

5^{ème} Journée Régionale des P.A.S.S.



19 novembre 2009

**Les P.A.S.S. :
Quel partenariat autour
et avec la personne ?**

**Amphithéâtre de l'IFSI
Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse
900 route de Paris - BP 401 - 01012 BOURG-EN-BRESSE Cedex
www.ch-bourg-en-bresse.fr**

PROGRAMME

matin : LE PARTENARIAT ATOUR DE LA PERSONNE

8h30 - 9h : **Accueil des participants**

9h - 9h30 : **Ouverture de la journée**

9h30 -9h45 : **PASS de Bourg en Bresse**

9h45 - 11h30 : **Ateliers « Pourquoi et comment travailler ensemble? »**

Atelier 1 : Travailler avec les partenaires intra-hospitaliers

Atelier 2 : Travailler avec les partenaires extra-hospitaliers

11h30 - 11h45 : **Pause**

11h45- 12h45 : **PASS animateur de réseau**

Photographie 2009 des Comités de pilotage des PASS en Rhône Alpes Mr PAYS

Réunions « Interfaces » Dr AGNOLI

13h00 - 14h30 : **Pause déjeuner**

après midi : LE PARTENARIAT AVEC LA PERSONNE

14h30 - 15h30 : **Atelier Santé Ville de Bourg en Bresse : « rencontres avec les habitants »**
Mme Patricia MEDINA Sociologue Observatoire Régional de Santé Rhône Alpes

15h30 - 16h30 : **« Pas de pitié pour la pitié : elle infecte la relation d'aide et la détruit !»**
Dr Jean MAISONDIEU Psychiatre

16h30 - 17h : **Clôture de la journée**
Représentants ARH et DHOS (sous réserve)

Ouverture de la journée

Mr NAMAN Directeur du Centre Hospitalier de Bourg en Bresse

Je remercie l'équipe de la PASS de Bourg en Bresse pour le travail fait depuis des années et pour l'organisation de cette journée.

Je suis très heureux de vous accueillir pour cette 5ème journée. C'est une journée très importante pour le droit à la santé.

Je suis personnellement très impliqué pour toutes les actions menées par l'équipe de la PASS. Je les soutiens depuis mon arrivée sur le CHB. Elles agissent au quotidien au niveau des Urgences mais aussi dans tout le centre hospitalier.

Je sais combien votre tâche est difficile, exaltante, peu reconnue mais qui mérite de l'être.

Le partenariat, thème de la journée, est nécessaire et indispensable pour les PASS : partenariat intra-hospitalier, partenariat extra-hospitalier mais aussi avec la personne. En effet, le souci et le regard de l'autre sont à la base d'une prise en charge efficace et discrète.

Je vous souhaite une bonne journée de travail qui va être riche.

Dr TCHENIO médecin réanimateur Chef du pôle Soins Critiques et Non Programmés

Je suis content que l'activité de la PASS soit dans le pôle. Cette journée est l'occasion d'une reconnaissance du travail accompli à ce jour.

C'est une activité importante pour l'Hôpital, en particulier aux urgences, et pour la société en général.

Cette activité s'est installée depuis 2004 avec une montée en puissance progressive. Elle s'est structurée et amplifiée ces dernières années. Le dernier comité de pilotage a eu lieu en mars 2009.

Cette activité concerne bien au-delà de l'Hôpital, la Ville et la Région. Elle concerne les soins mais aussi les acteurs du social et d'autres horizons. La notion de réseau est fondamentale.

Pour notre région, on peut s'attendre à une augmentation de l'activité avec l'ouverture en 2010 d'une nouvelle prison.

Pour notre établissement, faute de temps médical dédié, on est arrivé actuellement aux limites de sa fonctionnalité. Ce temps médical est vraiment nécessaire. Pour le créer nous avons besoin de l'aide de l'ARH, de la DDASS et de la CPAM.

La PASS rend service à l'hôpital (décharge les services) et à la société (rôle de l'Hôpital public). Elle permet aux patients de réintégrer le secteur normal de la santé.

Il faut que cette activité continue.

Dr RIVOLLIER Présidente de l'APPASSRA

Merci aux responsables de direction générale et du pôle des urgences, de nous accueillir aujourd'hui.

Bienvenue à tous.

Quoi de neuf en dix-huit mois,

depuis notre dernière rencontre en mars 2008 à Saint-Étienne :

- En mai 2008, le livret du ministère, conçu pour aider à organiser une PASS, est paru. Il nous avait été annoncé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), en mars 2008 à Saint -Étienne, lors de notre précédente journée. La préface pose clairement la place des PASS :

"Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), instaurées dans les établissements de santé par la loi d'orientation de lutte contre les exclusions, représentent un outil efficace pour faciliter l'accès au système de santé et la prise en charge des personnes démunies."

Et aussi :

"Pour réussir sa mission, une permanence d'accès aux soins de santé doit être en mesure de créer des partenariats forts tant au sein de l'hôpital qu'avec les acteurs sociaux, le tissu associatif, les réseaux de santé, la médecine de ville, les cabinets dentaires..."

- En juillet 2008, est paru un rapport d'information du Sénat sur les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion ; il s'efforce de recenser divers indicateurs permettant de mesurer la pauvreté. Parmi les mesures suggérées, le rapport propose une généralisation des PASS, avec un objectif de 500 PASS, notamment dans les zones rurales et un développement des PASS dentaires, pédiatriques, psychiatriques.

- Une **enquête de la DHOS** en novembre 2008 a eu lieu, visant à un état des lieux des PASS, démarche très intéressante ; les dernières données officielles remontaient à 2003. Il s'agissait de disposer d'éléments quantitatifs et qualitatifs sur le nombre, l'activité et les moyens mis en œuvre dans les PASS ; l'objectif était d'abord de disposer d'outils pour une meilleure attribution des ressources dédiées aux PASS dans le cadre des Missions d'intérêt général PASS (MIG PASS) ; ensuite l'enquête visait à soutenir et valoriser les équipes par une animation régionale, puis nationale, et à terme d'améliorer le service rendu aux usagers.

Le retour de cette enquête, dont les PASS dispose via lors administration, est disponible depuis courant octobre 2009 :

En Rhône-Alpes : 32 PASS déclarées, 2 non déclarées (total 330 au niveau national). 4 établissements ont 2 PASS. La très grande majorité (94 %), comme au niveau national (90 %), ont vu le jour avant 2005. Concernant l'orientation stratégique des établissements, la prise en compte du public précaire existe dans 73 % des projets d'établissement (77 % au niveau national), les PASS sont mentionnées dans 76 % de ces projets. Cependant seulement 71 % des établissements mentionnent le dispositif PASS dans l'annexe du contrat d'objectifs et de moyens (96 % au niveau national). 44 % des PASS sont rattachées aux urgences (37 % au niveau national). 67 % des PASS Rhône Alpes ont un comité de pilotage (seulement 40 % au niveau national). 72 % d'entre elles ont une réunion annuelle, les autres plus fréquemment. La satisfaction des usagers est peu mesurée, à peine 9 % . 7 PASS sur 10 diffusent leur rapport d'activité.

Pour l'année 2007, en moyenne 286 patients ont été accueillis dans chaque PASS Rhône-Alpes (455 au niveau national). En moyenne, 252 consultations de médecine générale ont eu lieu (532 au niveau national). La durée de la consultation sociale est de 55 minutes en Rhône-Alpes (47 minutes au niveau national), celle de la consultation de médecine générale est de 33 minutes (identique à la moyenne nationale), la consultation infirmière de 26 minutes (38 minutes au niveau national).

En Rhône-Alpes, le taux de droits recouverts par rapport aux dossiers inscrits : pour la CMU : 86 % (26 % au niveau national), pour l'AME : 83 % (73 % au niveau national), pour la CMUc : 101 % (83 % au niveau national), pour une mutuelle avec aide financière : 76 % (58 % au niveau national), pour les soins urgents : 26 % (83 % au niveau national où davantage de dossiers sont instruits)

Seulement 74 % des PASS permettent un accès aux médicaments par une procédure interne à l'établissement (71 % au niveau national) ; pour l'accès aux examens complémentaires : 39 % ont un dispositif adéquat (34 % au niveau national). 58 % des PASS Rhône-Alpes ont des réunions de synthèses médico-sociales (58 % au niveau national).

Concernant les partenariats : en intra hospitalier, la moitié des PASS Rhône-Alpes ont établi un partenariat avec d'autres service formalisé par un ou plusieurs documents contractuel ; les deux tiers des PASS sont engagées dans un ou plusieurs partenariats avec des acteurs externes.

La dotation en personnel : infirmière présente dans 38 % des PASS (33 % au niveau national), médecin de premier recours existant dans 18 % des PASS (25 % au niveau national), médecin référent coordonnateur dans 29 % des PASS (23 %), médecin pour soins dentaires présent dans 3 % des PASS(idem au niveau national), secrétariat accueil présent dans 35 % des PASS (41 % au niveau national). Le nombre moyen d'équivalent temps plein par PASS est de 1,59 (1,91 au niveau national).

Quelques commentaires : l'intégration des PASS dans l'orientation stratégique vers les publics précaires est à optimiser pour répondre aux objectifs de la loi contre les exclusions. L'intégration des usagers en situation précaires est très peu développées, quasi inexistante. Le taux de recouvrement des droits est satisfaisant en Rhône-Alpes. Mais dans quelles conditions ? Les PASS sont peu dotées avec une moyenne en équivalent temps plein bien inférieure à la moyenne nationale. De plus, les délais d'obtention s'allongent avec des

contacts plus difficiles avec les CPAM. En pratique les dispositifs internes d'accès aux médicaments et examens complémentaires restent insuffisants comme partout en France. Les PASS ont tissé un partenariat externe plus dense qu'à l'intérieur même de l'hôpital.

Quelques commentaires en marge de l'enquête: certains paramètres sont susceptibles d'avoir été sous évalués, notamment les partenariats, la diffusion du rapport d'activité, les réunions médico-sociales. En effet pour le remplissage du questionnaire certaines PASS ont été à peine informées de son existence et n'ont pas pu donner leur avis sur des paramètres relevant pourtant de la pratique pure et dure. Ces lacunes témoignent que le partenariat princeps PASS/administration, celui qui justement permet l'émergence de la mission, reste à optimiser en beaucoup d'endroit.

- **Fin juin, voire début juillet 2009 un appel à projets à rendre avant le 6 juillet 2009 nous est parvenu:** Un appel d'une telle ampleur ne s'était pas produit depuis longtemps. Une première. Plusieurs d'entre nous ont envoyé un ou plusieurs projets dans le cadre défini : PASS dentaire, PASS psychiatrique et PASS régionale. Nous avons regretté que cet appel soit fait dans la précipitation ; certains d'entre nous ont eu 2 jours (qui tombaient un week-end) pour y répondre. De plus plusieurs, qui pourtant avaient respecté les délais impartis, ce sont vu répondre que les documents étaient parvenus aux tutelles trop tard ! Mais des projets ont été retenus ; c'est l'essentiel car partout il y a des besoins. Il est trop tôt pour connaître les aspects concrets leur mise en place.

- En octobre 2009, lors de la diffusion des résultats de cette enquête, la DHOS nous informe qu'elle va constituer un groupe de travail afin d'élaborer une modélisation de la MIG PASS. L'objectif est de nous « présenter un modèle consensuel d'organisation et de financement de ces structures, ainsi que des outils méthodologiques de mise en œuvre ». Ce groupe de travail intégrera des représentants d'ARH et de PASS, et devra livrer ses premiers résultats d'ici la fin de l'année.

Revenons sur le terrain des professionnels des PASS, celui de ces dix-huit derniers mois :

- Depuis juin 2008, à l'APPASSRA, nous avons pointé des difficultés grandissantes pour établir un contact efficace avec nos caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). En septembre 2008, nous avons adressé un courrier à la CRAM où nous suggérions une rencontre. En attendant la réponse, nous avons décidé faire une enquête auprès des PASS de Rhône-Alpes pour faire un état des lieux sur les contacts entre PASS et CPAM ; l'enquête a confirmé ces difficultés et les a précisées sur un plan technique [résultats de l'enquête dans la pochette remise à chaque participant]. Dans sa réponse, la CRAM nous a renvoyé vers l'URCAM, après avoir transmis à la CPAM de Chambéry ! Au total, l'APPASSRA est face à des difficultés non surmontées pour établir un premier contact

avec un interlocuteur régional. Ainsi, serait-ce possible que les PASS ne soient pas reconnues comme vrai interlocuteur par son partenaire fondamental la CPAM, pour accomplir la mission essentielle des PASS : celle d'(ré)intégration dans le système de soins de droit commun ? Si des moyens sont donnés par le ministère de la santé — et les évènements des derniers dix-huit mois sont de bon aloi dans une conjoncture peu favorable — quel sens aurait les PASS sans cette réintégration, sinon de créer une filière spécifique pour les pauvres. Ce serait un non sens, un contre sens même, à l'esprit de la loi de juillet 1998 contre les exclusions qui a fondé les PASS.

Aujourd'hui nous ne pourrions rien dire de plus sur ce partenariat gelé avec les CPAM, mais nous parlerons de tous les autres partenariats. D'abord en atelier : 3 pour le partenariat extra hospitalier, 1 pour le partenariat intra hospitalier ; ce qui reflète bien les proportions notées dans l'enquête de la DHOS. Les grandes lignes des discussions sont écrites sur des panneaux qui seront affichés. Les comptes rendus des ateliers, plus détaillés, figureront dans les actes de la journée. Après une courte pause, Serge Pays de la PASS d'Albertville nous présentera une photographie des comités de pilotage en Rhône-Alpes. Puis Anne AGNOLI nous exposera ce que peut être une réunion interdisciplinaire médico-sociale dans une PASS, celle d'Annecy. Cet après midi, nous nous affranchirons des murs de l'hôpital avec Patricia MEDINA sociologue qui nous présentera une rencontre avec les habitants de Bourg-en-Bresse sur le thème de la santé. Ensuite Jean MAISONDIEU nous dira "Pas de pitié". Il a répondu favorablement à notre invitation et vient de Paris. Médecin psychiatre, il a été très impliqué, entre autres domaines, en particulier lors de la mise en place des PASS.

Nous remercions sincèrement Monsieur NAMAN et son équipe de direction d'avoir permis l'hébergement de cette journée dans des locaux bien adaptés.

Nous avons fait l'esquisse de cette journée en conseil d'administration. Mais ce sont les professionnelles de la PASS de Bourg-en-Bresse qui ont fait en sorte que nos idées tiennent sur pied. Merci à elles.

