes anglaises et belges.

Distinctions : maisons médicales, maisons de santé, regroupements

Les maisons médicales de garde :

Elles assurent la permanence des soins ambulatoires, c'est un dispositif sanitaire permettant au citoyen de recourir à un médecin généraliste :

- aux heures de fermeture du cabinet des médecins traitants, après 20h, samedi après-midi, dimanches et jours fériés.

- pour des soins inopinés ne permettant pas d'attendre le lendemain, mais ne nécessitant pas l'intervention des services d'urgence.

C'est une mission de service public assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins, dans le cadre de leur activité libérale, sur la base du volontariat.

L'organisation et le financement de cette mission de permanence des soins ambulatoires sont confiés à l'ARS (loi HPST)

Les maisons de santé pluriprofessionnelles :

Ont pour vocation, d'accompagner la personne dans sa globalité, de permettre le regroupement des professionnels de santé susceptibles de mener des activités de soins pluridisciplinaires : médicaux, para médicaux voire médico sociaux, mais également des actions de promotion de la santé et de prévention.

Le projet est porté par 2 médecins généralistes, qui, après avoir établi un diagnostic du territoire, élaborent un projet médical pluridisciplinaire validé par l'ARS. L'ARS accompagne le projet, apporte un soutien financier.

Les regroupements de cabinets médicaux :

C'est une forme d'exercice libéral, le regroupement permet de mutualiser les moyens.

Questionnaire Epices

- 1 - Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?
- 2 - Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?
- 3 - Vivez-vous en couple ?
- 4 - Etes-vous propriétaire de votre logement ?
- 5 - Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?
- 6 - Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?
- 7 - Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?
- 8 - Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?
- 9 - Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants
- 10 - En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?
- 11 - En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

MSP de Laventie – Audition du 30 août 2016

Laventie est une ville de 4 967 habitants, intégrée dans la communauté de communes Flandre Lys, composée de 9 communes situées à cheval sur le Nord et le Pas de Calais.

La maison de santé pluri professionnelle (MSP) y a été créée en 1976 et elle est affiliée à la Fédération française des maisons et pôles de santé. (FFMSP).

Les MSP ont pour objet de regrouper les professionnels de santé (PS) dans le but de favoriser un exercice et une activité de soins pluridisciplinaires.

Elles coordonnent aussi les actions avec d'autres acteurs de santé, médecins spécialistes, paramédicaux, établissements de santé et établissements médico-sociaux.

Elles répondent à un règlement arbitral engageant l'ARS, l'Assurance Maladie et la Fédération (FFMSP).

Le projet d'une MSP doit idéalement émaner des PS qui le pilotent, en lien étroit bien sûr avec les élus locaux et les usagers du territoire. La création ex-nihilo est toutefois complexe avec un dossier administratif lourd auquel sont peu familiarisés les jeunes médecins. Mais l'ARS, l'Assurance Maladie, la FFMSP soutiennent, y compris financièrement, les projets et conseillent les promoteurs. Il est précisé que le projet immobilier de la MSP ne doit pas être le socle du projet, car il comporte un risque important d'échec, notamment quand des PS déjà installés sont dans le projet.

Par contre l'intégration des jeunes professionnels dans une MSP déjà opérationnelle est assez facile, que ce soit pour renforcer l'équipe existante ou remplacer un PS cessant son activité.

Il existe une cinquantaine de MSP dans la région, autant en gestation avec des projets plus ou moins avancés.

Une MSP doit répondre à plusieurs critères :

- Réponse à un projet de santé de territoire
- Prise en charge de la PDSA et de la continuité des soins.
- Partage de l'information tracée dans le dossier médical, avec l'accord implicite du patient
- Développement de la coordination des soins.
- Développement des actions de santé publique : prévention, dépistage, éducation thérapeutique.
- Accueil des stagiaires, notamment les internes en MG.
- Organisation de réunions de concertations pluridisciplinaires mensuelles.
- Projet de télémédecine.

Effectifs actuels de la MSP de Laventie : 5 médecins généralistes, 2,5 IDE, 3 kinés, 2 chirurgiens-dentistes, 1 orthophoniste, 1 diététicienne.

Et surtout, une coordinatrice dont le rôle est majeur pour la gestion et l'organisation de la MSP. Elle est détentrice d'un master en droit de la santé et son poste est financé par la communauté de communes.