PASS de Bourg en Bresse

Dr TAFARO et Mle PICARD

PASS de Fleyriat : historique

- 12/2003 : Création d'un poste assistante sociale
½ ETP avec un bureau localisé aux urgences,
- 2004 : Intervention transversale dans les services
Médecin référent PASS aux urgences (0 ETP)
- 2007 : Comité de pilotage
- 03/2009 : Temps administratif médical PASS (140h/an)
Comité de pilotage élargi (professionnels hospitaliers et partenaires extérieurs confrontés à la prise en charge médico-sociale des personnes en grande difficulté)
- 09/2009 : Affectation de l'assistante sociale à temps plein sur la PASS et les Urgences.

Consultation sociale PASS :

Évaluation sociale

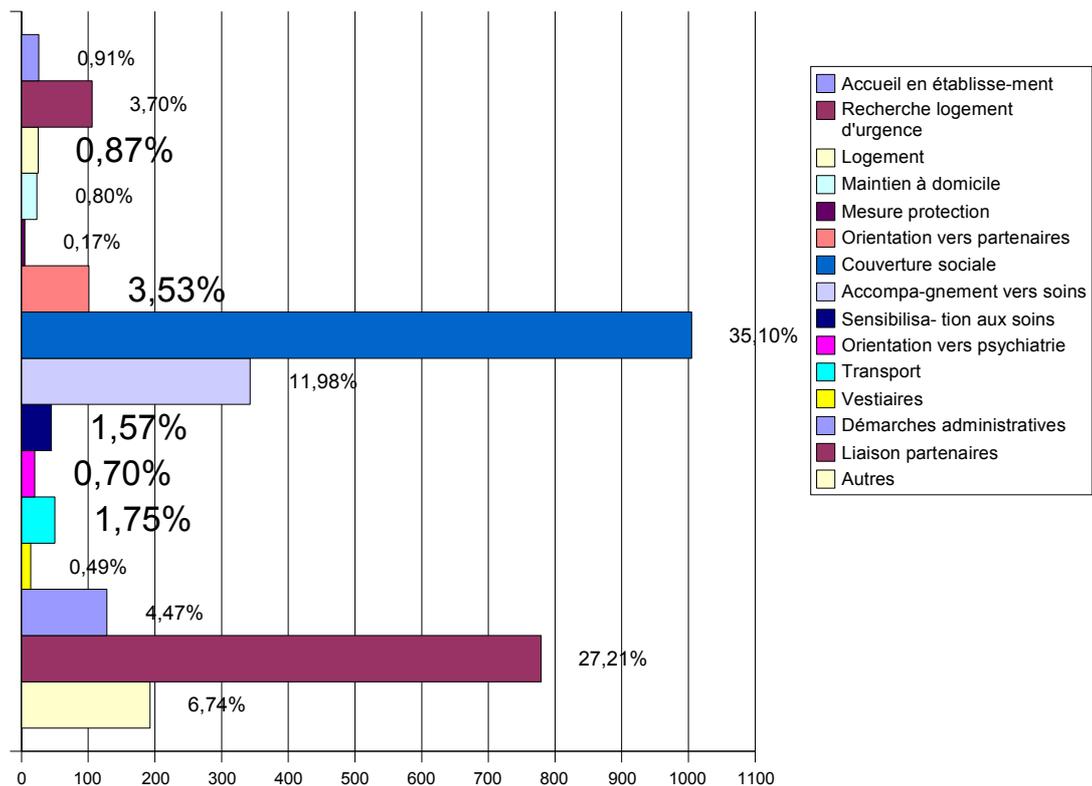
Ouverture de droits

Aide à l'organisation de la sortie :

- Structure d'aval
- Accompagnement aux consultations de suivi

Lien avec partenaires extérieurs

domaines d'intervention



Quelques chiffres 2008 :

La CESF de la PASS a effectué **1751 interventions** pour **525 patients** au sein du CHB, soit une moyenne de 4,21 consultations par patient. Le nombre de consultations a augmenté de 27,72% par rapport à 2007.

81,14% sont de **nouveaux bénéficiaires** c'est-à dire qui n'ont jamais bénéficié du dispositif PASS soit 426 personnes.

228 personnes ont obtenu une **couverture sociale** (soit **73,83%** des personnes qui n'avaient pas de protection avant l'intervention de la CESF).

Consultations médicales :

Pas de consultation PASS spécifique

Consultations de médecine générale assurées par les urgentistes, pas de suivi

Consultations de dépistage au Centre de santé publique

Suivi de grossesse au planning familial

Consultations spécialisées hospitalières

Activités de formation :

- cours aux internes des urgences pour la prise en charge des patients précaires.
- interventions au niveau de l'IREIS auprès des élèves Assistantes Sociales, de l'IFSI auprès des élèves Infirmières
- formation continue sur le terrain du personnel des urgences médical et paramédical.

Activités de l'équipe PASS en externe :

- Participation à l'Atelier Santé Ville de Bourg en Bresse
- Rencontres des partenaires extérieurs (l'équipe mobile Santé Mentale Précarité, la mission locale, le SAO...)
- Organisation de réunions de synthèse pluridisciplinaires avec des acteurs du champ médical, psychiatrique et social pour des patients très désocialisés en rupture de soins.
- Membres actifs de l'APPASSRA

Projets :

- Création d'une équipe mobile PASS, médecin et assistante sociale, intervenant de façon transversale dans tous les services
- Création d'une consultation médico-sociale PASS
- Actions de formation des professionnels
- Création d'un mi-temps infirmier
- Création d'une consultation dentaire PASS
- Élaboration de conventions de partenariat

Présentation des Ateliers

Travailler avec les partenaires intra-hospitaliers

ATELIER 1 : Salle 10

Animateurs :

Bruno DE GOER médecin PASS Chambéry

Jean Michel PEYRACHE Cadre Socio-éducatif PASS Hôtel Dieu Lyon

Travailler avec les partenaires extra-hospitaliers

ATELIER 2A : Salle 104

Animateurs :

Elisabeth RIVOLLIER Médecin PASS CHU St Etienne

Cécile RUBIN Assistante Sociale PASS CHRA Annecy

Travailler avec les partenaires extra-hospitaliers

ATELIER 2B : Salle 153

Animateurs :

Pascale LACROIX CORMIER Médecin Réseau Social Rue Hôpital CH St Joseph St Luc

Bernard MONTIER Assistant Social PASS CHU Grenoble

Travailler avec les partenaires extra-hospitaliers

ATELIER 2C : Salle 159

Animateurs :

Elisabeth PIEGAY Assistante Sociale Réseau Social Rue Hôpital CH St Joseph St Luc

Vincent BOURGIN Assistant Social PASS CHU St Etienne

Atelier 1 : Le partenariat intra-hospitalier

Animateurs : JM PEYRACHE et B. DE GOER

Ont participé à l'atelier, outre les 2 animateurs : 8 assistantes sociales, 5 médecins et 1 dentiste, 3 cadres de santé, 3 infirmières (dont 1 d'UCSA), 1 infirmier psychiatrique, 2 directeurs hospitaliers, 1 agent d'accueil, 1 conseillère, 1 salarié d'une CPAM et 1 membre de la Croix Rouge Française.

Un constat : les PASS sont souvent mieux connues à l'extérieur de l'hôpital qu'en intra hospitalier.

Les grands axes de débats :

- 1- Pour préparer la sortie d'hospitalisation : les services n'ont pas le « réflexe PASS »**
 - Comment informer les services : initialement et maintient dans le temps (turn over des équipes) ? Par oral, par écrit (plaquette pour tout nouvel agent, formation des internes, des cadres...)
 - A l'inverse parfois les PASS peuvent être un réflexe pour « vider les lits », souvent en urgence sans préparation d'amont.
- 2- Partenariat soignants/ travailleurs sociaux en hospitalisation**
- 3- Mais les PASS travaillent surtout en consultations externes : partenariats à développer avec les autres services et le plateau technique**
 - Fiches relais amenées en mains propres par l'AS à chaque demande spécifique : permet une connaissance mutuelle
 - Gratuité des soins : soit protocoles établis, soit c'est de la « débrouillardise » au cas par cas et en fonction des connaissances :
 - Facturation sur budget PASS (importance d'une UF spécifique)
 - Dépannage médicaments par les urgences
 - Parfois protocoles voire conventions avec des institutions extérieures, relatives aux médicaments, radiologie, examens de laboratoire
- 4- Partenariats entre médecins :**

Trouver des ressources de médecins sensibilisées : parfois aux urgences, parfois dans un pôle santé publique, voire un chef de pôle ou le président de la CME

 - Psychiatrie de liaison ?

5- Partenariat entre travailleurs sociaux : quelle spécificité de l'AS de la PASS ?

- Ouverture de droits ?
- Ou lorsque complexité ? (nécessité de liens, de travail en réseau...)
- Ou seulement pour les liens avec les partenaires extérieurs ?
- Critère d'absence de logement ?
- Et lorsqu'il n'y a qu'une seule AS sur l'hôpital ?

6- Partenariat avec l'administration de l'établissement

- Importance d'une direction motivée
- Les soignants ont-ils conscience du coût des actes ?
- Hospitalisations : le partenariat avec le bureau des entrées est fondamental.
Repérage, mise en attente de la facturation, travailler sur la régularisation (env 75% se règlent)
- Hospitalisations en urgence. Ce n'est pas du ressort de PASS, le médical doit être prioritaire
- Consultations externes : importance du budget PASS
- Le comité de pilotage doit aborder les aspects financiers
- Rassurer les financiers par un suivi
- Inclure l'assurance maladie dans le comité de pilotage
- Montrer l'intérêt de la PASS pour l'établissement. Aide à diminution des durées moyennes de séjour, des retours aux urgences... Importance du bilan d'activité (avec rapports d'étapes éventuels).
- Partenariat également en termes de projets
- Interface ARH. Une démarche de l'APPASSRA sera à mener auprès de la nouvelle ARS

7- La question du repérage

- Largement abordée à la journée de St Etienne
- Outils informatique : difficile
- Formation du personnel
- Permettant ensuite un partenariat en interne
- Santé mentale : vue plus large que l'aspect somatique souvent plus technique

Conclusion : il existe des points d'appui. Ne pas omettre :

- Le guide DHOS mai 2008
- Les visites de certification
- De travailler des outils communs entre les PASS

ATELIER 2A : Partenariat extra hospitalier

Animateurs : Cécile RUBIN et Elisabeth RIVOLLIER

Présence de Monsieur MAISONDIEU dans notre groupe de travail

Compte rendu : Nous avons travaillé selon la grille suivante

Intérêts de travailler en partenariat :

Les principaux intérêts est de se connaître, y compris visuellement, d'expliquer nos missions respectives pour mieux se reconnaître entre nous ; faire connaître nos compétences, nos champs d'intervention, nos limites professionnelles et institutionnelles.

L'autre intérêt serait aussi de sentir que nous travaillions ensemble, de façon complémentaire pour la personne.

Les limites :

- Une limite essentielle : le secret professionnel et médical et (ou) partagé. Certains professionnels souhaitent savoir si une personne qu'ils ont reçue a ensuite bien eu recours à l'orientation proposée. Rechercher cette information auprès des autres professionnels est considéré par Monsieur MAISONDIEU comme un manquement au secret professionnel : la rupture (de soins) est un droit du patient. Certaines personnes font des demandes croisées (s'adressent à travailleur social pour un problème de santé, et inversement amènent principalement des problèmes sociaux au médecin).
- Ce qui rejoint une autre limite évidente : le choix de la personne de s'adresser à qui elle l'entend.
- Autres limites : la compétence de chaque professionnel, le temps, les contraintes institutionnelles et financières.

Les difficultés :

- La difficulté essentielle relève du paradoxe de la personne et des institutions dans lesquelles ou avec lesquelles nous travaillons
- Nous sommes aussi à nous interroger sur le sens des demandes posées : « celui qui frappe à la mauvaise porte » ; s'il ne s'agit pas d'un manque d'information, le sens est à chercher en respectant le choix de la personne.
- Nous retrouvons aussi à ce niveau la question du temps
- Un débat important à ce moment : les informations transmises entre professionnels et de nouveau la question du secret. La personne doit rester maître de sa vie et de ses choix

comme le choix de rompre les soins. Le réseau ne peut pas fonctionner comme une "supra ou super-équipe" en charge de la personne ; le partage d'information n'est pas celui d'une équipe de soins en service.

Les leviers :

Une partie très riche dans ce groupe de travail.

Plusieurs leviers peuvent être intéressants à exploiter face à ces difficultés :

- L'éthique : au jour le jour, chaque situation est particulière
- Le cadre
- Les outils comme les rencontres formalisées et régulières
- Les réunions doivent être des réunions de régulation de savoirs
- La notion de temps est ici un atout pour créer des liens (prendre le temps).
- Comme un autre levier essentiel : la nécessité de clarté
- Celle de reconnaître et faire reconnaître la complexité ou les complexités des situations.

ATELIER 2B : Partenariat extra-hospitalier

Animation : Bernard MONTIER, assistant social PASS de Grenoble

Pascale LACROIX-CORMIER, médecin, PASS mobile de CH Saint Joseph Saint Luc Lyon

25 personnes présentes : médecins, IDE et infirmier de soins psychiatriques, accueillantes, sage femme, assistants sociaux, psychologue.

Thèmes abordés :

A- LES DIFFICULTES DES PASS:

1- En lien avec la CPAM

- Lenteur et délai des réponses
- Diminution ou disparition d'accès direct
- Complexité croissante des textes législatifs
- Modalités différentes pour l'accès à l'AME selon les caisses
- Nécessité d'intégrer la CPAM dans le comité de pilotage

2- En lien avec certaines institutions : Ou comment faire pour que le partenariat ne repose pas sur une individualité ?

- Ne pas être seul(e) sur la prise en charge
- Signer des conventions ce qui permet aussi de rechercher de possibles subventions
- Demander à être remplacé(e) pendant ses absences
- Importance du comité de pilotage

3- Ateliers Santé-Ville

- Absence des PASS au sein de cette instance souvent par manque de temps
- Importance de leur utilité pour créer ou faire vivre des réseaux et/ou être associé(e) à des actions

4- Délivrance des médicaments

- Travail en lien avec les centres de santé
- Conventions possibles avec pharmacie de ville (pour une PASS, convention également avec l'imagerie et des laboratoires d'analyses médicales privés)
- Reste le problème de la gratuité des soins : le plus souvent recours pour les personnes sans droits à Médecins du Monde qui n'a pas vocation à se substituer au droit commun

B- PARTAGE DE L'INFORMATION

- Comment ne pas donner d'éléments médicaux quand ceux ci sont primordiaux dans la prise en charge globale de la personne ?
- Le secret doit être partagé avec et seulement avec l'accord de la personne
- Questionnement de certains sur la loi de prévention de la délinquance où un partenariat avec la police est activé : refus de certains, accord d'autres avec des règles bien définies au départ, avec la garantie que les limites ne seront pas dépassées

C- PARTENARIAT EXTERIEUR PLUS LARGE ET RECONNAISSANCE

- Partenariat avec médecins et pharmaciens de ville : il faut veiller à ne pas saturer une filière donc nécessité d'avoir un réseau suffisamment étoffé.
- Partenariat avec les maisons médicales de garde : peu actif en raison de la nécessité d'avance de frais
- Difficulté d'être reconnu quand on agit seul (cas de nombreuses PASS) et qu'on ne produit pas de soins techniques
- Les soignants au sens large dans notre société ont peu de représentations des PASS : importance de relais à tous les niveaux : santé, social, juridique, politique...

Rédaction : Pascale LACROIX-CORMIER

ATELIER 2C : Partenariat extra-hospitalier

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé existent maintenant depuis plus de dix ans et font l'objet d'un réel intérêt de la part des pouvoirs publics. Les services qu'elles rendent aux publics en situation de précarité et d'exclusion sont clairement reconnus. De même, elles apportent un soutien important aux institutions sanitaires et sociales amenées à rendre en charge ce public. La DGOS a diligenté une enquête en novembre 2008 pour évaluer leurs moyens, leurs modalités de fonctionnement et leur implantation sur le territoire nationale. Des disparités existent et nécessitent que des moyens humains et matériels soient encore dévolus à ce dispositif.

La particularité des PASS est de fournir une prise en charge médico-sociale à un public en situation de précarité et d'exclusion afin de lui permettre ensuite un accès aux soins de droits commun hors du dispositif PASS et des premières prestations qu'il propose (prestations très variables suivant les PASS d'ailleurs).

Pour cela, les salariés des PASS ont à charge de développer un travail important de liens avec l'ensemble des services hospitaliers mais aussi avec l'ensemble des institutions et acteurs du champ sanitaire et social que l'on qualifie du terme générique de **partenaires extra-hospitaliers**.

Le partenariat extra-hospitalier est incontournable et va de soi dans la pratique des professionnels des PASS.

A- Mettre un visage sur les noms.

Tous pointent l'importance des rencontres physiques avec ces partenaires, rencontres qui permettent, en mettant des visages sur des noms, de tisser des liens de proximité, des liens "privilegiés" propices à une collaboration plus efficaces et sécurisées. Ces rencontres permettent plus facilement de savoir "préservé" les partenaires en conduisant les différents acteurs à s'interroger sur leur logique propre et leurs activités et à comprendre celles des autres. Il s'agit de bien identifier et comprendre les compétences et limites des uns et des autres pour travailler en bonne intelligence et complémentarité.

B- Partenariat et financement

Ce partenariat rencontre des limites:

- Pb de partenariat lié aux difficultés que rencontrent beaucoup de PASS pour se faire **financer des interprètes**. Nécessité pour les professionnels de solliciter leur direction afin d'obtenir une enveloppe budgétaire pour cela.
- Pb de partenariat de plus en plus important **avec les CPAM** qui ont pour certaines supprimées leur outil d'interface (la cellule exclusion précarité sur le Rhône par exemple) et qui répondent à une logique administrative lourde de conséquence pour notre public : augmentation des temps de réponse , augmentation des preuves à fournir pour obtenir l'ouverture des droits, difficultés grandissantes pour avoir un interlocuteur unique ayant une bonne connaissance du dossier , problème de suivi des dossiers etc. Nécessité d'actions collectives auprès des directions des CPAM afin de mettre en avant notre activité **génératrice de prévention en matière d'impayés et d'amélioration des soins et donc de leurs coûts**.
- Nécessité d'intégrer la dimension régionale (**ARS**).

C- Partenariat et communication

La communication est un outil essentiel des PASS et doit se développer aussi bien au niveau micro que macro.

Au-delà de la communication avec les partenaires directes autour des prises en charge, il s'agit pour les professionnels d'être en mesure de mettre en commun leur travail (via les statistiques entre autres) pour faire valoir les besoins aussi bien au niveau de leur direction qu'au niveau des tutelles (ARS). Est pointée l'importance du dossier patient mis en place par chaque PASS.

Il est évoqué l'idée de solliciter l'ARS pour un dossier patient commun à toutes les PASS (**ex: Cristal Net à Grenoble**).

L'**APPASSRA** permet de son côté d'être porte parole des PASS pour faire valoir des besoins et mettre en lumière la réalité de la précarisation grandissante d'une partie de la population française au-delà des personnes migrantes et/ou en situation irrégulière sur le territoire nationale.

Nécessité pour l'APPASSRA de passer de la sphère privée (blog) à la sphère publique en créant un site internet.

Envisager en parallèle la création d'une messagerie sécurisée entre toutes les PASS: L'ARS pourrait aussi être solliciter en ce sens.

Enquête COPIL en Rhône Alpes

Serge PAYS (éducateur PASS Albertville)

Enquête sur les comités de pilotage en Rhône- Alpes

appassra

association des professionnels des permanences
d'accès aux soins de santé rhône-alpes

2009

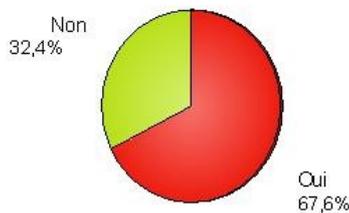
- Le questionnaire a été envoyé par Mail à l'ensemble 36 des PASS répertoriées sur la région Rhône-Alpes
- Il comporte 9 questions
- 3 PASS ont répondu ce qui représente environ un tiers de l'ensemble

Question N°1 : Votre PASS comprend-elle un COPIL et depuis quelle date ?

- 2 PASS comprennent un Comité de Pilotage depuis leur création
- PASS dit ne pas en comporter par absence de volonté de l'établissement

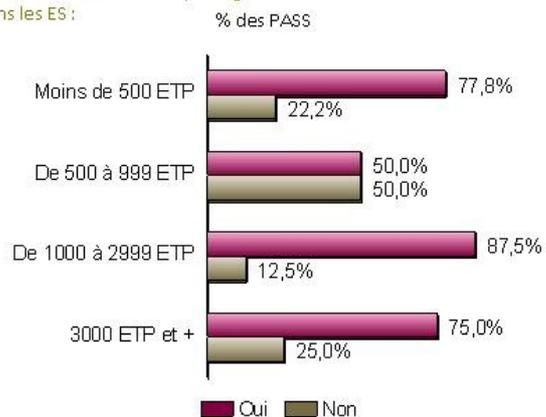
Comité de pilotage de la PASS

La PASS dispose-t-elle d'un comité de pilotage ?
(Base 34 individus)
% des PASS



Au niveau national, 40% des PASS disposent d'un comité de pilotage.

Présence des comités de pilotage selon le nombre d'ETP non médicaux dans les ES :



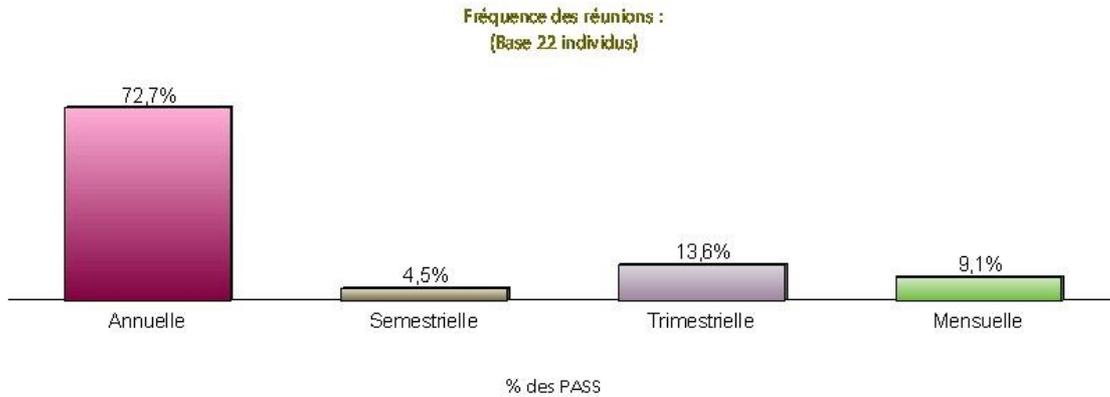
Question N° 2: Comment se décide la réunion du COPIL ?

- Dans la moitié des cas à l'initiative du permanent de la PASS, seul ou en accord avec la direction des Soins Infirmiers
- Dans l'autre moitié par un représentant de la direction

Question N° 3: Quelle est sa fréquence ?

- Il COPIL se réunissent une fois par an
- se réunit 3 fois par an
- Il est à noter que certaines PASScomp ont une autre instance (comité technique ou comité de suivi) se réunissant à des fréquences plus rapprochées

Comité de pilotage de la PASS



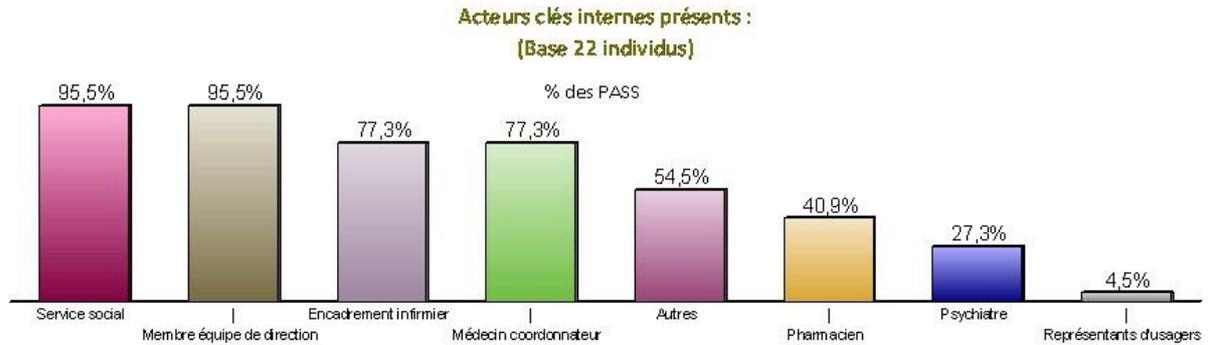
Question N° 4: Quelles sont les personnes invitées ?

- La PASS n'invite que des représentants de services hospitaliers:

Directeur
Président de la CME
DRH
Urgences (Cadre ou chef de Service)
Pharmacie
Bureau des Admissions
Assistants sociaux

- Une de ces PASS comporte également la réunion annuelle d'un comité technique élargi à des partenaires extérieurs

Comité de pilotage de la PASS

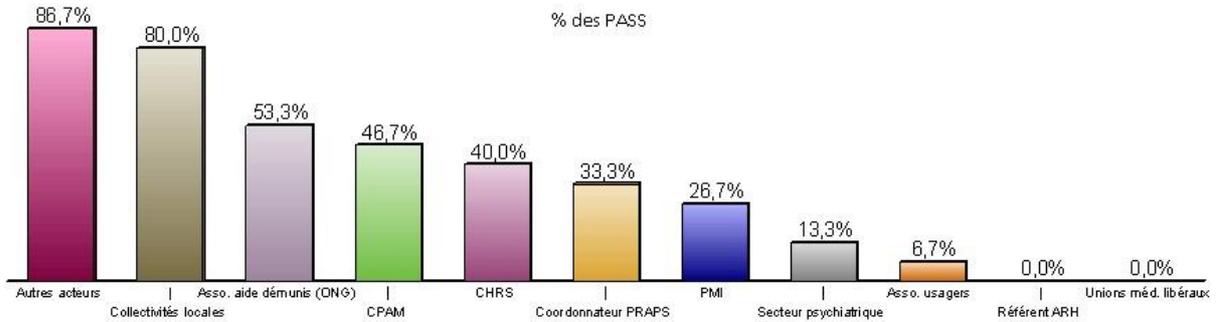


• Les 8 autres PASS comportent en plus des invités extérieurs :

Sous préfecture
CPAM ou CRAM
CCAS
Conseil général,
Usagers
DDASS
CHRS
Associations de Soins
Psychiatrie de liaison
CAF
Associations caritatives
Mission locale jeunes

Comité de pilotage de la PASS

Acteurs externes stratégiques présents : (Base 15 individus)



Détail des autres : police, gendarmerie, médecin de ville, DASS, mission locales, croix rouge, conseil général, SAMU social, autres associations...

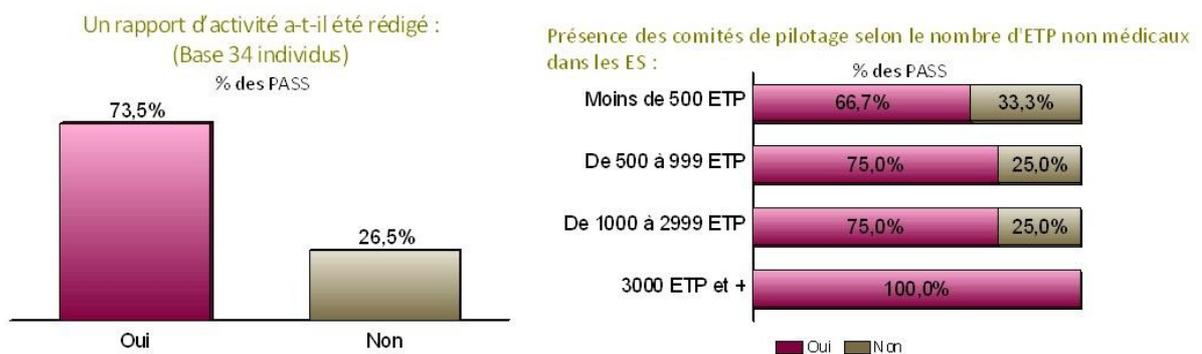
Question N° 5: Quelles sont les personnes qui viennent ou ne viennent pas et pourquoi ?

- Apart quelques exceptions les personnes invitées sont présentes au COPIL

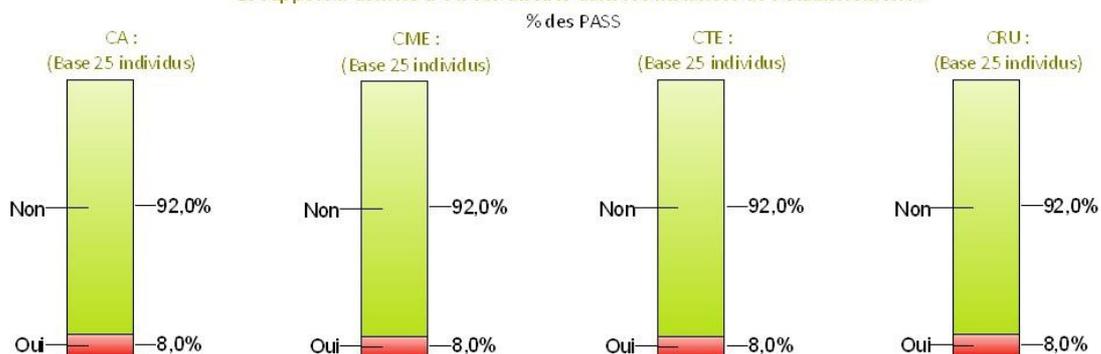
Question N° 6: Comment se déroule votre COPIL ?