Il existe un projet d'agrandissement des locaux et d'intégration de nouveaux PS, notamment une sage-femme et 2 ou 3 orthophonistes.

Les praticiens, qui sont maîtres de stage, accueillent en permanence des internes en médecine générale. L'analyse des internes est très positive. Ils exercent dans des conditions réelles mais sous contrôle étroit des maîtres de stage, spécialement formés à cette pratique. Les MG maîtres de stage ont le même ressenti fortement positif de ce compagnonnage qui permet l'éveil des jeunes à la médecine de ville. Le résultat de cette démarche est que 100% des internes stagiaires vont choisir l'exercice de ville et s'associer ou s'installer dans d'autres MSP. Il est vivement déploré que cette démarche d'immersion libérale ne soit pas encouragée par le doyen de la faculté de médecine de Lille, et ceci tant pour la médecine générale que pour les autres spécialités.

Les conditions de travail et de vie familiale sont satisfaisantes pour l'ensemble des professionnels de santé, y compris les femmes. Tous résident dans la ville ou à proximité immédiate.

La MSP de Laventie fait partie du Pôle Santé Flandre Lys qui regroupe plusieurs MSP. On y privilégie la coordination et le partage des compétences et des moyens (exemple de l'éducation thérapeutique, du dépistage de la rétinopathie, de la BPCO, de la prise en charge de la douleur).

Au total, impression très positive d'une organisation fonctionnelle et efficace rendant certainement un excellent service médical à la population dans de bonnes conditions d'épanouissement professionnel.

Maison relais, Pension de famille, Résidence d'accueil

MAHRA Le TOIT Longuenesse-Calais (Maison d'Accueil, d'Hébergement, de Réinsertion et d'Accompagnement)

Pôle accueil Hébergement

Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)

CHRS insertion : 106 places.

CHRS d'urgence : plus de 20 places

CHRS (violences conjugales) : 4 places

CHRS HUDA (Hébergement d'Urgence de Demandeurs d'Asile) : 20 places

CHRS Lits Halte Soins Santé : 8 places

CHRS de stabilisation : 24 places

Total places CHRS : près de 200

Veille Sociale : Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO), Accueil de jour, Samu Social.

Pôle Insertion par l'économique : 122 places

Pôle Insertion par le logement : 70 places dont 22 dits "Pension de famille" et 12 dits "Résidence d'Accueil"

Maisons relais - Pension de famille.

La pension de famille est destinée à l'accueil de personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire. Les pensions de famille sont une étape pour se poser dans un logement autonome chaleureux, pour (ré)apprendre à habiter ou cohabiter. Les pensions de famille associent logements privés et parties communes ainsi que l'accompagnement par un responsable de maison et des bénévoles afin de créer un environnement sécurisant et d'offrir des chances de réinsertion durable.

Un partenariat de proximité avec le CSAPA (Centre de Soins Accompagnement Prévention Addictologie) du centre hospitalier de Saint Omer est mis en place et permet à certaines personnes de se soigner. Moyenne d'âge : 50 ans. Capacité: 22 studios

La Résidence d'Accueil :

La résidence d'accueil est destinée aux personnes ayant un handicap psychique en situation d'exclusion sociale, notamment celles qui restent hospitalisées en psychiatrie sans nécessité thérapeutique, faute de relais social, celles qui sont à la charge de leur famille ou celles qui se trouvent sans domicile. De même, les réponses données en termes de logement autonome à ces personnes sont largement déficitaires par rapport aux besoins constatés.

La Résidence d'Accueil est une modalité de résidence sociale, clairement inscrite dans le champ du domaine social. Elle s'inscrit dans une logique d'habitat durable, sans limitation de durée, et offre un cadre de vie semi collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social.

Sa spécificité est d'offrir aux résidents la garantie, en tant que besoin, d'un accompagnement sanitaire et social, organisée dans le cadre de partenariats formalisés par des conventions, d'une part, avec le secteur psychiatrique, et d'autre part, avec un service d'accompagnement à la vie sociale ou un service médico-social pour adultes handicapés.

Capacité : 12 studios.

L'ensemble des résidents, pension de famille et résidence d'accueil, bénéficie des interventions de l'équipe médico-sociale de l'association : médecin, psychologue, infirmière, assistante sociale.