- Tous les COPIL comprennent un Bilan d'activité
- Les objectifs et les orientations des PASS se décident également lors du COPIL
- Des questions diverses sont abordées

Production et transmission d'un rapport d'activité de la PASS



Le rapport d'activité a-t-il été discuté dans les instances de l'établissement ?

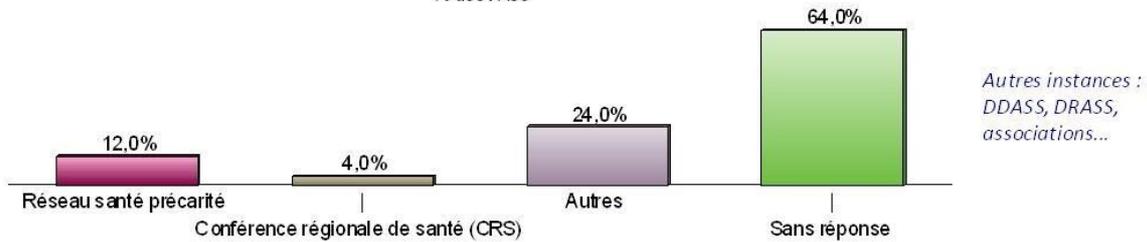


Production et transmission d'un rapport d'activité de la PASS

Le rapport d'activité de la PASS a-t-il été discuté dans des instances extra-hospitalières : (à l'ordre du jour de ces instances et mentionné dans les compte rendus.)

(Base 25 individus)

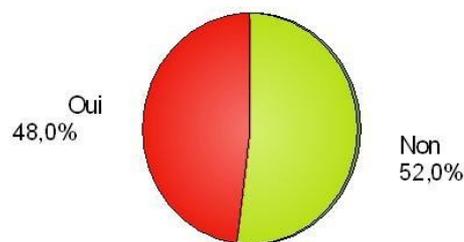
% des PASS



Le rapport d'activité de la PASS a-t-il été transmis à l'ARH ?

(Base 25 individus)

% des PASS



Question N° 7 : Qui aimeriez-vous inviter ?

- Apparemment les PASS semblent être satisfaites par la composition de leurs COPIL
- 2 mécontents aimeraient inviter un représentant de la CPAM

Question N° 8: Existe-t-il d'autres types de réunion et quelle est leur fréquence ?

- SPASS comprennent une autre instance élargie (Comité technique, comité de suivi) plus axé sur des problématiques de terrain
- Une de ces PASS comprend également une réunion mensuelle avec les urgences, la psychiatrie de liaison et addictologie de liaison, une réunion hebdomadaire des intervenants de la PASS ainsi que des réunions hebdomadaires et trimestrielles à l'espace solidarité

Question N° 9 : Rencontrez-vous des difficultés et lesquelles ?

- 7 PASS en rencontrent
- Elles expriment principalement des difficultés à mobiliser partenaires extérieurs et les institutions
- En parallèle on retrouve également des difficultés liées au manque de moyens, à l'isolement, ou l'absence de médecin PASS

Réunions « Interface »

Docteur Anne AGNOLI (médecin PASS Annecy)



REUNIONS INTERFACE

P.A.S.S
du Centre Hospitalier de la Région d'Annecy

HISTORIQUE

- « Cellule précarité » : assistante sociale du SAU.
- Création de la PASS : rencontres premiers partenaires, faire le lien.
- Formalisation et régularité : « réunions d'interface »
- Les rencontres s'étoffent.

OBJECTIFS

- Rencontre partenaires et connaissance mutuelle des équipes
 - Initialement rencontres autour des situations des patients
 - Récemment présentation d'une équipe (3 dernières réunions)
- S'informer
 - Des nouveautés sur la place autour des personnes en situation de précarité
 - Des démarches entreprises par chacun pour une même personne
- Eviter les doublons

PRINCIPES

- Réunions mensuelles
- Organisées et animées par l'équipe PASS
- Au CHRA
- 2h30
- Trois parties :
 - * Présentation d'une équipe (partenaire habituel ou invitée)
 - * Discussion autour de patients (liste de patients dont on souhaite aborder la situation)
 - Interpellation de la PASS ou d'une autre structure
 - Recherche collective de solutions (suggestions, propositions)
 - * Questions diverses : informations générales (loi, nouvelles dispositions sur le secteur, plan hivernal, grippe..., avancées de projets)

EQUIPES PRESENTEES

Précédentes réunions

- Consultations médicales gratuites (CG 74)
- Unité de Post-Urgences Psychiatriques (CHRA)
- Association « Passage » (équipe de rue)

En projet :

- Centre d'alcoologie (CAA)
- Service d'addictologie (CHRA)

LIMITES et CONTRAINTEES

Secret professionnel

Réunions longues

Augmentation du nombre de participants

PARTENAIRES

SAU

ANTENNE
D'ADDICTOLOGIE

INTERNES
au CHRA

SERVICE
SOCIAL
DES
MALADES

PASS

115

HERMINET
TEEcoute
d'urgence

Associatio
n passage

Consultations
Méd. gratuites
du CG 74

L'interva
lle

Secteur
associatif

EXTERIEURS

Abri
St Christophe

Lac d'argent

ADOMA

LHSS

CA de
Jour
« La Halte
»

EXEMPLE

Unité Post-Urgence Psychiatrique

- Présentation de l'équipe, du service
- Mode de sollicitation habituel
- Application aux situations rencontrées par les partenaires
- Proposition :
 - disponibilité (coordonnées du service)
 - disponibilité pour rencontres avec les professionnels
- Réponse aux questions (HDT, pathologies psychiatriques dans la rue...)
- Rôle de la PASS

PROJETS

Mise à disposition de créneau horaire avant la réunion pour échanges éventuels entre partenaires.

Intégration nouveaux partenaires.

CONCLUSION

DEFINITIONS du « Nouveau Petit Robert »

- Interface :
 - limite commune à deux ensembles ou appareils,
 - jonction permettant un transfert d'informations entre deux éléments d'un système
- Faire le lien :
 - Rapprocher

BENEFICES

Pour les partenaires :

- Connaissance mutuelle (pratiques, champs de compétence)
- Se rapprocher, travailler ensemble

Pour les patients :

- Echange d'informations dans l'intérêt du patient.

APPASSRA

Bruno DE GOER secrétaire APPASSRA

C'est une association de professionnels et on insiste sur ce terme car ce n'est pas une association des PASS au sens institutionnel : les adhérents le sont à titre individuel, même si on souhaite le soutien des établissements qui peut notamment se manifester par le remboursement de l'adhésion.

Elle est née d'un sentiment de carence. Nous souhaitions initialement l'organisation de journées régionales et des rencontres via la DRASS, ce qui n'a pu être possible.

Elle a été créée en Décembre 2005 dans les locaux de l'hôpital de Givors, suite à la 2ème journée régionale qui s'est tenue à Lyon.

L'association est régie par la loi 1901.

A ce jour aucune subvention ni contribution privée n'est perçue par l'association, seules les adhésions permettent de la financer. Cela permet une indépendance complète.

Pourquoi régionale? Car les décisions se prennent aujourd'hui à ce niveau : ARH ou ARS, DRASS, les schémas régionaux de santé publique...

Se rencontrer, travailler ensemble, mais aussi être un interlocuteur reconnu par les instances, ce qui semble être aujourd'hui une réalité, notamment par :

- L'ARH
- La Conférence Régionale de la Santé (CRS) (penser à envoyer les bilans d'activités)
- DHOS
- Les représentants des usagers, collectif des malades

L'Assemblée Générale de l'association aura lieu début 2010 à Lyon.

Les informations sur l'association sont disponible sur le blog : appassra.over.blog.com

Atelier Santé Ville de Bourg en Bresse :

« rencontres avec les habitants »

Madame MEDINA sociologue

1/ Le diagnostic de santé réalisé à Bourg-en-Bresse

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes¹ a réalisé en 2009 un diagnostic de santé sur la ville de Bourg-en-Bresse qui avait pour objectif de dégager les grandes tendances en matière d'offre de santé et de prévention, d'accès aux soins, d'état de santé de la population et de problématiques sanitaires particulièrement saillantes et récurrentes. Outre la mise en lumière de certains constats, le diagnostic a permis le repérage de pistes d'action qui seront traitées dans le cadre de l'Atelier Santé Ville à venir.

Précisons en quelques mots qu'un Atelier Santé Ville est un outil de la politique de la ville², qui a pour vocation de favoriser la mise en place d'actions de santé publique (prévention, accès aux soins, ...), dans une démarche multipartenariale et participative, qui inclut également les habitants. Un diagnostic de santé constitue donc une phase exploratoire, en amont de la mise en place d'un Atelier Santé Ville.

Le diagnostic de santé réalisé par l'ORS Rhône-Alpes comporte deux volets :

- Un volet quantitatif qui présente des données socio-économiques (minima sociaux, chômage, ...) et sanitaires (mortalité, consommation de soins, consommation de médicaments, trajectoires d'hospitalisation, ...) à l'échelle de la ville.
- Un volet qualitatif qui se décompose lui-même en deux phases :
 - * Une phase d'entretiens semi-directifs (individuels ou collectifs) avec des personnes ressources (professionnels, bénévoles associatifs, ...) appartenant à différents champs (santé, éducation, insertion, sociabilité, ...). Il s'agit dans cette phase d'affiner la connaissance de l'offre et de découvrir les problématiques repérées par les professionnels. Environ 90 professionnels ont été rencontrés à Bourg-en-Bresse
 - * Une phase d'entretiens avec les habitants : il s'agit d'entretiens collectifs avec des groupes d'habitants. Chaque groupe est composé d'une huitaine de personnes en moyenne, mobilisées par une structure ressource locale (centre social, association d'insertion, ...). L'entretien dure environ deux heures. 13 groupes ont été rencontrés à Bourg-en-Bresse, soit environ 90 habitants.

1 Chaque région comporte un Observatoire Régional de la Santé. Il s'agit d'organismes pluridisciplinaires dont l'objectif est d'améliorer l'information sur l'état de santé et sur les besoins de la population régionale dans le cadre d'une mission d'aide à la décision et à l'action en santé publique.

2 Les Ateliers Santé Ville (ASV) ont été créés dans le cadre de la politique de la Ville par une circulaire en 2001, suite à la loi de lutte contre les exclusions de 1998. Ces ASV ont pour but d'intégrer un volet santé dans les politiques des territoires prioritaires

Le volet qualitatif s'accompagne d'une démarche d'observation de terrain, qui implique des déplacements à pied, l'utilisation des transports en commun, l'utilisation de commerces et de services. Cette observation permet de repérer certaines contraintes dans l'accès physique aux ressources, mais aussi de mieux comprendre l'atmosphère des quartiers : les situations d'enclavement, les ressources commerçantes, les possibilités de déplacements, les espaces de sociabilité,...

2/ Les rencontres avec les habitants

L'objet de cette intervention est de vous présenter les résultats des entretiens menés avec les habitants.

Rappelons que les habitants ont été rencontrés de manière collective, dans des structures de sociabilité de quartier, ou encore par le biais d'association d'accompagnement, d'aide à l'insertion. Ces groupes sont composés idéalement de 8 à 10 personnes : ce nombre permet des interactions entre habitants, une dynamique de dialogue et permet également à chacun de pouvoir s'exprimer.

Les groupes sont réunis une seule fois : il s'agit donc d'une rencontre ponctuelle, qui n'engage pas les habitants dans une démarche sur la longue durée. Ces entretiens ont lieu la plupart du temps dans les structure-relais qui ont mobilisé les habitants, aux horaires qui conviennent le mieux au public invité. L'anonymat des habitants est garanti (leur nom n'apparaît pas dans le rapport), et ce afin de faciliter au maximum la prise de parole. Précisions, qu'à l'inverse, les personnes-ressources, représentent officiellement leur institution et, à ce titre, elles sont nommées dans le rapport de diagnostic.

Au total, 13 groupes d'habitants ont donc été rencontrés à Bourg-en-Bresse qui se répartissent comme suit :

- des groupes d'habitants sur les différents quartiers en politique de la ville : Croix Blanche, Reyssouze, Pont des Chèvres, Terre des Fleurs, Les Venues, (notamment grâce aux centres sociaux)
- des groupes d'habitants, avec des association d'insertion / d'aide : Espace Projet Insertion, ADSEA (gens du voyage), Mission Locale, association ALPES.

Bien souvent, on constate que la santé n'est pas toujours un thème très attractif, de prime abord, dans les quartiers en politique de la ville, et plus particulièrement peut-être pour les hommes, plus difficiles à attirer vers ce type de discussion de groupe.

La crainte pour certains que la discussion ne se focalise sur la santé de façon très médicale, technique, constitue sans doute un frein... Frein que nous levons en indiquant qu'il s'agit

d'aborder la santé de manière globale, au sens de la définition de l'OMS, qui inclut les notions de bien-être, d'adaptation à son environnement...

Ainsi, les entretiens collectifs débutent le plus souvent par le thème de la qualité de vie des personnes dans leur ville, dans leur quartier. Les habitants sont invités à s'exprimer sur ce qu'ils apprécient dans leur environnement, mais aussi sur ce qui leur pose des difficultés et sur ce qui leur manque éventuellement. Les questions de logements, de transports, d'espaces verts, de relations entre habitants sont abordées dans ce cadre.

La santé est ensuite abordée sous l'angle des représentations des habitants sur les notions de « bonne » et de « mauvaise » santé... Bien souvent on repère que la bonne santé est associée au fait de pouvoir faire ce que l'on veut, mais aussi de bien manger, avoir un bon sommeil et « *être bien dans sa tête* »... A l'inverse la mauvaise santé est à la fois associée au fait d'avoir une maladie, mais également, fréquemment, au fait d'avoir des soucis importants, d'être anxieux, ...

Les personnes sont ensuite interrogées sur leur connaissance et leur utilisation des différentes ressources de prévention et de soin qui existent sur leur territoire, et éventuellement au-delà (pour certaines spécialités médicales notamment). Il s'agit de repérer ce qui est bien connu et ce qui l'est moins ou pas du tout, les contraintes éventuelles dans l'accès aux soins (géographiques, économiques, symboliques, ...), mais aussi les questions de santé qui peuvent poser problème aux habitants, en termes de ressources, d'information, ...

Enfin, la discussion doit permettre de faire émerger les besoins et attentes des habitants, en matière d'accès aux soins, et plus largement de qualité de vie

La parole des habitants vient donc compléter celle des personnes-ressources : les habitants experts d'eux-mêmes, de leur vécu et de leurs représentations, nous livrent ainsi à la fois leur vision et leur expérience. Visions et expériences qui ne sont pas les mêmes que celles des personnes ressources, ces dernières n'habitent pas forcément dans les territoires en politique de la ville, et n'étant pas concernées, la plupart du temps, par les mêmes problématiques en termes d'habitat, de précarité, etc.

L'écart même qui peut exister entre les perceptions des uns et des autres est souvent intéressant à explorer, car il permet de mettre en exergue des zones d'ombre, ou des difficultés pour les habitants qui étaient jusqu'à alors mal connues des personnes-ressources (c'est notamment vrai sur des thèmes comme l'habitat, par exemple).

Enfin, le point de vue des habitants est également confronté aux données quantitatives, ce qui permet dans certains cas de repérer qu'un problème qui a une grande visibilité sociale pour les habitants, ne correspond pas forcément à une réalité statistique.

3/ Les résultats des entretiens avec les habitants de Bourg-en-Bresse

Bourg en Bresse est la ville phare d'un département fortement rural : l'Ain. Pour autant, les habitants qui ont été rencontrés ont un profil fortement urbain : ils habitaient pour la plupart dans les quartiers en politique de la ville, et n'avaient pas d'attaches fortes avec le monde rural : il n'y a pas de « *retour à la campagne* » les week-ends ou pendant les congés d'été... La ville de Bourg-en-Bresse, ou d'autres villes, constituent le cadre des attaches. Par ailleurs, en termes de mode de vie, ces personnes sont très ancrées dans la ville : achats, sociabilité, loisirs, tout se passe le plus souvent à l'échelle de la ville.

Plusieurs constats peuvent être brièvement rapportés ici, qui sont détaillés dans le rapport complet du diagnostic de santé, qui sera prochainement sur le site internet de l'ORS Rhône-Alpes³

3.1 Qualité de vie : des manques repérés

Bourg-en-Bresse est décrite comme une ville plutôt calme, à « taille humaine », agréable à vivre au quotidien... mais certains manques sont repérés :

➤ Transports en commun insuffisants : les bus ne fonctionnent pas en soirée et le dimanche, ce qui crée une contrainte extrêmement forte pour les personnes qui souhaiteraient sortir le soir et habitent loin du centre (notamment pour aller au cinéma, au théâtre...), et celles qui faute d'avoir les moyens et notamment faute d'avoir un véhicule personnel ne peuvent sortir hors de Bourg-en-Bresse les week-ends. Pour ces personnes, et notamment pour les familles qui ont des enfants, les lieux de promenade et de loisirs sont notamment le parc Bouvent ou le Carré d'Eau. Mais ces lieux sont difficilement accessibles à pied pour les familles qui ont de jeunes enfants, en particulier lorsque certains sont encore en poussette, et d'une manière générale pour les personnes à mobilité réduite.

Le lien avec l'hôpital de Fleyriat et le centre Psychothérapique de l'Ain est également décrit comme relativement inconfortable par les transports en commun : temps d'attente longs aux arrêts (facilement 30 ou 40 minutes), pas de bus en soirée, pas de bus le dimanche (pas de possibilités de visites aux amis/parents hospitalisés)

Enfin, dans certains quartiers, comme par exemple Terre des Fleurs, la couverture par les transports en commun ne suffit pas à endiguer un sentiment à la fois d'enclavement et de relégation.

3 [http// : ors-rhone-alpes.org](http://ors-rhone-alpes.org)

➤ Accès aux loisirs : en la matière, deux points noirs ont été soulignés par les habitants :

* Bourg-en-Bresse est une ville très peu animée le dimanche : la grande majorité des bars et restaurants sont fermés, et il n'y a pas d'endroit pour se retrouver entre amis, après le cinéma etc. Le dimanche semble un jour fait pour rester chez soi, notamment en hiver, hormis le cinéma ou le théâtre...

* Les loisirs sont chers à Bourg-en-Bresse pour les personnes modestes : l'entrée du parc de Bouvent ou du Carré d'Eau est onéreuse lorsqu'il y a plusieurs enfants, le prix des entrées de cinéma est également élevé et il y a peu de loisirs accessibles au plan économique comme géographique pour les publics défavorisés.

* Manque d'espaces de jeux de proximité, dédiés aux enfants, dans les quartiers en politique de la ville

➤ La question du sentiment d'insécurité :

Elle à surtout été évoquée dans les quartiers en politique de la ville : gêne occasionnée par le bruit dans les espaces publics la nuit, frictions avec les groupes de jeunes présents au pied des immeubles, craintes des agressions. Même si aucune agression n'est de fait concrètement rapportée, on perçoit que les relations adultes/groupes de jeunes ne sont pas toujours faciles...

3.2 Accès aux soins : plusieurs types de difficultés sont décrits

➤ Méconnaissance de certaines ressources

Certaines ressources présentes à Bourg-en-Bresse sont inconnues ou mal d'une partie des habitants rencontrés : clinique mutualiste dentaire, Centre de Planification et d'Education Familiale du Conseil général, associations intervenant dans le champ des substances psycho-actives... L'information écrite existe sur ces différentes ressources, mais on repère que l'information orale est également capitale, notamment pour les publics en situation de fragilité socio-économique ou psychologique, qui ont à la fois besoin d'orientation, d'explications et souvent de réassurance. Certaines personnes ont découvert ces structures lors des discussions de groupe, alors qu'elles énonçaient un besoin d'aide en matière de gynécologie, de soins dentaires, ...

➤ Méconnaissance des droits.

Comme dans de nombreux territoires, on repère que les habitants ne comprennent pas toujours bien ce qu'est la CMUc, quelles sont les conditions pour y avoir droit, etc. Beaucoup ne savent pas non plus que le refus de la CMUc par des professionnels de santé, est illégal.

➤ Une offre insuffisante en certains domaines.

Malgré une bonne densité de médecins généralistes à Bourg-en-Bresse, les habitants

rencontrés nous ont fait part de grandes difficultés pour obtenir un rendez-vous avec leur médecin traitant dans un délai de 24 heures. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce problème : en premier lieu les modes d'exercice de certains médecins généralistes (qui parfois ne travaillent en cabinet que quelques jours par semaines), mais aussi le fait que la ville qui constitue une ressource centrale pour tout le département, notamment en matière d'emploi, attire pour les soins des personnes qui sont en réalité résidentes d'autres communes. Ainsi, malgré une bonne densité de médecins, la demande réelle excéderait les seuls burgiens et serait nourrie par d'autres personnes, ce qui reviendrait à dire que face à cette demande, la densité de médecins généralistes serait moins bonne qu'il n'y paraît.

Un manque très important se fait également sentir en ce qui concerne les soins de nursing. Sur ce point, les données quantitatives convergent avec les perceptions des personnes-ressources et des habitants : la sous-densité d'infirmières et d'aides-soignantes pose de grandes difficultés avec des délais d'attente importants.

En ce qui concerne les spécialistes, même si la présence de deux structures hospitalières et notamment du Centre Hospitalier de Fleyriat offre une large palette de spécialités, certains spécialistes n'étaient plus représentés à Bourg-en-Bresse au moment de l'étude (notamment en oto-rhino-laryngologie), et d'autres, particulièrement pointues, sont accessibles à Lyon, mais pas à Bourg. Or, certains habitants ont souligné que lorsqu'il était nécessaire d'aller à Lyon, les frais de déplacements étaient la plupart du temps entièrement à leur charge (hors Affection Longue Durée), ce qui renchérisait pour eux le coût des soins.

➤ La CMUc ne résout pas tout.

Comme sur d'autres territoires, il arrive que les bénéficiaires de la CMUc soient confrontés au refus de prise en charge par certains praticiens, et notamment par les dentistes. Si les refus par des spécialistes sont une problématique connue, le cas semble plus rare en ce qui concerne les médecins généralistes. Pourtant, des habitants nous ont signalés que certains généralistes, à Bourg-En-Bresse refusent la CMUc. L'un des arguments avancé par ces médecins généralistes serait que l'Assurance Maladie les rembourse tardivement... On repère également des pratiques d'acceptation aléatoire : un même médecin peut refuser ou accepter des patients bénéficiant de la CMUc, selon qu'il les connaisse ou non, qu'il ait une opinion positive de ces patients, etc.

Au bilan, certains burgiens doivent parfois appeler plusieurs médecins (spécialistes ou généralistes) avant de trouver une personne qui accepte de les prendre en charge dans le cadre de la CMUc. Mais quand bien même ils sont acceptés, d'autres difficultés

peuvent surgir. Ainsi, en dentisterie, il arrive que le praticien propose un soin « économique », c'est-à-dire *a minima* pour les bénéficiaires de la CMUc : le patient qui ne peut s'offrir, par exemple, une couronne au tarif « normal » aura une extraction pure et simple et rien pour remplacer la dent manquante. Certains bénéficiaires de la CMUc ont ainsi parfois le sentiment d'avoir accès à des soins avec la CMUc., mais plutôt des « sous-soins »...

Reste que pour les personnes dont les revenus les placent juste au dessus du plafond de ressources pour obtenir la CMUc, mais qui ont des difficultés financières pour adhérer à une complémentaire santé, l'accès aux soins est fortement entravé. L'aide à la mutualisation permet de lever une partie des freins, mais pour certains ménages, l'opération demeure acrobatique au plan financier et entraîne arbitrages et retards dans le recours aux soins.

➤ Les dépassements d'honoraire.

Différents cas de figure nous ont été relatés : le premier est celui des « dépassements surprise » : mal annoncés ou expliqués aux patients, ceux-ci découvrent, après coup, une facture d'un montant auquel ils ne s'attendaient pas et auquel ils ont des difficultés à faire face compte-tenu, bien souvent, de leurs difficultés de trésorerie. Il y a également le cas des médecins généralistes qui orientent leurs patients vers un spécialiste qui pratique des dépassements d'honoraires, mais qu'ils décrivent à leurs patients comme étant « *le meilleur* »... Pour le patient, qui a souvent peu d'éléments de comparaison et de pondération de ce genre d'affirmation, il est alors difficile de renoncer au « *meilleur* », quitte à se trouver en difficulté pour payer. Cette situation est très anxiogène pour les patients et l'une des habitantes rencontrées résumait ainsi son dilemme : « *je me fais opérer ou je mange ?* ». Enfin, il y aurait également des situations où le patient est opéré à l'hôpital, mais où les consultations post-opératoires sont effectuées en cabinet, à un tarif beaucoup plus élevé que celui pratiqué à l'hôpital. Idem en ce qui concerne la prise de rendez-vous : lorsque la secrétaire médicale explique au patient qu'il a le choix entre un rendez-vous en consultation privée et un rendez-vous en consultation publique (à l'hôpital), mais que ce dernier ne pourra avoir lieu avant un délai important, le patient, souvent inquiet quant à la gravité de sa pathologie, aura tendance à prendre le rendez-vous le plus rapproché dans le temps, même si celui-ci implique un surcoût important.

En somme, il y a des sortes de mécanismes d' « aiguillage » vers les solutions à « dépassements d'honoraires » qui jouent à fois sur l'inquiétude des patients et sur leur méconnaissance du champ médical.

➤ Faible niveau de remboursement de certains soins ou médicaments

Il existe des types de soins ou de traitements qui sont peu ou pas pris en charge par l'Assurance Maladie. C'est le cas de l'orthophonie qui, lorsqu'elle n'est pas effectuée en Centre Médico-Psychologique⁴ peut impliquer un reste à charge pour les parents pouvant aller jusqu'à 40%. L'orthodontie, même prescrite, est également très peu couverte. Or, les mutuelles basiques couvrent également mal ce type de frais... Ces différentes contraintes poussent certaines familles à ne pas entamer les soins, ou à les abandonner, après quelques mois, faute de pouvoir faire face aux frais. Frais qui, malgré l'échelonnement de paiement souvent proposé, grèvent néanmoins fortement le budget des ménages modestes.

Les habitants ont également évoqué les traitements dermatologiques, qui bien que prescrits dans le cadre d'une pathologie précise, sont souvent considérés par l'Assurance Maladie comme relevant du confort, et sont donc très peu remboursés... Là aussi, la difficulté à faire face aux frais peut amener les patients à écourter leur traitement.

➤ Barrière de la langue, compréhension du langage.

Deux types de difficultés sont identifiées en ce domaine. En premier lieu, on repère des personnes immigrées qui parlent peu ou pas français : si elles ne sont pas accompagnées et aidées par une personne qui puisse traduire les propos du médecin et du patient, les risques d'incompréhension réciproques sont très importants... Mais le fait même d'avoir besoin d'un « traducteur » peut également être gênant en termes de respect de l'intimité, de la confidentialité, etc.

Enfin, même pour les personnes qui parlent couramment français, il n'est pas toujours aisé de comprendre les propos des médecins. Ainsi, certains habitants des Venues, s'exprimant parfaitement en français, déploraient avoir de grandes difficultés à comprendre les diagnostics posés par leurs médecins : mots techniques, mots inconnus viennent entraver la communication, alors même que les patients sont dans une situation de stress par rapport à leur pathologie, aux perspectives de guérison, au rétablissement, etc. Une habitante du quartier des Venues a ainsi résumé : « *les médecins ne se mettent pas à notre portée* ».

➤ Difficultés de déplacements.

Quel que soit le quartier de résidence, les habitants nous ont fait part de diverses difficultés pour se rendre jusqu'aux structures de soin. Comme on l'a déjà souligné, ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les déplacements vers l'hôpital de

⁴Les soins d'orthophonie pratiqués en CMP sont destinés à des enfants présentant également des difficultés sur un versant psychologique.

Fleyriat ou le Centre Psychothérapique de l'Ain, tous deux situés hors de Bourg-en-Bresse. Si le trajet vers ces deux structures peut facilement être effectué en voiture, il peut s'avérer à la fois complexe et difficile pour les personnes n'ayant pas de véhicule personnel. Ainsi, il faut, la plupart du temps, prendre d'abord un bus pour aller jusqu'au centre-ville, puis de là prendre un autre bus pour aller vers l'un ou l'autre hôpital. Or, le dimanche les bus ne fonctionnent pas ce qui exclut la possibilité d'effectuer une visite au proche hospitalisé, et en semaine, les temps d'attente pour les bus ralliant les hôpitaux peuvent être relativement longs (30-40 minutes).

Mais à l'intérieur même de Bourg-en-Bresse, d'autres difficultés sont pointées... Par exemple, les habitants du quartier Terre des Fleurs ont du mal à accéder avec leurs jeunes enfants, les poussettes à la consultation de PMI située place des Lices : à pied le trajet est long mais en bus il n'est pas direct.... De même, les vaccinations publiques sont maintenant réalisées à Fleyriat alors qu'auparavant elles étaient faites en centre ville...

3.3 Problématiques de santé, ou connexes à la santé, soulignées par les habitants

➤ L'impact de la précarité sur la vie quotidienne au premier plan

Pour beaucoup, les principales difficultés sont centrées sur la survie au quotidien : faire face au loyer, parvenir à nourrir les enfants, leur acheter des vêtements... Les habitants évoquent les calculs et arbitrages constants, mais aussi les limitations et privations liées à leurs faibles ressources... Les situations de ruptures familiales aggravent encore la désorientation et le poids des différentes contraintes.

Ce contexte est peu facilitant pour réfléchir à la santé, la prévention et l'hygiène de vie en général... Par ailleurs, les enfants sont prioritaires : s'il y a une préoccupation de suivi des enfants, les adultes attendent souvent le plus possible avant de consulter. Le coût de la vie pèse si fort sur ces personnes (factures diverses, alimentation, transport, ...), que la santé - hors urgences - se trouve parfois largement reléguée au second plan

➤ L'impact de la précarité sur l'accès aux soins

Les habitants rencontrés ont largement évoqué la question des arbitrages à faire entre les contraintes du quotidien et le coût des soins, mais aussi leurs inquiétudes face à la qualité des soins à laquelle ils peuvent avoir accès compte-tenu de leurs faibles moyens économiques. Au-delà de la crainte de ne pas pouvoir accéder aux soins, ou du moins à certains soins (par exemple au plan dentaire...), se dessine la crainte d'avoir accès à une sorte de « *médecine de pauvres* » à des « *sous-soins* »...Etre précaire signifie pour certains ne pas avoir accès à la même qualité de soins que les « autres »...

➤ La difficulté à repérer les ressources d'aide appropriées

Plusieurs habitants nous ont fait part de leurs difficultés à s'adresser aux « bons professionnels » pour obtenir tel ou tel type d'aide. Certains se sentent ballottés d'administration en administration et souhaiteraient un « *guichet unique* », une ressource qui centralise l'information sur les différentes ressources d'aide.

La désorientation des publics fragiles économiquement est aggravée par la faible connaissance des procédures, systèmes éducatifs, de santé, d'aide etc...

➤ Le sentiment de relégation, de stigmatisation

Qu'il s'agisse des habitants de logements sociaux dans certains quartiers (notamment Terre des Fleurs) ou des « gens du voyage » de la rue des Sources, on repère chez certains un sentiment très fort d'abandon et de relégation. Ces habitants se sentent à la fois exclus géographiquement et socialement : ils se sentent pauvres, stigmatisés (notamment pour les « gens du voyage »)... Problématiques de transport, de logement, d'éloignement des ressources sont très mal vécues et semblent peu entendues des « décideurs » ou du moins sans intérêt pour les pouvoirs publics. Ce ressenti très négatif pèse sur l'estime de soi des personnes, mais également sur leurs perspectives de voir leur situation s'améliorer

➤ Focus sur l'équilibre alimentaire : le coût et le goût de l'équilibre

Tous les habitants rencontrés connaissent les bonnes pratiques « idéales » en matière alimentaire : manger des fruits et légumes, bien dormir, faire du sport.

Dans la réalité, il est souvent difficile d'atteindre cet objectif, et ce, pour différentes raisons :

* Les freins financier : les produits alimentaires de qualité sont chers, notamment les fruits, légumes et la viande... Même le marché du champ de Foire est décrit comme peu avantageux au plan économique. Seuls les magasins discount permettent vraiment de remplir le « panier de la ménagère »... Au bilan, comment préparer des repas diversifiés, équilibrés sans déséquilibrer son budget ? L'action de structures comme l'Epicerie Solidaire est saluée par certains habitants qui apprécient les ateliers qui permettent d'apprendre à cuisiner équilibré, bon et « bon marché ».

* L'absence d'attirance/d'appétence pour certains aliments. Au-delà des contraintes financières, les habitants décrivent une faible attirance d'eux-mêmes ou de leurs enfants pour certains aliments, dont on sait pourtant qu'ils sont favorables à une bonne santé, notamment les fruits et les légumes. « *Les fruits, enfants ne veulent pas en manger* »; « *Moi je bois de tout sauf de l'eau, mais je sais que ce n'est pas bien.* ». Clairement, certains habitants évitent un grand nombre de fruits et légumes notamment par manque de goût, et boivent principalement des sodas : ce qui est bon

pour la santé n'est pas forcément perçu comme agréable à manger... Les entretiens avec les habitants montrent bien que, dans certaines familles, il y a très peu d'habitude de manger des légumes ou des fruits, et que cela n'est pas vécu comme une privation, mais comme une absence d'appétence pour ces aliments.

* L'équilibre alimentaire difficile à construire : certains habitants rencontrés ont le souci d'améliorer leur alimentation, de perdre du poids, etc (Notons que le surpoids est souvent considéré comme un handicap esthétique, mais qu'il n'est pas associé à des choses concrètes, à des pathologies, comme peut l'être le tabac ...). Les habitants estiment qu'il est difficile de savoir ce que signifie « bien manger ». Si tous ont entendu le message invitant à consommer « cinq fruits et légumes par jour », au quotidien, ils ne savent pas vraiment comment équilibrer leur alimentation. Entre l'idéal et les pratiques du quotidien, il reste encore beaucoup de passerelles à construire...

➤ Les problèmes de santé mentale sont spontanément peu parlés / repérés par les habitants

Alors que cette thématique a abondamment été évoquée par les personnes-ressources, il apparaît que les difficultés de santé mentale (dépressivité, mal-être, pathologie) ne sont pas spontanément abordées par les habitants et ne sont pas au cœur de leurs préoccupations, hormis pour les personnes qui sont directement concernées par un traitement. C'est l'exemple même d'une problématique de santé qui a une forte visibilité au plan statistique (cf. données quantitatives du diagnostic), une forte visibilité pour les professionnels... mais une dimension faible pour les habitants.

Néanmoins, interrogés sur cette question, les habitants se disent parfois concernés par la « déprime », liée au quotidien difficile, à la monoparentalité sur fond de précarité et de regard dévalorisant porté par les autres habitants... On repère que les jeunes hommes semblent particulièrement réticents face aux professionnels de santé mentale (les psychiatres) : ils peuvent parler de leur mal-être avec des amis proches mais imaginent mal avoir recours à un psychiatre « *qui ne dit rien* » d'après eux, et ne les aide pas à résoudre leurs problèmes.

Enfin, pour la plupart, ce mal-être lié à la précarité et à un certain isolement social peut être apaisé par des opportunités de sociabilité, de sorties, d'ouvertures sur d'autres univers. De ce point de vue, il faut souligner que les structures de sociabilité de proximité (centres sociaux, associations diverses, ...) constituent un outil de prévention de l'isolement social et de la dépressivité.

Notons que la pathologie la plus fréquemment citée, qui effraye et est ressentie comme une menace réelle est le cancer (tous types de cancers).

➤ Le suivi gynécologique inexistant chez certaines femmes

On repère que certaines femmes n'ont jamais été suivies en matière de gynécologie. En dehors des épisodes de suivi liés à la grossesse et à l'accouchement, certaines femmes ne font jamais pratiquer de frottis et sont suivies a minima en matière de contraception... La grande précarité socio-économique semble un facteur très défavorable à ce type de suivi, mais la crainte des examens, le manque d'information sur l'intérêt du suivi et du dépistage sont également repérés. Au bilan, pour certaines femmes, le suivi gynécologique est une « non-question », même si, paradoxalement, au fil de l'entretien, des besoins sont mis à jour. Ceci recoupe les informations recueillies au CPEF : des femmes adultes ont recours au CPEF alors qu'elles n'avaient jamais eu de suivi gynécologique auparavant...

Ceci souligne qu'il y a encore un travail d'information et de sensibilisation à faire auprès des femmes en matière de gynécologie, au travers de supports écrits, mais également oraux, avec des professionnels de proximité, qui apparaissent à la fois légitimes et rassurants pour les femmes : la PMI, le médecin généraliste.

3.4 Des publics spécifiques

➤ Les Gens du Voyage :

Les femmes que nous avons rencontrées, qui habitent dans les logements « adaptés » rue des Sources, ont très largement évoqué les problèmes de dégradation de leur habitat et du terrain où sont situés ces logements. Fissures dans les murs, moisissures, invasion du terrain par les rats et les chats errants sont le lot quotidien des habitants de ce quartier. Ces mauvaises conditions de vie ont à la fois un impact négatif sur la santé somatique (allergies, asthme, problèmes dermatologiques, ...), mais également sur la santé mentale : on repère à la fois un sentiment d'exaspération et de résignation par rapport à toutes ces difficultés, qui confine à la dépressivité.

Par ailleurs, ces habitantes ont conscience que certaines pratiques sont défavorables à une bonne santé : « *On fume beaucoup, mais on ne va pas arrêter* ». Ces femmes considèrent qu'elles ont d'autres priorités, préoccupations... Et, comme pour tous les publics en situation de précarité, les pratiques de prévention, de suivi en matière de santé sont largement reléguées au second plan. Si le cancer fait peur, le lien n'est pas forcément toujours fait entre cette pathologie ou d'autres, et l'hygiène de vie.

Au-delà des énormes difficultés dans leur logement, ces personnes se sentent encore très fortement rejetées, stigmatisées. Les gens du voyage ont le sentiment d'avoir toujours une image de « *voleur de poules* » qui les dessert et ne correspond pas à la réalité. Ce regard négatif pèse sur toutes les activités et les tranches d'âge : crainte d'envoyer les enfants au collège, craintes face aux administrations, etc.. Seule

l'éducatrice de l'ADSEA, qui suit et accompagne ces familles, a pu mettre en place un lien de confiance qui crée une passerelle entre ces familles et le reste de la société. Soulignons néanmoins que ces habitants de la rue des Sources ont plutôt une bonne opinion des professionnels de santé à qui ils ont affaire : structures hospitalières, médecins traitants sont considérés comme fiables et aidants.

Au bilan, le lien doit être développé et renforcé entre les services publics et les gens du voyage, parallèlement à l'amélioration des conditions de logement, pour que le « soin de soi » et les pratiques de prévention en santé puissent également progresser.

➤ La Maison Relais (Tremplin):

Le public de la Maison Relais est très marginalisé, avec pour certains des antécédents de suivis en psychiatrie (avec parfois de longues hospitalisations), un vécu de SDF quelquefois, mais toujours des épisodes d'exclusion sociale.

Si les problématiques de santé mentales semblent très prégnantes chez ce public, les personnes ont des difficultés à en parler de prime abord... Certains semblent néanmoins reconnaître qu'ils sont ou ont été malades, même si le soin est plus ou moins bien compris ou accepté.

Aujourd'hui, on constate qu'après des années d'errance, parfois d'alcoolisme, d'hôpital psychiatrique et de ruptures diverses, ces personnes sont parvenues à un certain apaisement et expriment un sentiment de satisfaction par rapport à cette Maison Relais, devenue leur « chez moi ». Toutes sont suivies par un médecin traitant, et les professionnels de la Maison Relais effectuent un accompagnement qui permet d'éviter ou de réduire les risques de ruptures de soins.

On retrouve des publics avec des difficultés similaires au CHRS Tremplin ou encore, dans une moindre mesure au foyer Renoir : résidents fragilisés par une vie faite de précarité et de ruptures, sur fond d'histoires familiales souvent difficiles, d'addictions et parfois de problèmes de santé mentale. Outre les difficultés à amener ces personnes vers les soins, somatiques ou psychiques, les professionnels repèrent une sorte « d'effet de halo » sur les autres résidents : à moyen terme la cohabitation avec des personnes très déstructurées, en grandes difficultés mentales, à un impact négatif sur les autres personnes, qui sont déjà concernées par d'importants problèmes socio-économiques.

➤ Les adultes en parcours d'insertion

Qu'il s'agisse de JAC (Jeunes Avec Chiens, qui se déplacent de ville en ville, par petits groupes, avec leurs chiens) ou d'adultes précarisés qui ont des difficultés à retrouver un emploi, ces publics sont plus ou moins éloignés des soins (tant au plan psychique

que somatique), à la fois pour des raisons économiques, mais aussi par manque d'habitude de « soin de soi »... Les professionnels des associations d'insertion (Espace Projet Insertion, ALPES, ...), sont souvent amenés à évoquer la question de la santé avec ces publics... Mais la démarche est difficile, tant ces personnes sont envahies par des questions de survie au quotidien, mais aussi du fait que ces difficultés pèsent sur leur « estime de soi », sur leur capacité à se projeter dans des pratiques de suivi, de prévention.

En guise de conclusion, on peut dire que les publics en situation de fragilité socio-économique à Bourg-en-Bresse ont à la fois besoin d'information sur les ressources, les pratiques de prévention, l'intérêt du suivi et du dépistage, et de sensibilisation. En effet, il ne s'agit pas que de délivrer une information technique, mais d'expliquer, de rassurer (souvent) et d'accompagner, même physiquement, les plus en difficultés vers les ressources de santé, dans leurs démarches. Enfin, au-delà des informations écrites, les explications orales, individuelles, sont très importants pour toucher les personnes éloignées des soins et du « soin de soi ».

De nombreuses ressources d'aide et d'accompagnement existent déjà à Bourg-en-Bresse, qui vont certainement encore développer des pistes de travail, en réseau, dans le cadre de l'Atelier Santé Ville.

Reste que les contraintes économiques dans l'accès aux soins constituent un obstacle important qu'il faut s'attacher à réduire, en mobilisant, les ressources du secteur public mais aussi du secteur libéral.

« Pas de pitié pour la pitié, elle infecte la relation d'aide et la détruit »

Jean MAISONDIEU

Les Urgences sont un lieu où se rencontrent toutes les misères humaines. Or les psychiatres ont tendance à perdre de vue une des spécificités de leur spécialité, la recherche du sens des conduites et de la signification des symptômes en référence à la condition humaine. Dans les grandes classifications internationales, les troubles mentaux tendent à être répertoriés du point de vue médical uniquement, aucune différence sérieuse n'étant faite entre les maladies psychiatriques et les maladies somatiques. Pourtant 80% de ce que l'on définit comme des urgences psychiatriques ne correspondent pas à de la psychiatrie en urgence mais à des détresses psycho-sociales qui ne relèvent guère d'une approche strictement médicales, mais mobilisent fortement les émotions des soignants. Induisant notamment de la pitié, là où il faudrait rester neutres et bienveillants.

Il est important de lutter contre la pitié car elle pollue la relation d'aide un peu comme une infection nosocomiale le fait en matière infectieuse. La pitié témoigne d'un manque de considération à l'égard de celui qui est pris en pitié. Elle est en quelque sorte la forme élégante du mépris. Au lieu d'une relation égalitaire entre l'aidant et l'aidé, elle provoque insidieusement une relation inégalitaire dont les deux partenaires ne sont pas forcément conscients et elle cessera d'être une authentique relation d'aide

Si on fait une recherche sur Google avec le mot clé suicide on trouve environ 60 millions de réponses, avec homicide 12 millions de réponses, avec meurtre 3, 75 millions, avec autruicide 247 réponses. Vous êtes tous des autruicides. Le terme autruicide est d'usage récent, il a deux significations dans le Grand Robert « meurtre d'autrui » ou « manque de considération pour l'autre », c'est ce dernier sens qui nous intéresse plus ici. Quand l'autre n'est pas reconnu comme un être à l'égal des autres, *c'est un autruicide*. Or qui veut ressembler à cet autre qui est plus ou moins repoussant (personne âgée dépendante, alcoolique, clochard...) ? Qui peut s'identifier à ces patients en détresse psycho-sociale que l'on rencontre aux urgences ? Qui peut avoir envie de se mettre à la place d'un sans-place ? Qui peut entamer une conversation d'égal à égal avec un exclu ? Tous ces refus identificatoires amorcent un autruicide.

Jean CLAVREUL qui était un psychanalyste intelligent et honnête a écrit un article « la parole de l'alcoolique » en 1959 dans lequel il s'interrogeait sur le silence des alcooliques en cure : silence du psychanalyste, silence du client... Il a voulu savoir si ses collègues rencontraient le même problème et il leur a posé la question suivante : « L'alcoolique qu'est-ce que ça vous dit ? » Ce à quoi ils ont répondu : « L'alcoolique, ça ne nous dit rien. » Déjà il utilisait « ça » pour désigner un sujet ce qui n'est pas très respectueux, mais sa

phrase est aussi intéressante car elle montre que le silence de l'alcoolique est une réponse au manque d'attrait qu'il a pour l'analyste auquel « il ne dit rien » c'est-à-dire qu'il ne lui inspire pas le désir de communiquer avec lui.

Dans nos pratiques, nous sommes confrontés à de telles difficultés identitaires, la misère de l'autre qui vit dans la honte nous fait honte. Nous le faisons disparaître comme semblable pour ne pas avoir à nous identifier à lui, c'est un autruicide.

« L'autre qui est un autre que moi, parce qu'il est relativement le même, parce qu'il est à la fois semblable et différent » écrivait le philosophe Vladimir JANKÉLÉVITCH en donnant ainsi une excellente définition de l'altérité.

C'est un paradoxe, que d'être à la fois semblable et différent. On veut être semblable, « et glou, et glou » on boit tous ensemble, cela apporte la sécurité du groupe et du sentiment d'appartenance. Mais cela peut être terrifiant si on a l'impression de se noyer dans le groupe et de perdre son identité (C'est ainsi qu'à l'époque du service militaire il a pu y avoir des décompensations psychotiques chez des jeunes recrues au moment de se retrouver sous l'uniforme sans plus pouvoir se distinguer des autres).

Inversement être complètement autre que les autres rend la communication impossible faute de reconnaissance mutuelle. S'il n'y a rien de commun entre soi et l'autre, la communication devient impossible C'est l'exclusion, l'autre devient un tout autre qui n'est que différent et pas du tout semblable.

Un homme dans une association caritative avait de la crainte à l'idée de ce que les autres allaient penser de lui, la première fois qu'il a dû aller s'asseoir à côté d'un clochard. Et à sa grande surprise il a constaté qu'il avait cessé d'exister à leurs yeux. Quand une personne est assise à côté d'un clochard dans le métro, plus personne ne la regarde, plus personne ne fait attention à elle. Je ne veux pas voir un clochard comme un semblable. En fait je ne le vois plus, il n'existe plus à mes yeux.

Allez vous asseoir dans une maison de retraite, en face d'une personne âgée, et essayez d'imaginer qu'un jour vous serez comme elle, vous n'y arrivez pas, et vous détourner le regard et vous pensez à autre chose. Elle toute la journée elle voit ces regards qui évitent de la voir comme un semblable. Comment voulez-vous qu'elle soit en forme et qu'elle ait envie de cultiver ses capacités cognitives.

Nous sommes dans des métiers où l'on soigne ou bien on prend soin des autres (les soignants les travailleurs sociaux etc)... Si l'autre souffre un peu, je peux me mettre à sa place, si j'arrive à le soulager, je ne suis pas mécontent de moi. Devant un clochard qui pue, qui rote devant moi, l'identification ne fonctionne pas aussi bien, je ne veux pas le voir comme un semblable et plutôt que de l'aider j'aimerais bien qu'il aille se faire voir ailleurs. Tout ceci est souvent en grande partie inconscient, mais c'est aussi parfois assez conscient. En

tous cas il faut avoir à l'esprit que ce sont des phénomènes qui se produisent chez tout le monde et qu'il faut apprendre à reconnaître et à gérer pour ne pas tomber dans le piège honte/mépris. Étant bien entendu que l'exclu « l'alcool » etc a honte de lui et qu'il tend à se rendre pitoyable sachant qu'il ne fait pas envie...

Le terme « morgue » vient du verbe « morguer » : A la morgue, on regarde les cadavres de haut. L'autre qui peut me rappeler ma mortalité, si il ne me ressemble pas, alors je ne suis pas mortel. Tel est par exemple, en exagérant un peu le trait une des causes profondes de l'agisme ce racisme anti vieux.

Dans notre société, on veut rester jeunes, c'est à quoi se résume notre politique de santé publique. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, due en grande partie à la baisse de la mortalité infantile, la mort donne l'impression d'être l'apanage des vieux, ou à tout le moins qu'ils sont moins mortels que les autres mortels.

« Mourir dans la dignité » : si c'est un jeune qui décide de mourir dans la dignité on va le diriger vers de la psychiatrie (prévention du suicide pour les jeunes) ! Si c'est un vieux, on va dire que c'est quelqu'un de généreux qui pense aux autres et ne veut pas être une charge

Le regard de l'autre, nous dans nos attitudes...

Votre intervention technique peut être excellente ou polluante selon votre façon de gérer le contre transfert du déni de l'autre, selon l'acceptation ou non de la ressemblance avec lui. Acquérir l'idée que le respect est essentiel est nécessaire même et peut être surtout lorsque l'autre fait tout pour me décourager de le respecter en rajoutant sur sa déchéance, éventuellement pour me mettre à l'épreuve.

L'exclusion nous emmène aux confins de l'humanité, elle est le résultat d'un autruicide lié à un tel manque de considération pour l'autre qu'il ne peut avoir des moyens convenables d'existence, quoi que ce soit prévu par la loi depuis la constitution de 1946. Le clochard avec sa dégaine, son allure d'épave, on en parle et pas qu'un peu, mais sa mortalité à court terme, on n'en parle pas, ... Les enquêtes sur les morts dans la rue montrent que c'est un sujet tabou.

Daniel TERROLLE, anthropologue urbain, voulait savoir ce qu'ils devenaient. Le clochard meurt jeune. Il a une espérance de vie de moins 30 ans par rapport au reste de la population. Les enquêtes montrent que 5% des gens à la rue vont s'en sortir c'est à dire que 95% vont donc y mourir.

Qu'est-ce qu'il y a dans notre relation à eux, qui fait que les résultats de l'aide aux SDF soient si lamentables malgré les efforts (ostensiblement) déployés pour résoudre le problème ? Quand un ami, demande de l'aide : « Qu'est-ce que tu ferais à ma place ? » on se met symboliquement à sa place pour essayer de comprendre son problème. Mais avec un

SDF, victime d'un autruicide collectif, est ce qu'on a vraiment envie de se mettre à sa place alors qu'il n'a pas de place? Est-ce qu'on escamote pas le sujet qui se cache dans le SDF/épave humaine, pour ne voir que l'épave et pas l'humain ?

Aujourd'hui ou c'est l'homme qui est au service de l'économie et non pas l'économie au service de l'homme, l'individu n'est plus reconnu comme un sujet à la valeur inestimable ne comptant que pour ce qu'il est une personne et non pour ce qu'il a, ce qu'il peut produire ou rapporter. Il convient de réactualiser la fraternité.

Ce qui permet d'unir ressemblance et différence pour que les êtres humains se reconnaissent comme « autres » respectable à ce titre, c'est le lien de fraternité. Avec la fraternité, selon le dictionnaire nous sommes tous membres de la famille humaine avec le sentiment profond de ce lien. La fraternité est donc un lien biologique qui fait qu'il s'impose quels que soient la race, le sexe... Ce lien est différent de celui de solidarité. La solidarité se choisit. La fraternité est un lien naturel insécable qui s'impose et dont on ne peut se débarrasser. Si on ne veut pas en entendre parler on ne peut qu'en nier l'existence, mais avec toutes les conséquences délétères du déni de réalité.

L'autruicide s'amorce par le déni de fraternité quand je dénie à mon semblable sa qualité de semblable pour ne pas partager les richesses avec lui sans me sentir coupable, puisqu'alors il n'est plus mon semblable à mes yeux. Ou parce qu'il est laid, malpropre, vieux, moribond etc. ... et je ne veux pas qu'il me ressemble.

Au nom de la fraternité, explicitement ou non, il y a eu de longue date des combats menés contre l'exploitation de l'homme par l'homme : abolition de l'esclavage, du prolétariat, libération de la femme. Dans l'exploitation l'exploité avait une chance que n'a pas l'exclu : l'exploité était exploitable et donc l'exploiteur avait malgré tout un minimum d'intérêt pour lui dans la mesure où il était une ressource et donc il veillait à le garder en bon état, avec l'exclu, c'est autre chose, il est considéré comme en trop, superflu et il n'a qu'à crever. Mais discrètement pour qu'on ne se sente ni responsable ni coupable.

Le législateur interdit le meurtre à juste titre. Mais on peut exclure son semblable de ses relations, ce qui va finir par le tuer, c'est un petit autruicide clandestin. Nos premiers autruicides ont commencé à l'école, quand quelqu'un ne nous plaisait pas on lui disait « je ne peux pas te sentir, je ne peux pas te voir en peinture, je ne te parle plus... », on ne le voyait plus, cette personne n'existait plus à nos yeux. C'est la même chose en maison de retraite ou avec le clochard. On n'existe plus aux yeux des autres quand on est dérangeant. Imaginez ce petit scénario totalement fictif : Vous arrivez dans une administration, la poste, par exemple, il n'y a pas la queue et il y a deux guichetiers. « Bonjour, je voudrais un carnet de timbres. » Ils ne vous entendent pas. Ils parlent entre eux des 35 heures et des RTT. Ils se retournent vers vous et disent « vous voyez bien que nous sommes occupés. »

Vous avez une petite montée d'adrénaline... et le ton monte. Pendant quelques secondes vous vous êtes senti néantisé, inexistant et vous avez ressenti une violente envie de manifester que vous existiez. C'était presque viscéral. Il fallait attirer l'attention, qu'on fasse attention à vous, presque coûte que coûte...

Dans la relation d'aide, je n'ai pas le droit de me mettre en colère, mais je n'en pense pas moins. Je vais garder en moi une rage pas possible. Je me souviens d'une femme qui avait été mortifiée : alors qu'elle était allée voir une personne pour une demande de logement, elle s'était retrouvée avec un morceau de chocolat... Des années après elle m'en parlait avec une rage extraordinaire...

Nous devons accepter de nous « identifier à ». On croit que l'exclusion est liée à la différence. C'est la culture « Touche pas à mon pote », ou « La France aux français » dans un registre opposé. Mais c'est le refus de la ressemblance qui est pathogène, plu que le refus de la différence.

« L'autre est en autre que moi, parce qu'il est relativement le même, parce qu'il est semblable et différent. » Si il ne reste plus que le « différent » dans ma relation avec lui je peux m'en occuper, mais je l'ai tué comme « autre » et il l'a ressenti.

Je me rappelle en prison d'un père incestueux abominable dans la façon qu'il avait de parler de sa fille. J'écoutais en essayant d'avoir une attitude neutre et bienveillante mais l'horreur m'interdisait l'identification à ce patient. Un jour il m'a apporté un article avec le témoignage d'un préfet qui parlait de l'attitude héroïque qu'il avait eu au cours d'un incendie. Il ne m'a rien dit, mais il m'a fait comprendre « je ne suis pas le monstre que vous croyez » J'ai pu mieux percevoir mon contre transfert, une certaine identification est devenue possible et la thérapie a pu continuer de façon plus élaborée et avec un certain succès ;

Il y a quelque chose du registre de l'horreur dans la vie des gens que vous rencontrez.

Quand par exemple une femme évoque le viol qu'elle a subi, on croit être neutre et bienveillant en l'écoutant, mais comme ce qu'elle raconte, souvent avec une précision chirurgicale propre aux souvenirs traumatiques, comme si c'était hier est assez horrifiant on a un petit sursaut de recul. Il peut être vécu par la personne comme un rejet dans la mesure où elle peut l'interpréter comme un refus identificatoire qui va l'amener à ne pas aller plus loin dans la confiance voire à arrêter les entretiens (« je ne voudrais pas vivre ce qu'elle a vécu, signifie le mouvement de recul, et il dit aussi « cela me fait mal d'entendre ce que vous me dites, n'en dites pas plus... » censure non dite, mais censure tout de même.)

Tout ce qui peut nous polluer dans notre narcissisme on ne veut pas en entendre parler. Quand l'alcoolique vient nous dire « je bois comme tout le monde », on se dit qu'il se fiche

de nous. On pense qu'on n'a rien de commun avec lui. Il ne peut pas nous en parler, car il sait ce qu'on en pense. Il a les mêmes préjugés.

Il n'y a pas de préjugé aussi défavorable vis à vis du tabac, on peut parler aisément du tabagisme et de la dépendance du tabagique. Mais pour l'alcool, on arrive sur la pointe des pieds... Il y a des préjugés de part et d'autre du bureau. Et les deux savent que l'alcoolique est qualifié d'alcool de façon aussi courante que méprisante.

Si un exclu en vient à se considérer comme une bouche inutile, parce qu'il n'a pas de travail et qu'il se sent méprisé, après avoir lutté un certain temps pour rester digne, il se laisse aller, Je suis pauvre, je peux faire l'économie de dentifrice de brosse à dents etc... je me néglige, je néglige ma bouche, j'ai des chicots, j'ai honte, je n'ose plus l'ouvrir ni parler etc... silencieux, sale, insortable l'exclu bouche inutile s'exclue quoi de mieux que de s'occuper de ses dents? Encore faut-il que ce soit possible ? Et quel sera l'accueil ?

C'est toute la question de la demande d'aide, de la demande de soins ou plus encore celle de l'absence de demande qui entraîne le risque de médicalisation de la maltraitance sociale en raison de la souffrance qu'elle engendre, si elle prise pour signe d'une maladie, ce qu'elle n'est pas, au lieu d'être rattachée à sa vraie cause : la maltraitance sociale.

Les exclus doivent avoir des signes de souffrance de pour qu'on s'occupe d'eux. À quel moment « inventent-ils » une plainte en exhibant leurs symptômes pour espérer être aidés par pitié à défaut de l'être spontanément? À quel moment leurs symptômes sont-ils liés essentiellement à leur situation ou au contraire à une pathologie individuelle ?

Et puis, il y a aussi ceux qui refusent d'aller voir des soignants malgré les conseils des travailleurs sociaux, parce qu'ils voudraient porter plainte contre les conditions de vie indignes qui leur sont imposées et qui savent que leur plainte ne sera pas reçue, mais qui ne veulent pas pour autant offrir leur souffrance à la pitié des autres et être pris pour des malades alors qu'ils savent très bien qu'ils sont des maltraités dont les conditions d'existence sont pathogènes. L'absence de demande n'est pas nécessairement une pathologie de la demande. Pour d'autre c'est une question très prosaïque de survie.

Par exemple, (on est avant la CMU,) un clochard éthylique, borgne, puant vient me voir. Il doit avoir un projet insertion pour travailler dans les espaces verts. Il a un bel œil bleu unique, et il a besoin de trouver une prothèse oculaire pour faire ce travail honorable. Mais son orbite vide c'est son outil de travail. Les gens ont pitié, et la manche ça marche. Il a déjà un emploi stable, tandis qu'un CES dans les espaces verts... ce sera un emploi précaire et il aura perdu sa place à la sortie de la grande surface.

Si les gens font compliqué, c'est qu'ils ne peuvent pas faire simple. Avant de vouloir changer leur destin, il faut apprendre à être sans pitié avec eux, ce qui ne veut pas dire impitoyable. La pitié est la remorque du malheur, elle a besoin du malheur de l'autre pour

pouvoir s'exercer. Elle est source de chronicisation.

Éviter l'autruidicide c'est cultiver le respect de l'autre. Ce qui inclut le respect de ses confidences. À cet égard, il faut maintenir une stricte séparation entre l'assistante sociale et le psychiatre. Il faut bannir ces réunions de synthèse qui sont des viols en réunion où tout le monde partage avec tout le monde ce que la personne n'a dit qu'à certains.

Dans les consultations de psychiatrie que j'avais dans un espace territorial, le secret était l'arme indispensable à la réussite d'un soin. Lorsqu'un exclu s'effondrait devant l'assistante sociale à qui il demandait de l'aide, elle pouvait lui conseiller de venir me voir tout en continuant de s'occuper de lui sur le plan social et en l'assurant qu'elle ne saurait rien de ce qui se dirait à cette consultation en raison du secret médical. Je pouvais alors dire en substance à cet exclu : »vous êtes dans la galère, je ne peux rien pour vous, je vends du vent. Mais si le vent souffle dans la bonne direction, vous pourrez peut-être gonfler les voiles et vous sentir mieux de ne pas être obligé de ramer. À partir de maintenant tout ce que vous allez me dire sera retenu contre vous car ici je ne vous reçois pas comme une victime, bien que je sache que vous soyez en difficulté sur le plan social, cela vous le verrez avec l'assistante sociale, ici c'est vous qui êtes un sujet agissant pour votre propre vie. J'admire votre talent à réussir vos échecs. Vous êtes intelligent, comment est-ce que vous faites pour vous mettre dans un pétrin pareil ? On va essayer de comprendre ensemble. Et cela marchait parce qu'ayant la garantie du secret, l'exclu pouvait se laisser aller à des confidences qu'il n'aurait pas pu faire à l'assistante sociale.

En matière d'exclusion, la question de la honte est centrale. Alors que les pathologies mentales traditionnelles sont des « pathologies de la liberté » dans lesquelles le patient donne l'impression ou a lui-même l'impression de ne plus se contrôler (« c'est plus fort que moi » dit le névrosé qui n'arrive pas à vaincre ses obsessions ou ses phobies alors qu'il les trouve injustifiées), les pathologies de l'exclusion sont des pathologies liées à un déni de la fraternité. Les personnes exclues n'ont pas leur place dans la société bien qu'on leur dise qu'elles ont leur place et qu'elles doivent la trouver. Ce qui les place dans une situation affolante et qui provoque ce que j'ai appelé le syndrome d'exclusion.

Il comporte 3 éléments :

1/ La honte, cet affect que tout le monde connaît et qui se traduit souvent par la formule : « Je ne savais plus où me mettre tellement j'avais honte, j'aurais voulu rentrer sous terre » Et il est difficile de savoir si l'exclu a honte de lui parce qu'il ne trouve pas sa place ou s'il ne trouve pas sa place parce qu'il a trop honte de lui pour s'affirmer.

Le honteux cherche souvent un remède à sa honte dans l'alcool car celui-ci lui permet d'avoir une certaine « contenance » au lieu de rester décontenancé. Quand il est « plein »,

« bourré », « rond ».il peut s'affirmer, mais il risque de se faire mépriser et rejeter en se faisant traiter d'alcoolique. L'alcoolisme est une pathologie de la honte. D'abord on boit parce qu'on a honte, ensuite on a honte parce qu'on boit et on cache sa honte dans l'alcool et le déni d'être alcoolique

2/ La désespérance, qui est le sentiment qu'il n'y a pas d'issue. Ce n'est pas la dépression qui est une maladie (qui se guérit par des médicaments), mais ça y ressemble comme deux gouttes d'eau. C'est un trouble de l'humeur réactionnel à une situation ... désespérante, séparation (par exemple LAMARTINE sur son lac, « un seul être vous manque et tout est dépeuplé », absence de solution pour sortir d'une impasse mais possiblement réversible sans traitement. En matière d'exclusion : un accueil chaleureux, un travail, un logement etc, peuvent suffire parfois pour sortir de la désespérance. En revanche la désespérance peut conduire au suicide quand elle culmine en désespoir.

3/ L'inhibition affectivo-cognitive, « je souffre, je ne veux rien ressentir, ne m'attacher à personne et je me refuse à penser ». tout cela pour s'abstraire de la situation d'exclusion au risque de l'aggraver et naturellement de rechercher cette anesthésie affective et cet abrutissement intellectuel dans l'alcool et les drogues. On refuse de penser à aujourd'hui car c'est terrible, à hier car c'était mieux et rien que d'y penser est désespérant, quant à demain : il n'y a pas de demain, puisqu'il n'y a pas d'avenir.

Aucune demande d'amour ne peut être envisagée, à la fois parce que l'exclu ne se sent pas aimable et a peur de se faire rejeter, d'où la tendance à se faire prendre en pitié à moins qu'il se réfugie dans l'agressivité pour cacher sa misère et par peur que s'il montre son désir d'être aimé, il montre de ce fait sa faiblesse. Ce que l'on voit par exemple dans certains couples d'alcooliques qui vivent un enfer permanent mais ne peuvent pas se séparer, ils se disputent pour pouvoir rester ensemble sans avoir l'air de tenir l'un à l'autre « je ne veux pas te dire que je t'aime car si tu le savais tu aurais le pouvoir de m'enlever ton amour et je tiens à toi, ne me quitte pas ... etc.

Conclusion de la journée

Monsieur VANDERBERGH

Les résultats de l'enquête régionale sur les PASS pour l'année 2008, avec renforcement budgétaire du système PASS, ont été rendu récemment. Je souhaitais vous faire part de quelques points qui ont retenus mon attention.

- L'inscription du dispositif PASS dans le projet d'Etablissement donne un caractère pérenne (dans la région Rhône Alpes $\frac{3}{4}$ y sont inscrites).
- COPIL : 2/3 des établissements ont un comité de pilotage, dans 95 % des cas des membres de la direction sont présents.
- Le nombre de patients accueillis (286) mériterait une analyse plus fine ainsi que le nombre et type de consultation.
- L'ETP moyen Rhône Alpes (1,6) est inférieur à celui national (1,9) ce qui peut expliquer le coût moyen par patient (293€ par patients)
- Pourquoi un renforcement? Les enveloppes MIGAC dont les Urgences en consomment la plus grosse partie ont été revues afin de répartir les ressources de manière plus équitable (le budget MIGAC PASS 2003 est reconduit sans modifications jusqu'à présent)
- 800 000€ supplémentaires ont été budgétés sur la Région Rhône Alpes pour les dispositifs PASS soit 1/3 de plus par enveloppe.
- L'ARS sera créée juridiquement en avril 2010 dont le directeur est Denis MORIN. Actuellement une réorganisation des services est en cours (6 DDASS, DRASS, assurance maladie CRAM, ARH et URCAM vont disparaître) : 1 siège lyonnais qui sera régional + des antennes départementales (différentes de la DDASS) + sous direction de la préfecture. Cette réorganisation va améliorer le système existant en décloisonnant la santé, l'accessibilité aux soins, l'organisation des soins en terme de filières en partant du domicile jusqu'au CHU en passant par tout les intermédiaires...
- La PASS doit rester un passage et remettre dans le système de droits communs. Il ne faut pas avoir de craintes (même si pas de révolution), on peut espérer que la nouvelle organisation nous permet d'aller plus loin.
- Une direction cohésion sociale va être aussi créée.
- En 2010, « santé précarité » sera un thème de travail en partenariat avec le cohésion sociale en Rhône Alpes.

Dr DE GOER

Au nom de l'APPASSRA remercie Monsieur VANDERBERGH de sa fidélité.

Il questionne le secrétaire général sur les nouveaux crédits qu'il a annoncé ce jour (enveloppe de 800 000 €) : sont-ils en rapport avec l'appel à projet du printemps 2009 (création de PASS dentaires et psychiatriques, renforcement d'une PASS régionale) ?

M. VANDERBERG répond clairement qu'il s'agit de moyens supplémentaires, sans rapport avec cet appel à projet, une volonté de la région de renforcer les PASS. Il va se renseigner les décisions suite à l'appel à projets, notamment si une décision a été prise sur le renforcement d'une PASS somatique.

Les critères de ventilation des crédits seront indexés au nombre de passage aux urgences des différents hôpitaux : critère imparfait mais nécessaire pour harmoniser les moyens des PASS.

Monsieur NAMAN

L'Hôpital est présent dans beaucoup de domaine. Celui de la précarité est investi par le service PASS, équipe dynamique qui a le soutien du directeur.

Je remercie la PASS de Bourg malgré peu de moyens, elle a pu organiser cette journée.

Dr TAFARO

Nous remercions l'IFSI pour nous avoir accueilli dans leurs locaux, le Centre Hospitalier de Fleyriat qui nous a aidé pour l'organisation logistique de cette journée en particulier Monsieur NAMAN, Mle GIROUD (cellule communication), Monsieur PIRAT (signalisation, sécurité) et Monsieur LONJEAN (cuisine).

Nous remercions chaleureusement les cadres de santé et l'équipe du service social pour leur aide apportée.

Nous remercions les intervenants pour leur présentation de qualité.

Nous remercions enfin tous les participants d'avoir répondu présents une fois de plus.

Dr RIVOLLIER

Nous vous donnons rendez-vous dans 18 mois (mars 2011) pour la prochaine journée régionale des PASS.

L'Assemblée Générale de l'APPASSRA aura lieu en début d'année 2010.

PARTENARIAT à GÉOMETRIE variable à FACETTES multiples

Autour de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé,
différents modes de partenariat se mettent en place, s'adaptant à
la diversité des structures et professionnels extrahospitaliers en lien avec la précarité
PARTENARIAT FORMALISÉ

■ Par une **CONVENTION**
CHU SAINT ÉTIENNE &
LITS HALTE SOINS SANTÉ :

Expertise et diagnostic de la PASS dans la phase d'élaboration du projet.

Mise à disposition du dispositif PASS pour l'accès aux médicaments et au plateau technique pour les personnes sans assurance maladie



■ Par une **COOPÉRATION INSTITUTIONNELLE**
via le **COMITÉ DE PILOTAGE** de la PASS

CHU Saint Étienne & Association Communautaire de Recherche et d'Action Sociale :

Élaboration d'un projet de poste avancé « infirmière précarité » pour aller au devant des publics qui ne viennent pas jusqu'à la PASS
Recherche de financement (GRSP)

Co - pilotage de l'action avec mise à disposition d'un référent médical
Expertise pour mise en place d'actions de santé publique sur des questions suivies pas la DDASS (grippe, actions de dépistage tuberculose, infections sexuellement transmissibles) avec interventions basées sur le poste infirmier avancé

PARTENARIAT EN COURS DE FORMALISATION

Perspective d'une convention avec les services de PMI, afin de faciliter l'accès aux médicaments des enfants sans assurance maladie consultant auprès des centres de PMI :

Phase diagnostique en collaboration avec le conseil général
Mise à disposition du dispositif PASS du CHU de Saint Étienne en lien avec la pharmacie

PARTENARIAT NON FORMALISÉ

Constitution d'un réseau composé d'une quinzaine de **médecins généralistes** (dont certains maîtrisent une langue étrangère) principalement sur la ville de Saint Étienne :

- ▶ Accord de principe pour l'accueil des patients à l'issue d'une prise en charge PASS ; relève médicale au cas par cas (courrier ± téléphone)
- ▶ Création de lien afin de rompre l'isolement des généralistes impliqués, confrontés à certaines situations : avis du travailleur social PASS, bilan médical complémentaire à la PASS

⚡ Tentative de mise en place de rencontres annuelles d'échange autour de problématiques communes.

⚡ Réflexion autour de la mise en place par la PASS d'un temps de formation et d'échange reconnu pour les généralistes comme formation médicale continue.



L'expérience de ces différents types de partenariat, nous montre l'intérêt de **formaliser** nos modes de coopérations par des **accords protocolaires** :

▶ **Pérennisation des modes de fonctionnement** au-delà des acteurs de terrain qui peuvent changer dans le temps

▶ **temps formels pour questionner les modes opératoires et envisager des réajustements** : instauration de phases de bilan, au moins annuelles lors du comité de pilotage

▶ **Amarrage des réseaux aux institutions pour l'intégration de la dimension précarité** par ces institutions

▶ **Reconnaissance institutionnelle de nos actions**

Permanence d'accès aux soins de santé - service d'urgence et de réanimation - Bâtiment G - Hôpital Nord - CHU 42055 Saint-Étienne

0800508350 - pass@chu-st-etienne.fr - 5ème journée de rencontre des PASS de Rhône-Alpes, le 9 novembre 2009 à Bourg-en-Bresse -

Abréviations

ADSEA : Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfance à l'Adulte
AME : Aide Médicale Etat
APPASSRA : Association des Professionnels des Permanence d'Accès aux Soins de Santé Rhône Alpes
ARS : Agence Régionale de Santé
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
AS : Assistante Sociale
ASV : Atelier Santé Ville
BE : Bureau des Entrées
CES : Contrat Emploi Solidarité
CH : Centre Hospitalier
CHB : Centre Hospitalier de Bourg en Bresse
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
COPIL : Comité de Pilotage
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF : Centres de Planification et d'Education Familiale
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRS : Conférence Régionale de la Santé
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EPI : Espace Projet Insertion
ETP : Equivalent Temps Plein
FRAES : Fédération Rhône-Alpes d'Education pour la Santé
IDE : Infirmière Diplôme d'Etat
MG : Médecin Généraliste
MIG : Mission d'Intérêt Général
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
RTT : Réduction du Temps de Travail
UCSA : Unité de consultations et de soins ambulatoires
UF : Unité Fonctionnelle
URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie