

# Actes de la 7<sup>e</sup> journée régionale des PASS Rhône-Alpes



Le public en difficultés sociale et l'hôpital, accueil,  
contraintes, réponses,

**7<sup>ème</sup>**  
**Journée régionale**  
**des PASS Rhône-Alpes**

**2 0 1 2**  
mardi 23 octobre

**Le public en difficultés sociales  
et l'hôpital :**  
**accueil, contraintes, réponses.**

**CHU de Grenoble (Hôpital Nord)**  
BP 217 - 38043 grenoble, Cedex 9  
Tram B, Arrêt «Grand Sablon»  
Salle Gilbert Faure, Pavillon vercors

**CHU**  
Grenoble

**PASS CHU de Grenoble**  
Permanence d'Accès aux Soins de Santé  
L'accès aux soins pour toute personne en difficulté  
Permanence médicales et sociales - tel. 04 76 76 94 66

**appassra**  
association des professionnels des permanences  
d'accès aux soins de santé Rhône-Alpes  
[www.appassra.org](http://www.appassra.org)



# ***Le public en difficultés sociales et l'hôpital : accueil, contraintes, réponses.***

7<sup>e</sup> Journée régionale des PASS, mardi 23 octobre, CHU de Grenoble - Salle Gilbert Faure (Pavillon Vercors)

## **PROGRAMME DE LA JOURNÉE (8h30/17h)**

8h30	Accueil des participants – collation
9h00	Accueil par le Pr Luc Barret, président de la Commission Médicale d'Établissement du CHU de Grenoble
9h15	Présentation de la PASS du CHU de Grenoble - Dr Myriam Blanc
9h30	Présentation de la journée par le Dr Elisabeth Rivollier, présidente de l'APPASSRA
	<b>Tables rondes et échanges avec le public</b>
	<b><i>Le matin : focus sur l'hôpital</i></b>
	<i>Modérateurs: Dr Bruno De Goer, Dr Pascale Lacroix-Cormier, APPASSRA</i>
9h45	<b>Précarité médico-psycho-sociale et urgences pédiatriques</b> - Dr Anne-Pascale Michard-Lenoir - Urgences pédiatriques - CHU Grenoble
10h35	<b>Regard sociologique sur le fonctionnement et les professionnels des PASS</b> - Jérémy Geeraert, sociologue
	<b>11h35 - Pause</b>
11h50	<b>Comment les personnels des urgences vivent-ils les situations de précarité ?</b> - Claire Delepoulle et Mathilde Fabre - Médecins doctorants, faculté de médecine de Grenoble - Terrain de thèse au C.H. de Chambéry
12h50	<b>Quel accueil pour les personnes sourdes précaires au CHU de Grenoble ?</b> - Joëlle Blanchard, Magali Carmes - Unité Rhône Alpes d'Accueil et de Soins pour les Sourds - CHU de Grenoble
	<b>13h15-14h20 - pause déjeuner</b>
	<b><i>L'après midi : les interfaces entre les organismes accompagnants et l'hôpital</i></b>
	<i>Avec Géraldine Capony, cadre de santé en médecine interne au CHU de St-Etienne, et Myriam Nauche directrice de la production et de la qualité du groupe mutualiste "les Portes du Sud" à Vénissieux. Modérateurs: Dr Elisabeth Rivollier, Jean-Michel Peyrache, APPASSRA</i>
14h30	<b>📍 Médecins du Monde et le système hospitalier en Rhône- Alpes : état des lieux des relations avec les PASS</b> - Dr Jean André, Médecins du Monde , coresponsable du CASO de Lyon
	<b>📍 Suivis de grossesse des femmes Roms</b> - Anita Nagy Csilla, association Roms Action,
	<b>📍 Dans le cadre d'un accueil de jour, importance de la mise en lien avec la santé</b> - Candice Mengué, association Point d'eau, Fondation Abbé Pierre - Boutique solidarité
	<b>📍 Complexité des enjeux de santé vus depuis l'hébergement d'urgence ; la question du secret médical</b> - Christian Chevalier, directeur du CHRS Henri Tarze, CCAS de Grenoble
16h15	Intervention d'Elisabeth Piegay dans le cadre de ses nouvelles missions de coordination régionale des PASS
16h30	Clôture de la journée par M. Chris. Jacquinet, directeur général de l'ARS Rhône Alpes, ou son représentant
	Perspectives pour la prochaine Journée régionale des PASS - Dr De Goer, pour l'APPASSRA

## Présentation de la journée par le Dr Elisabeth Rivollier, présidente de l'APPASSRA

Bonjour à tous et bienvenue à cette 7<sup>ème</sup> journée de rencontre Rhône-Alpes des PASS. Merci au CHU de Grenoble pour leur accueil. Merci à l'équipe de la PASS du CHU de Grenoble : Bernard Montier, Bérengère Vignat, Myriam Blanc, ainsi que Véronique Journaud ; leur contribution a été fondamentale.

Merci aux participants pour leur intérêt à la question de la précarité et des soins. Nous espérons répondre à leurs attentes.

Ces journées ont la particularité d'être élaborées de façon conjointe par une PASS et l'APPASSRA qui mitonnent ensemble le programme. L'APPASSRA, association des professionnels des PASS de Rhône-Alpes, réunit travailleurs sociaux, médecins, infirmières de PASS. Les journées d'échange font partie des objectifs de l'association qui a aussi pour but d'interpeller les instances sur les réalités de terrain.

L'an dernier, suite à la 6<sup>ème</sup> journée à Lyon, l'ARS a souhaité nous rencontrer pour faire le point sur les besoins des PASS, et ce faisant nous a associés à un projet de coordination régionale. Ce fut fort appréciable et réconfortant, pour nous acteurs de terrain, d'être ainsi écoutés par une instance représentant l'état. A cette occasion nous avons observé et vécu ce que nous disant Catherine Perrotin en mai 2011 à Lyon : il n'est pas nécessaire de partager la même culture professionnelle pour avancer dans la même direction et avec les mêmes valeurs prioritaires.

Ce matin, dans notre programme, focus sur l'hôpital, lieu où beaucoup de cultures se croisent, et nous sommes heureux d'accueillir les professionnels et les traducteurs de l'unité d'Accueil et de Soins pour les Sourds du CHU de Grenoble. Avec les intervenants de cet après-midi, nous sortirons à l'hôpital pour découvrir d'autres cultures d'accompagnement dans le champ associatif.

Bonne journée à tous.



*L'ensemble des interventions ont été traduites en langage des signes par les interprètes de l'Unité Rhône Alpes d'Accueil et de Soins pour les Sourds.*

# Présentation rapide de la PASS du CHU de Grenoble

## Dr Myriam Blanc



### Un bref historique :

- Octobre 2004 : arrivée d'un AS dédié : B Montier
- Mai 2005 : installation de la PASS dans des locaux distincts.
- Janvier 2006 : ouverture des permanences médicales (2 par semaine)
- Février 2006 : arrivée d'une IDE à mi temps (B Vignat)





P.A.S.S. du CHU de Grenoble

7<sup>ème</sup> Journée des P.A.S.S. Rhône-Alpes - 23/10/2012

## La PASS : un travail d'équipe en pluridisciplinarité

- **Une équipe médicale :**  
*3 médecins + 1 interne (≈)*
- **Une IDE temps plein ;** *poste unique, non remplacée*
- **Un Assistant social à temps plein**
- **Une Pharmacienne :** *sans temps officiellement alloué.*
- **Un cadre de santé :** *temps partiel sur 3 sites.*



P.A.S.S. du CHU de Grenoble

7<sup>ème</sup> Journée des P.A.S.S. Rhône-Alpes - 23/10/2012

### Modalités de fonctionnement choisies depuis la création :

- Personnes en grandes difficultés sociales et nécessitant des soins
- Organiser la prévention, les soins et le suivi de la prise en charge sanitaire et sociale de ces personnes dans le cadre d'une prise en charge globale ;
- Organiser en liaison avec les services d'urgence un circuit interne au CHU donnant accès au plateau technique, aux consultations de spécialistes (dont la pédiatrie), aux actes de radiologie et de biologie et à la délivrance des médicaments (établissement d'une fiche de circulation, création d'une unité fonctionnelle) ;
- Garantir la continuité des soins en renforçant le partenariat et l'accompagnement avec Médecins du Monde et les associations ;
- Ne se substitue pas aux organismes déjà présents : CDAG, CLAT ...

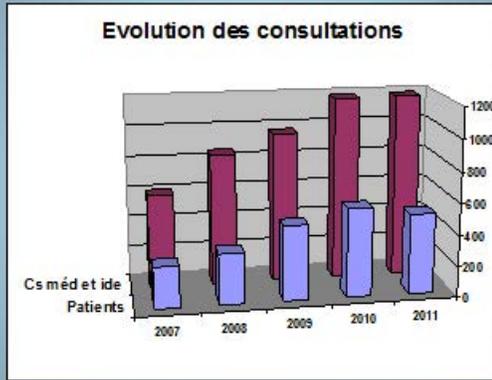


P.A.S.S. du CHU de Grenoble

7<sup>ème</sup> Journée des P.A.S.S. Rhône-Alpes - 23/10/2012

# Les consultations

5 à 6 demi journées de consultations médicales/sem dont 4 ½ journées sur RDV



PASS du CHU de Grenoble

7<sup>ème</sup> Journée des PASS Rhône-Alpes – 23/10/2012

## Evolution au cours du temps

- Régionalisation de la demande d'asile : augmentation des populations étrangères : 85% des consultations. 50% des consultations ne sont pas en français.
- Beaucoup plus de pathologies chroniques lourdes, en attente d'AME (liens avec les associations pour accueillir les populations avec pathologies chroniques et nécessité d'un recours au plateau technique)
- Nécessité d'un travail en équipe pour prise en charge globale (cs en langue étrangère, Rom action...). Relai par la pharmacie hospitalière pour gestion pilulier
- Paupérisation de la population française ayant la CMU et pas de complémentaire
- Beaucoup moins de grands SDF



PASS du CHU de Grenoble

7<sup>ème</sup> Journée des PASS Rhône-Alpes – 23/10/2012

Rôle majeur de l'assistant social avec des situations de plus en plus complexes

## L'assistant social :

Accueil des personnes - Premier entretien.

- Ouverture des droits sociaux et détermination précise des droits potentiels

**2011 :** 266 AME  
 41 CMU/CMUC  
 40 Prises en charge Soins Urgents  
 + Régularisations / CPAM et autres administrations

- Prise de rendez-vous avec les médecins de la PASS et autres services du CHU.
- Liens multiples avec les partenaires du réseau.
- Suivi des situations, parfois sur plusieurs mois
- Conseils techniques aux assistantes sociales (secteur, OFIL...).
- Réponses aux nombreux appels téléphoniques de tous ordres

Problèmes des remplacements.



PASS du CHU de Grenoble

7<sup>ème</sup> Journée des PASS Rhône-Alpes – 23/10/2012

## L'infirmière



## L'équipe de la pharmacie hospitalière

- aide à la prescription suivant les appels d'offre (économies)
- aide à l'observance et à la compréhension du traitement (pilulier)
- « suivi » : des situations, des traitements (validité mensuelle des ordonnances pour un meilleur suivi)
- procédure établie de délivrance des médicaments, procédure « dégradée » de délivrance les week-end, jours fériés et « absences »



## Limites :

- plus de 1300 consultations, mais 5 demi-journées médicales
- 1 seule IDE non remplacée durant ses absences
- 1 seul AS
- 0 temps de secrétariat ou administratif : tâches chronophages remplies par les acteurs pass
- de plus en plus de demandes avec des patients ayant des pathologies de plus en plus lourdes avec des situations sociales de plus en plus précaires

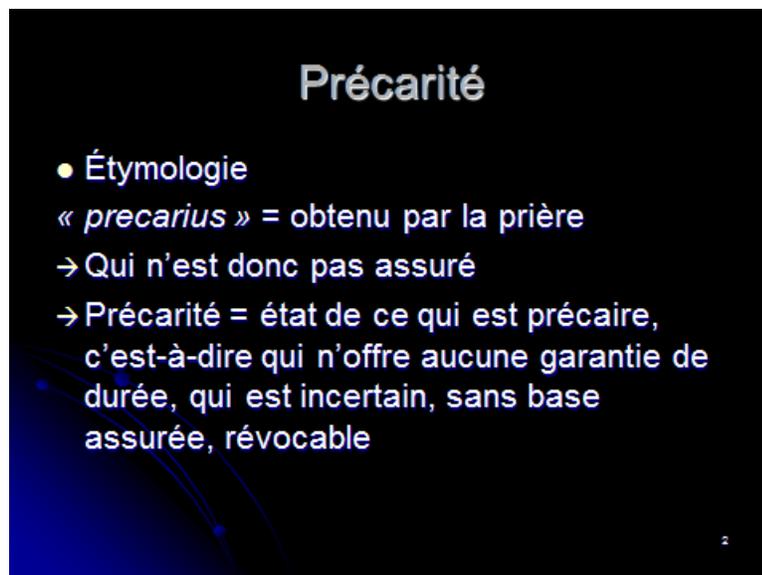
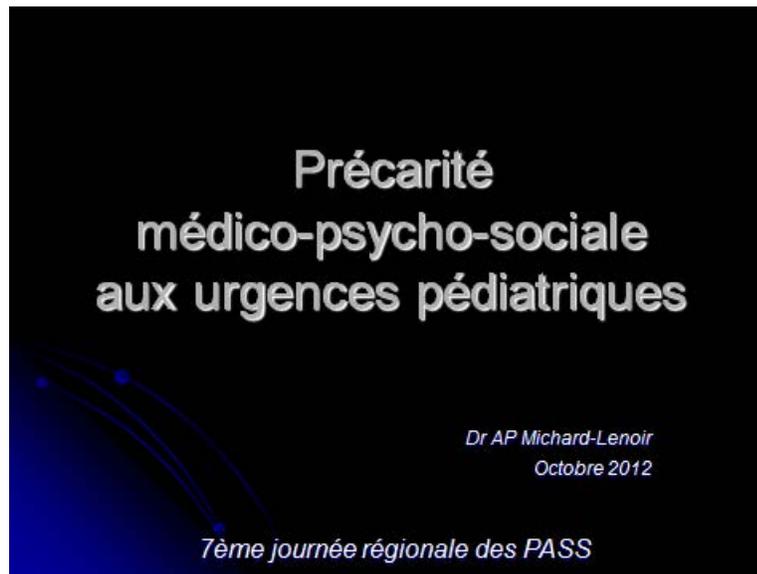
## Espoirs :

- une équipe motivée
- des partenaires fiables
- de plus en plus de personnes impliquées et intéressées dans la prise en charge de cette population (internes, IDE, AS...)



# 1. Précarité médico-psycho-sociale aux Urgences Pédiatriques du CHU de Grenoble présenté par le Dr MICHARD-LENOIR

9



## Précarité et pédiatrie

- Par essence la situation de l'enfant est Précaire puisqu'il **dépend des autres**, en règle général ses parents lorsque ceux-là sont « *compétents* »
- La précarité « par essence » d'un enfant est renforcée s'il vit dans une famille précaire économiquement et/ou psychiquement et devient précarité « par naissance »

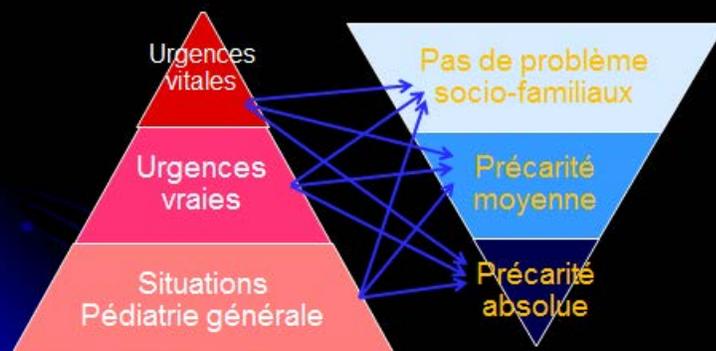
3

## Précarité et urgences

- Par définition : situation d' « urgences » est précaire puisqu'elle est **instable**
- Précarité aux urgences pédiatriques = « double euphémisme »
- la précarité aux urgences pédiatriques est un sujet qui peut recouvrir de nombreuses situations « *diverses et variées* », polymorphes

4

## Activité et urgences pédiatriques



5

## Activité aux urgences pédiatriques

- Elle ne fait qu'augmenter ?
- Pourquoi ?
- Les urgences remplissent le rôle de dispensaire de proximité pour un grand nombre de familles
- Panel de situations de  
« Apparente stabilité économique et psychologique → très grande précarité »

6

## Questions

- Pourquoi les parents préfèrent-ils consulter à l'unité d'accueil des urgences pédiatriques ?
- Quelle est l'importance des phénomènes de précarité et/ou vulnérabilité chez les familles utilisatrices, susceptibles d'influer sur leurs décisions ?
- Les réponses données sont-elles adaptées aux besoins des enfants vivant dans des conditions sociales difficiles ?

7

## Précarité

La précarité est l'absence des conditions et des sécurités permettant à une personne, à une famille, à un groupe d'assumer pleinement leurs responsabilités et de bénéficier de leurs droits fondamentaux

8

## Précarité

- Peut être
  - économique ET sociale
  - économique ET psychologique
  - sociale ET psychologique
  - économique ET sociale ET psychologique
- À cela on pourrait ajouter la précarité « affective »
- Et surtout et en 1<sup>er</sup> lieu la précarité « médicale »

9

## Législation

- Convention internationale droits de l'enfant ONU 1989
  - Article 24 = Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du **meilleur état de santé possible** et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services
  - Article 27 = Les États parties reconnaissent le droit de tout enfant à un **niveau de vie suffisant** pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social

10

## Législation

Compte-tenu de la vulnérabilité particulière des enfants et des adolescents, tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs résidant en France, qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat, sont réputés répondre à la **condition d'urgence** mentionnée par l'article L.254-1 du code de l'action sociale et des familles

11

Art. L 6112-2 du code de la santé publique :  
loi de lutte contre les exclusions du 29/7/1998

Les établissements qui assurent le service public hospitalier garantissent **l'égal accès de tous** aux soins dont ils disposent. Ils veillent à la continuité des soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les **patients disposent des conditions d'existence nécessaire à la poursuite de leur traitement.**

A cette fin, ils orientent les patients sortant, ne disposant pas de telles conditions d'existence, vers les structures prenant en compte la précarité de leur situation.

12

## Paradoxe

- Lois de lutte contre exclusion
  - Loi d'orientation relative à la lutte contre exclusion 1998
  - Loi de programmation pour cohésion sociale de 2005
  - Loi instituant le droit au logement opposable de 2007
  - Loi généralisant le revenu solidarité active et réformant les politiques d'insertion de 2008
  - Loi réformant la protection de l'enfance de 2007
- Et pourtant la précarité ne semble pas avoir diminué malgré cet arsenal législatif et les budgets qui y sont consacrés

13

## Précarité en France

- France pays qui a le niveau de protection sociale le plus élevé par rapport à son PIB
- Pays qui dépense le plus en matière de protection sociale
- Pourtant = **France dans 2<sup>ème</sup> groupe** des **pays européens** classés selon critère qualitatif quant à la lutte contre pauvreté des enfants

14

## Précarité

« *Instabilité* dans toutes les choses de la vie quotidienne, les difficultés matérielles, le manque de ressources et le fait de ne pas avoir le strict minimum pour vivre »

« Précarité et protection des droits de l'enfant »

- *Etat des lieux et recommandations*
- *Rapport thématique 2010*

15

## Précarité

### Le strict minimum pour vivre :

- *Nourriture*
- *Logement*
- *L'emploi*
- *Les vêtements*
- *Les sorties*
- *Les amis*
- *La famille et les gens sur lesquels on peut compter*
- *Communiquer*
- *S'exprimer*
- *Ne pas être seul*

16

## Les Précarités

- **Mesure pauvreté n'est pas que « monétaire »**
- **Conditions de vie réelles des familles**
- **Pauvreté « subjective »**
- **Précarité administrative**
- **Poids des dépenses pour le logement (38% des dépenses contraintes)**

*Stress parentaux face aux difficultés*

17

## Seuil de pauvreté

- Etablissements de seuils de pauvreté
- Seuil de pauvreté = fixé 950 euros par mois (= à 60% de la médiane des niveaux de vie observés au niveau national)
- Rend imparfaitement compte de la pauvreté réelle des personnes, de sa complexité, de son étendue, de sa durée, ainsi que de l'ampleur des formes de dénuement extrêmes

Durée +++++

18

## Conséquences

- la pauvreté dégrade la santé et cette dégradation va aggraver la précarité (coûts supplémentaires, incapacité d'aller à l'école impliquant des retards scolaires renforcement de l'isolement,...)

→ Cercle vicieux

19

## Problèmes logement

- Rapport Fondation Abbé Pierre
- 600 000 enfants subissent les conséquences du mal-logement
- 16 000 vivent dans des structures hébergements collectifs
- Problèmes spécifiques des enfants ROM (démantèlement campement)

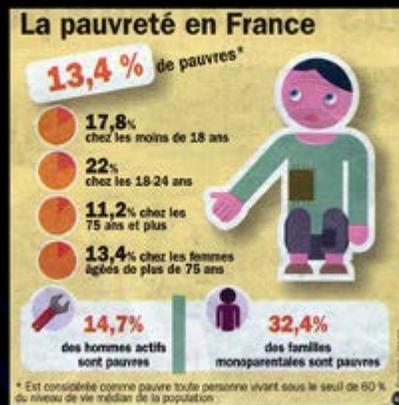
20

## Précarisation

- Les causes de la précarité sont nombreuses, et il faut plutôt parler de « processus de précarisation » (ou trajectoire de précarisation)
- Il s'agit d'un processus dynamique, multifactoriel réversible (au moins au début)

21

## Précarité : quelques chiffres



22

## La(es) précarité(s) chez l'enfant

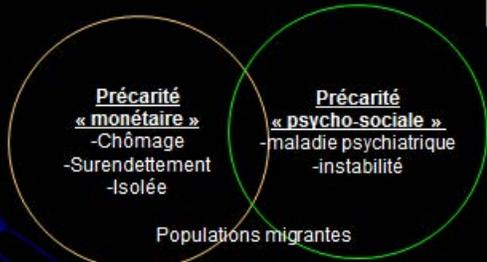
- = adultes
  - culture
  - niveau socio-économique
  - logement
  - environnement physique & social
  - ...
- Facteurs propre à l'enfant !!!
  - Développement / croissance / phases de sensibilité
  - Dépendance des parents → précarité de la **famille**
  - **Etre en devenir** = problèmes scolaires

23

# Précarité

- 2 millions enfants en France vivraient dans famille avec – de 950 euros /mois (définition seuil pauvreté)
- 13% population
- 25 % de l'ensemble des enfants
- 1/2 < 760 euros/mois

# Précarité



Prendre en considération les conditions de vie réelles des familles



# Précarité

- Familles mono-parentales = 32% vivent sous le seuil de pauvreté
  - Chômage
  - Logement précaire
  - Horaires de travail décalés
- Familles nombreuses = 13% des familles de plus de 3 ou 4 enfants vivent sous le seuil de pauvreté

## Effets directs précarité sur la santé des enfants

- Nourriture
  - Malnutrition
  - Obésité
- Habillement
- Mauvais état bucco-dentaire
- Retard dans l'accès aux soins
- Logement pathologies spécifiques
- Logement / promiscuité (devoirs)
- Souffrance psychique = instabilité / insécurité (état de guerre)
- Contrôle social → placement ?



27

## Effets directs précarité sur la santé des enfants

- Pathologies infectieuses
  - Tuberculose
  - Infections virales pour lesquelles il y a une vaccination (rougeole, cf épidémie rougeole hiver 2011)
  - Infections cutanées (pédiculoses, gale...)
- Pathologies chroniques avec suivi compliqué par la précarité

28

## Les faits-les chiffres

- Effets directs sur des maladies rencontrées plus spécialement en situation de précarité
  - Risque de surpoids X3
  - Dénutrition du fait carence alimentaire
  - Carence martiale → infections plus fréquentes
  - Saturnisme
  - État bucco-dentaire → caries
  - Lunettes
  - Intoxications (alcool, autres substances)
  - Maltraitance
  - Souffrances psychiques (Instabilité, Insécurité, Honte de soi)

29

## “Les faits”- chiffres

- Nombre de **familles monoparentales** augmente
  - difficultés économiques
  - horaires atypiques
  - emploi précaire
  - Impayés / crédits
  - difficultés d'accès aux soins et morbidité / mortalité supérieure
  - taux **d'accidents domestiques** chez les enfants vivant dans une famille monoparentale x2 par rapport aux famille nucléaires

30

## Effets précarité sur santé enfants

- **modification parcours de soins**
  - Retard accès aux soins
  - Augmentation fréquentation urgences pédiatriques
  - Pas de continuité d'action
    - Médecine à 2 vitesses
    - On sort les enfants d'un système de soins pour le remplacer par un autre
- **Pathologie spécifiques pour ceux qui vivent dans logement insalubres (saturnisme, pathologies cutanées)**

31

## Effets précarité sur santé enfants

- **Problèmes générés par une hospitalisation nécessaire :**
  - Pas de mutuelle (précarité « travailleurs pauvres »)
  - Frais de déplacement si éloignement géographique
  - Frais accompagnant
  - Absentéisme avec les risques de perte d'emploi
  - Reste de la fratrie si parent isolé

32

## Effets indirects

- Parents en situation de précarité ne peuvent plus avoir le souci suffisant pour leurs enfants
- Mise en place de Stratégies de survie
- Pas les conditions optimales pour exercer protection, attention, souci qu'ils doivent donner à leurs enfants

33

## Motif de consultation

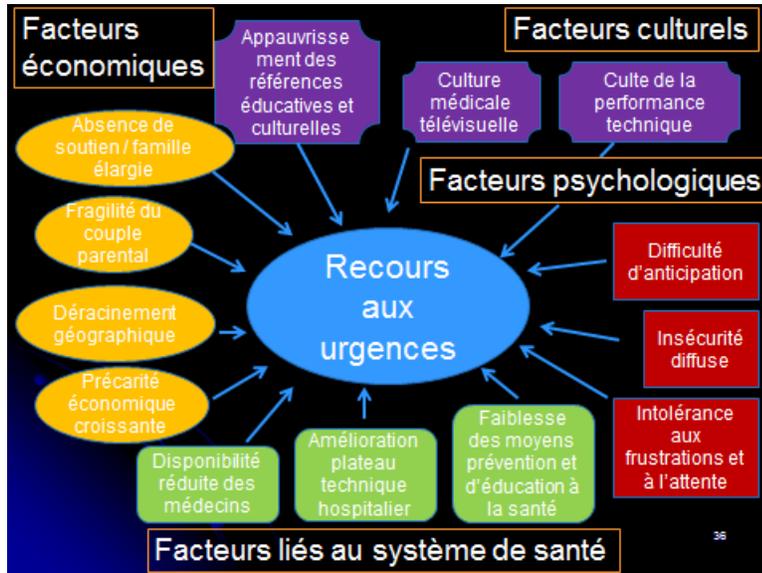
- Nombre moyen de visites / an:
  - Familles non-précaires : 2,45
  - Familles concernées / la précarité reconnue ou méconnue : 3,5 et 4
- Familles précarisées viennent spontanément / familles sans précarité majoritairement adressées (par pédiatre)
- Familles précarisées consultent surtout pour des situations de pédiatrie générale (états grippaux, otites, infections VRS)
- Lien sévérité urgence ressentie par parents - degré précarité familiale
  - Accumulation des familles précaires / migrantes aux urgences de l'HCE ?
  - Pourquoi?

34

## HCE - consultations aux urgences

- Majorité familles consultent aux urgences de manière spontanée et récurrente (83,9% vs 12,9% adressée par pédiatre)
  - Tendance augmente avec la sévérité de la précarité
  - 10% enfants sans suivi médical régulier par pédiatre installé (dont 80% avec suivi régulier par PMI, 20% n'ont aucun suivi)
- Les urgences de l'HCE fonctionne comme un dispensaire de proximité
- Raisons ?

35



## Recours aux Urgences pédiatriques

- Manque de disponibilité du pédiatre / à l'inquiétude ressentie par les parents
    - surestimation de l'urgence par les parents
      - En général, degré d'urgence estimé par les parents / à celui estimé par le médecin ne se recoupe que dans 52% des cas
      - Ce désaccord augmente avec la précarité
  - Impératifs pratiques → ouverture 24h/24
    - pas besoin de demander un congé (crainte licenciement)
- The slide also includes a small number '37' in the bottom right corner.

## Recours aux Urgences pédiatriques

- Difficultés de communication (non francophones)
    - Recherche d'un pédiatre est compliquée
    - Prise de RV par téléphone est difficile
    - Présence possible de traducteurs-interprètes
- The slide also includes a small number '38' in the bottom right corner.

## Hypothèse

- les migrants ne sont pas familiarisés avec la multitude de structures de soins, ce qu'ils connaissent sont les grands hôpitaux avec leur service d'urgence

39

## Populations réfugiées

- Certaines familles qui ne trouvent pas d'hébergement, viennent dans les structures hospitalières pour y mettre leurs enfants pendant plusieurs jours, en attendant d'avoir une solution
- Menace de l'expulsion → précarité psychologique
- → Menace d'expulsion → précarité psychologique
- → problème éthique quand l'enfant est « sortant »

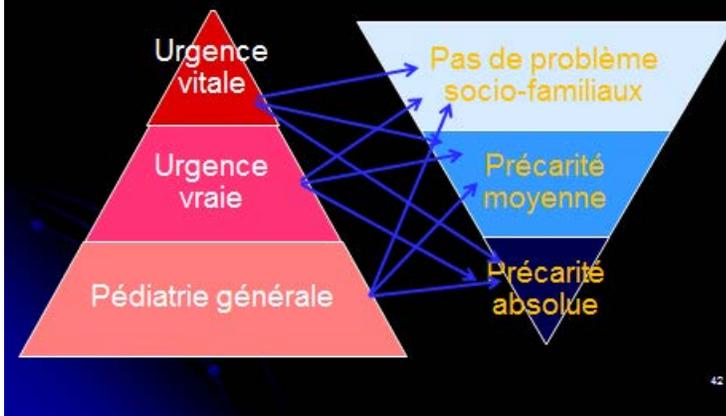
40

## Problématique aux urgences pédiatriques

- Tout est intriqué
- Toutes les combinaisons possibles entre :
  - Urgence vitale → bobologie en passant par toutes les situations intermédiaires
  - Absence complète de précarité → très grande précarité avec toutes les déclinaisons possibles

41

## Activité et urgences pédiatriques



42

## Activité et urgences pédiatriques

- Nécessité d'une double évaluation :
  - Purement médicale dans un 1<sup>er</sup> temps
  - Mais également sociale
- Pour prendre des décisions en fonction de cette double évaluation  
MEDICO-SOCIALE à laquelle on pourrait ajouter une dimension PSYCHOLOGIQUE

43

## Problématique aux urgences pédiatriques

- Difficile d'apprécier rapidement conditions socio-économiques qui conditionneront la prise en charge
- Appréciation qui demande TTT  
*(Tact, Temps et Ténacité)*
- À pathologie équivalente la prise en charge sera nécessairement différente selon le degré de vulnérabilité / précarité que l'on aura pu (voulu) appréhender

44

## Evaluation précarité

- Enquête sur 150 familles
- En 2001
- À Montpellier
- Aux urgences pédiatriques CHU Montpellier

45

## Evaluation précarité

- Précarité absolue demandant mesures sociales urgentes (0,7%)
- Précarité reconnue et bien gérée (13,3%)
- Précarité méconnue et/ou compliquée d'une dégradation importante de la qualité de vie (22,2%)
- Vulnérabilité psychologique (30,4%)
- Familles sans problème apparent (33,7%)

46

## Vulnérabilité psycho-sociale aux urgences

- Vulnérabilité
  - Seulement 25% = aucun problème
  - 10% = grande vulnérabilité
- Quels problèmes
  - Professionnels = 30%
  - Financiers = 30%
  - Isolement = 20%
  - Conjugaux = 17%
  - Logement = 14%
  - Intégration = 13%
  - Pathologies psychiatriques ou chroniques = 11%
  - Troubles du lien avec leur enfant = 8%

47

# Outil de dépistage de la précarité familiale aux urgences pédiatriques

- Facteurs évoquant une certaines forme de précarité dans 5 domaines définis :
  - Santé de l'enfant
  - Vie de famille
  - Emploi et revenu
  - Intégration
  - Lieu de vie
- Evaluation du degré de vulnérabilité de la famille pour chaque dimension :
  - Pas de vulnérabilité
  - Vulnérabilité compensée
  - Vulnérabilité décompensée
  - Vulnérabilité absolue

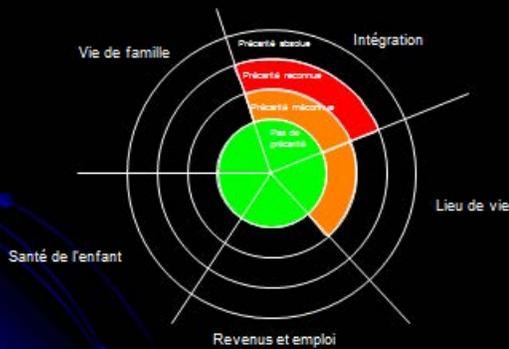
48

# Outil de dépistage de la précarité familiale aux urgences pédiatriques



49

# Outil de dépistage de la précarité familiale aux urgences pédiatriques



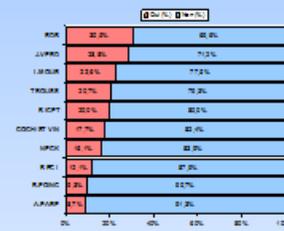
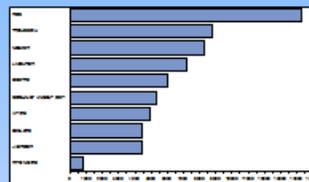
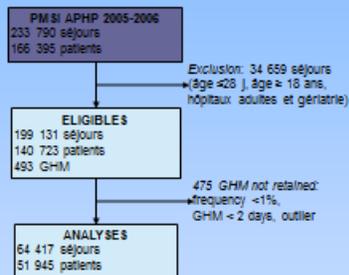
50

# Après les urgences : quid ?

- Durée hospitalisation prolongée
- « Solidarité : la T2A m'a tué »
  - Valorise les actes techniques
  - Mais ne valorise aucunement les actes de prévention, le temps passé et l'organisation de la santé

51

## Impact précarité sur coût et durée de séjour – pédiatrie générale



Marqueurs de Précarité	13 567 séjours
CMU COMPLEMENTAIRE	14.2%
CMU	72.9%
AME	12.4%
AME SOINS URGENTS	0.3%
HOMELESS	0.3%

Pr Corinne ALBERTI  
Dr Karine CHEVREUL  
Pr Isabelle DURAND-ZALESKI  
Pr Jean Claude CAREL  
Pr Gilles CHATELIER

52

## Précarité et durée de séjour : analyse multivariée

Variable	Effet	IC 95%	p
<b>Variables précarité et interactions</b>			
Précarité (Non 0, Oui 1)	1,36	1,33 à 1,38	< 10 <sup>-4</sup>
Précarité * Gastroentérites (Non 0, Oui 1)	1,29	1,24 à 1,33	< 10 <sup>-4</sup>
Précarité * Convulsions (Non 0, Oui 1)	1,37	1,30 à 1,45	< 10 <sup>-4</sup>
Précarité * Commotions (Non 0, Oui 1)	1,47	1,35 à 1,60	< 10 <sup>-4</sup>
<b>Variables patient</b>			
Origine patient (idf 0, Province 1)	1,44	1,40 à 1,48	< 10 <sup>-4</sup>
Sexe (Garçon 0, Femme 1)	1,19	1,18 à 1,21	< 10 <sup>-4</sup>
Age (années)	1,15	1,15 à 1,15	< 10 <sup>-4</sup>
Entrée (Transfert 1)	1,99	1,91 à 2,07	< 10 <sup>-4</sup>
Sortie (Transfert 1)	1,56	1,50 à 1,62	< 10 <sup>-4</sup>
<b>Année</b>			
Année 2005	1,00		
Année 2006	1,09	1,08 à 1,11	< 10 <sup>-4</sup>
Année 2007	1,03	1,02 à 1,05	< 10 <sup>-4</sup>
<b>GHM</b>			
Amygdalotomie			< 10 <sup>-4</sup>
CEP			< 10 <sup>-4</sup>
Misc			< 10 <sup>-4</sup>
Suit thérapeutique	1,29	1,29 à 1,42	< 10 <sup>-4</sup>
Bronchites et asthme	1,21	1,18 à 1,26	0,01
Convulsions, épilepsies et céphalées	0,84	0,81 à 0,88	< 10 <sup>-4</sup>
Gastroentérites et maladies du tube digestif	0,79	0,77 à 0,82	< 10 <sup>-4</sup>
Commotions cérébrales	0,47	0,45 à 0,49	< 10 <sup>-4</sup>

Durée de séjour en pédiatrie générale est augmentée de 36% par la précarité

53

## Prévention et prise en charge bien assurée ?

- Système actuel devrait permettre accès aux soins pour tous les enfants
- Structures PMI et médecine scolaire mal défendues, en perpétuelles difficultés
- Hyperspécialisation des médecins → moins d'intérêt pour ce système de santé global
- Répartition médical dans le territoire suivant revenus des patients et non suivant besoins

54

## Prévention et prise en charge bien assurée ?

- Pour rappel = les missions de la Protection Maternelle et infantile ne comprennent pas de volet de soins curatifs
- Pourtant ces services pourraient offrir une médecins de proximité dans les quartiers défavorisés en même temps qu'un lieu d'écoute et de dialogue pour les jeunes parents démunis

55

## Obstacles, manques, bonnes pratiques à développer ?

- Développement de la médecine hyper-lucrative inaccessible
- Absence valorisation prévention (loi HPST, ne mentionne quasiment jamais la prévention)

56

## Solution

- Prendre en compte la précarité dans la valorisation des séjours

57

## Evaluation

- Comment faire pour la mettre en exergue
- Évaluation à faire à l'entrée, comme on fait une évaluation staturo-pondérale, faire une évaluation socio-économique
- Questionnaire semi-directif
  - Nécessite de prendre du temps = temporalité des urgences
  - Parfois mal vécue car Intrusive
  - Pour en faire quoi ?

58

## Organisation CHU Grenoble

- **Tous les enfants** sont accueillis aux urgences pédiatriques
- Y compris les enfants issus de familles en situation de grande précarité
- Ne pas ajouter de la discrimination à ces situations
- Leur offrir une **prise en charge équivalente** à celle de tous les enfants

59

## Organisation CHU Grenoble

- Assistance sociale = pour rappel pas d'Assistante Sociale dédiée aux urgences, mais une Assistante Sociale partagée avec le reste de la pédiatrie
  - Aides financières (après évaluation du budget)
  - Information / explication, organisation, référer aux autres structures, accompagnement
- Puéricultrice liaison PMI
- Interprète
- Mise en relation avec la PASS

60

## Problématique

- Cet aspect « social » prend le pas sur le reste selon les périodes
- Très chronophage
- Moins de disponibilité pour les autres pans d'activités de ces professionnels
- Urgences deviennent la « Porte d'entrée »
- Qui permet à ces familles de s'inscrire dans les démarches administratives

61

## Sur le plan médical

- Pédiatre identifié comme ayant une orientation vers la pédiatrie sociale
- Mais plutôt identifié comme tel au sein du CHU sur le versant « maltraitance »
- Aucun temps médical dédié

62

## Enfant en danger

- L'enfant dont la santé, la sécurité, la moralité, l'éducation ou le développement risquent d'être ou sont en danger du fait :
  - *D'insuffisance ou de négligences éducatives de la part de ses parents*
  - *De difficultés relationnelles et affectives au sein de la famille*
  - *De difficultés d'insertion sociales ou économiques de la famille*
  - *D'un contexte familial de fragilité psychologique ou de pathologie*

*Pour autant tous les enfants vivant dans un milieu précaires sont-ils en danger ??*

63

## Enfant en danger

- Liens précarité- protection de l'enfance
- Ne pas faire de corrélation et/ou de lien entre précarité protection de l'enfance pour ne pas stigmatiser les familles
- On entend classiquement par protection de l'enfance = protection contre les maltraitements physiques ou éducatives, ce qui peut arriver dans n'importe quel milieu
- Un des buts de la loi de 2007 → **PREVENTION**

64

## Enfant en danger

- Normalement, le parent est le garant de la protection de son enfant
- Conséquences de la précarité mettent souvent les familles dans des situations telles que l'enfant se trouve être en danger éducatif et économique
- **Précarité affective**

65

## Bien-traitance

- Des parents en situation de précarité, ne peuvent plus avoir le souci suffisant pour leurs enfants
- Stratégies de survie qui leur demandent beaucoup d'énergie
- Conditions minimales pour exercer la protection, l'attention et le souci à leurs enfants ne sont pas réunies

66

## Bien-traitance

- Ce n'est pas que la « Non maltraitance »
- Même sonorité pour :
  - Le « bien-être »
  - Et « ***Bien naître*** » ***affectivement***

67

## CAT

- Notre système de soins semble inadapté à une prise en charge globale des situations de précarité
- Accompagnement bienveillant
  - Facile à dire
  - Pas toujours facile à faire
    - Chronophage tout le temps
    - « Dérangeant » sur le plan Éthique, parfois



## Éthique et très grande précarité

- Peut-on laisser sortir un enfant que l'on sait vivre dans la rue ?
- Peut-on laisser sortir un enfant en sachant qu'il ne pourra bénéficier des traitements qu'aux heures ouvrables de la PASS ?
- Doit-on prendre en charge un enfant se présentant à l'entrée des urgences qui souffre d'une pathologie chronique +/- stabilisée et que l'on sait être issue d'une famille en situation irrégulière

69

## Éthique et précarité

- Choix parfois entre :
  - Un enfant souffrant de pathologie organique
  - Un enfant qui ne souffre que d'une pathologie pédiatrique mineure et bénigne mais qui s'accompagne de conditions de vie précaires
- Pas assez de lits d'aval
- Rentabiliser devenu le maître mot de nos institutions
- L'hôpital public doit-il être rentable ???

70

## Conclusion

- Urgences HCE
  - concentration des familles en situation de précarité
  - concentration des migrants
- Joue le rôle de dispensaire de proximité
- Un dépistage est indispensable au vu de la grande prévalence des cas de précarité
- Des moyens simples de dépistage doivent être mis en place (grille d'évaluation)

71

## Les plus vulnérables

- Parents isolés et grande famille
- Ménages sans emploi
- Extrême pauvreté :
  - Handicaps
  - Minorité ethnique
  - Victimes de maltraitance
  - Parents malades mentaux

72

## Situation précarité aux urgences pédiatriques

- Tout l'éventail  
Situation stabilité socio-économico-psychologique  
→ situation grande précarité / grande  
vulnérabilité
- Solutions apportées ne sont souvent  
qu'une réponse directe au symptôme  
exprimé et non une approche globale de  
l'enfant resitué dans son environnement

73

## Précarité « insidieuse »

- Familles nombreuses
- Familles mono-parentales
- Les problèmes soulevés
  - Qui s'occupe des autres enfants pendant hospitalisation
  - Problème absentéisme (risque perte emploi)
  - Augmentation durée hospitalisation
  - Comment faire si le parent doit rester auprès de son enfant après la sortie

74

## Situation grande précarité

- Migrants et/ou Réfugiés
  - Problème langue
  - Problème financier
  - Problème logement
  - Problème éthique
- Aggravation situation = régionalisation de la demande d'asiles

75

## Réflexions à mener

- Autour du concept précarité / vulnérabilité
- Autour de la préservation du « capital santé » des jeunes enfants vivant dans des familles en difficultés
- Autour de la formation des médecins : pas d'enseignement de la pédiatrie sociale dans le cursus médical initial, ni dans le cursus de spécialisation « pédiatrique »

76

## Solutions

- Pas une solidarité indirecte
- Mais une solidarité directe
- Pas de systèmes uniquement faits pour les gens en situation de précarité, mais que les gens en situation de précarité puissent avoir accès à tous les systèmes de santé

77

## Solutions

- Que cet aspect de la prise en charge soit prise en considération
- Pas un parcours marginalisé
- plutôt
  - Valorisation des séjours
  - Temps social dédié
  - Temps médical dédié
  - Budget MIGAC ???



78

## Bibliographie

- « Précarité et protection des droits de l'enfant »  
*Etat des lieux et recommandations*  
*Rapport thématique 2010*
- « Vivre la pauvreté quand on est un enfant = photographie de la pauvreté infantile en régions »
- « Précarité et vulnérabilité familiale aux urgences pédiatriques : évaluation et prise en charge »

79

## 2. Comment les personnels des urgences vivent-ils les situations de précarité ?

36

Claire DELEPOULLE et Mathilde Fabre.



### Comment les personnels des urgences vivent-ils les situations de précarité ?

Etude réalisée dans les urgences de Chambéry

Claire Delepouille et Mathilde Fabre

#### Intro

- Constatation de difficultés de prise en charge de personnes en précarité aux urgences, et recours réguliers à la PASS de Chambéry.
- Urgences = premier recours pour les personnes en grande précarité
- => Nécessité de comprendre ces difficultés pour améliorer la prise en charge de ce public

## Méthodologie

- 36 entretiens individuels réalisés au CH de Chambéry auprès de: médecins, IDE, AS, assistantes sociales, secrétaires, ASH, cadres de santé.
- Méthodologie qualitative
- Sur la base d'un questionnaire semi dirigé

## Résultats

- Représentations de la grande précarité
- Accès aux soins et bonne santé
- Prise en charge de ce public et ses spécificités
- Vécu par le personnel des urgences
- Formation et améliorations proposées

## Représentations (1)

- Quelles personnes ? SDF, mais pas que...
- Ou définies selon des manques
- A noter que les interviewés ont pu avoir des difficultés à définir la grande précarité.
- Sont-ils reconnaissables /identifiables?

## Représentations (2)

- Leur logement: absent, hébergement, instable ou sans confort
- Leurs ressources: faibles, allocations, informelles
- Leur entourage: isolement familial, présence travailleurs sociaux
- Leur hygiène: hygiène perçue comme dégradée
- Leur mode de vie: errance, violence, alcool

## Accès aux soins

- L'hôpital :
  - Les urgences +++ (ouverture 24/24; « gratuité »)
  - PASS et autres
- Ville
  - Point santé, point dentaire
  - LHSS, etc...
- Place du médecin traitant ?
- Couverture sociale: CMUc, AME, incomplète.

## Bonne santé: accessible aux grands précaires?

- Pas impossible mais souvent difficile:
  - Du fait des conditions de vie et de la fréquence de l'addiction à l'alcool
  - Santé mentale: dépression, addiction, souffrance.
  - La précarité facteur de risque de mauvaise santé

## Freins à l'accès aux soins et la bonne santé (1)

- Patient:
  - Matériel (déplacement, financier, administratif, communication)
  - Difficulté à faire une demande d'aide et à venir en consultation, difficultés d'observance et de suivi
  - Manque de volonté.
  - Image de soi négative

## Freins à l'accès aux soins et la bonne santé (2)

- Institution:
  - Regard et attitude des soignants
  - Refus de soin (CMU)
  - Horaires restreints des structures
  - Manque accompagnement

## Prise en charge aux Urgences (1)

- Motif de venue
  - Médical
  - Alcoolisation aiguë, traumatologie, pathologies médicales et psychiatriques
  - Social
    - «Hôtellerie», urgences = refuge, écoute.
  - Par défaut
  - Motif de recours non compréhensible.
  - À l'initiative d'un tiers

## Prise en charge aux Urgences (2)

- Accueil et administratif
- Soins d'hygiène et alimentation
- Prise en charge médicale
- Prise en charge sociale si besoin
- Sortie ou hospitalisation

## Prise en charge aux Urgences (3): spécificités

- Difficultés :
  - Comportement
  - La nuit
  - Alcool
  - Communication
  - Observance/suivi/compliance
  - Récurrence
- Temps prise en charge augmenté
- Avis spécialisé: AS/PASS

## Vécu (1)

- Positif:  
Satisfaction quand les soignants voient qu'ils ont pu aider des personnes en grande précarité
- Prise de recul des soignants pour se protéger

## Vécu (2)

- Lassitude de les voir revenir
- Frustration de ne pas se sentir efficace
- Sentiment d'impuissance ou d'inutilité
- Agacement devant des comportements inappropriés ou les venues récurrentes,
- entraînant des Réticences à s'en occuper
- Tristesse ou choc devant certaines situations

## Formation (1)

- Quelques soignants ont bénéficié de formations:
  - Formation durant les études
  - Co formation
  - Formation « accueillir pour moins exclure » proposée par la PASS de Chambéry
- Mais aussi expérience professionnelle  
Et apprentissage auprès de collègues

## Formation (2)

- De nombreuses personnes souhaiteraient une formation:
  - pour mieux connaître les aides
  - pour mieux comprendre ce public
  - pour améliorer la prise en charge
- Moyens proposés:
  - visite des structures
  - rencontre avec les travailleurs sociaux
- Peu n'en voient pas l'intérêt

## Propositions pour améliorer

- Structure d'accueil spécifique
- Plus de: temps, soignant, et patience
- Développement de l'information pour les patients et les soignants
- Amélioration de l'identification, de la prise en charge et du suivi de ce public

## Discussion (1)

- Grande précarité : surtout les SDF  
Intérêt de dépister les personnes en grande précarité moins visibles?
- Urgences = premier accès aux soins,  
Mais avec des soignants non volontaires pour prendre en charge ce public, ou ne se sentant pas à l'aise dans cette prise en charge

## Discussion (2)

- Formations souhaitées, mais pas toujours retrouvées dans les améliorations proposées
- Structure spécifique dans les urgences, pour améliorer le confort de qui? ...

## ***Discussion sur la table ronde des Urgences***

En introduction, le Docteur de Goër notifie la complexité et la variabilité de la précarité et de ses conséquences, avec parfois même des éléments contradictoires : ils sentent mauvais mais aussi on ne les voit pas; ils viennent pour rien mais aussi ils viennent que quand ils ne peuvent plus faire autrement ; c'est trop facile de pouvoir consulter aux urgences 24 h / 24 h, mais également c'est très difficile pour eux de se faire soigner... Il y a des points communs sur les deux interventions, notamment la nécessité de prendre du temps avec les personnes, que les personnels globalement se soucient de ces publics, même s'ils ressentent de l'impuissance...

Le débat est donc ouvert :

- Intervention du Docteur André de Médecins du Monde :
  - Demande d'une explication du triple T. Le Docteur Michard Lenoir notifie qu'il s'agit d'une invention personnelle, qui lui parle : il faut du Temps, du Tact (pour éviter d'être intrusif), de la Ténacité (reposer les questions...)
  - Que se passe-t-il pour les personnes sans couverture sociale ? Réponse : celles-ci sont enregistrées, puis prises rapidement en charge en lien avec l'assistante sociale. Il n'y a pas de barrière à l'accueil, les patients sont toujours vus. Claire Delepouille notifie que le travail des thésardes reflète ce qui a été entendu, donc reflète une perception et non pas forcément une réalité. On arrive toujours à faire quelque chose, mais tout devient difficile dès lors qu'une hospitalisation est nécessaire en l'absence de couverture sociale. Certains professionnels notent qu'on arrive toujours à hospitaliser, d'autres ne sont pas satisfaits. Madame Mathilde Fabre notifie que beaucoup d'interviewés ne savent pas si les personnes sans couverture sociale peuvent être prises en charge et renvoient vers l'assistante sociale.
  - Est-ce que les assistantes sociales suivent les personnes ? Celles-ci sont bien mises en lien avec l'assistante sociale. Intervention dans la salle d'une assistante sociale pédiatrique du CHU de Grenoble : tous les enfants sont accueillis, que les droits soient ou non effectifs. Néanmoins étant seule sur l'ensemble des services pédiatriques, elle est dans l'impossibilité d'ouvrir des droits pour tous, notamment pour les consultants externes. Lors d'hospitalisation, l'assistante sociale fait tout le nécessaire pour l'accès aux droits. Elle veille (notamment lors des pathologies lourdes). Il arrive que des enfants restent hospitalisés le temps de trouver une solution d'hébergement en cas de pathologie lourde, même s'il n'y a plus de soins spécifiques nécessaires en hospitalisation. Le suivi de ces enfants nécessite du temps, parfois au détriment d'autres situations. Difficultés exprimées en cas de pathologies cardiaques qui doivent être hospitalisées sur Lyon, par exemple, pour trouver des solutions d'hébergement dans cette ville... L'assistante sociale n'a pas le temps de voir tous les enfants accueillis aux urgences pédiatriques. Monsieur Bernard Montier notifie que les enfants vus aux urgences pédiatriques ont souvent un traitement, ils sont donc orientés vers la PASS. L'assistante sociale de la PASS, si elle n'est pas débordée, peut voir la situation, permettant d'avoir un filet supplémentaire.

Le Docteur Michard Lenoir notifie également une différence notable entre le monde adulte et la monde de la pédiatrie : quel que soit le degré de précarité des personnes, elles sont soucieuses pour leurs enfants.

- Intervention d'une infirmière d'EMPP dans la Drôme : elle notifie qu'aux urgences, notamment la nuit, que le patient soit seul ou accompagné par les pompiers, les personnes ou les professionnels n'ont pas le déclic de demander une consultation à la PASS. Ils sont vus comme tous le monde, bénéficient des ordonnances, puis reçoivent une facture. Il faut ensuite les raccompagner vers l'assistante sociale pour annuler la facture. Une assistante sociale de la Drôme répond qu'il y avait effectivement des soucis d'organisation et l'équipe est en train d'essayer d'y remédier. La relation avec le bureau des entrées n'est pas simple.
- Le Docteur Elisabeth Rivollier relate une convention avec la PMI de Saint Etienne. La PASS envoie un extrait du livret thérapeutique concernant les traitements pédiatriques à la PMI, le médecin PMI fait des ordonnances avec retrait à la pharmacie hospitalière. Un travail a également été effectué dans le cadre de déclarations de grossesses lorsque les droits ne sont pas ouverts, la PMI recevant automatiquement un double de cette déclaration. Le Docteur Michard Lenoir notifie que le souci est que la prescription par des médecins de PMI n'est prévue dans leur mission. Un travail en lien avec la PASS est nécessaire, sans renvoi systématique vers les urgences pédiatriques. A noter que le Conseil Général de l'Isère a un nouveau service dans la prise en charge des personnes en situation de précarité. Une personne du Conseil Général notifie que depuis janvier 2012, deux assistantes sociales reçoivent cette population sans domicile, donc non rattachée à un service social. Auparavant, les assistantes sociales à tour de rôle s'occupaient des personnes. Il y a maintenant un service dédié. Cela ne réglera pas tous les soucis.
- Une infirmière travaillant dans un collège sur le quartier de Villeneuve à Grenoble notifie la connaissance d'un centre de bucco-dentaire sur Chambéry qui n'existe pas sur Grenoble.
- Le Docteur Myriam Blanc répond qu'il n'y a effectivement pas de dispositif de santé bucco-dentaire gratuit sur Grenoble. Lorsque les personnes ont des soucis de cet ordre, ils réorientent vers Médecins du monde, qui n'a pas cette prestation et qui organise de la débrouillardise. Elle notifie également que la délivrance de médicaments à la demande de la PMI pose problème du fait des pharmacies hospitalières avec le livret thérapeutique.
- Un médecin de Médecins du monde notifie fortement qu'il lui arrive de délivrer des médicaments psychiatriques de façon bénévole, par carence du service public.
- Le Docteur de Goër pose la question de l'intérêt d'adresser systématiquement les enfants aux urgences pédiatriques, démarche qui a été volontaire dans l'organisation et la prise en charge des publics précaires au CHU de Grenoble lors de la mise en place de la PASS. Le Docteur Myriam Blanc répond que l'un des facteurs a été l'accueil de grands sans domiciles fixes, avec des chiens, dans un contexte non adapté pour recevoir des enfants (outre les autres raisons spécifiées précédemment, dans l'intervention du Docteur Michard Lenoir). Elle pose la question d'envisager de créer une PASS périnatale et pédiatrique plutôt que de mélanger les populations.

- Le Docteur Isabelle Schlienger, de la PASS HEH à Lyon notifie travailler avec une école dentaire où l'on peut orienter, ainsi que pour des prothèses dentaires. Concernant la pédiatrie, idée d'une consultation post urgence dédiée aux enfants en situation de précarité.
- Vincent Bourgin, assistant social à la PASS de Saint Etienne notifie que dans cette ville il existe un financement de PASS dentaire avec 0,4 ETP de dentiste, mais seulement 0,2 ETP sont pourvus en raison des difficultés de recrutement.
- Le Docteur Michard Lenoir notifie que le fait de recevoir systématiquement les enfants en situation de précarité aux urgences pédiatriques du CHU n'était pas une volonté institutionnelle, mais de la part de la PASS et du service de pédiatrie. Il existe dans ce service des puéricultrices, des auxiliaires de puériculture, permettant une prise en charge plus globale que l'aspect purement médical. Elle souhaite éviter que soit mise en place une PASS pédiatrique : ne pas adresser certaines personnes aux urgences, d'autres à la PASS pédiatrique et donc de discriminer. Toutes sont envoyées aux urgences pédiatriques. Dans ce service, il est difficile de travailler ces questions, car il s'agit d'un travail non visible, non reconnu, non spécialisé avec des reproches de collègues, dont directement un chef de pôle, de faire « trop de social ». Elle ne peut donc pas mettre en place une PASS pédiatrique tant qu'il n'existe pas un temps dédié, puisque cela s'ajoute à tout le reste.

# L'influence du rôle des acteurs sur les fonctions d'une institution

Jérémy GERAERT



## L'INFLUENCE DU RÔLE DES ACTEURS SUR LES FONCTIONS D'UNE INSTITUTION

dimanche 21 octobre 12

- La définition officielle des missions de la PASS laisse une liberté importante en ce qui concerne le public

dimanche 21 octobre 12

- Différentes pratiques d'une PASS à l'autre
- Des cas complexes qui nécessitent une politique au « cas par cas »

dimanche 21 octobre 12

- Comment les fonctions d'une institution de service public se modifient ?
- Dans quelle mesure les rapports et les interactions entre les différents professionnels y contribuent ?

dimanche 21 octobre 12

- « L'histoire d'une institution est celle de la croissance et de la transformation des fonctions constitutives des rôles dévolus aux individus qui la composent » (E.C. Hugues, 1937)
- Berger et Luckmann : les institutions n'existent qu'à travers la manière dont les rôles attachés à l'institution sont tenus
- « Le rapport à l'institution c'est d'abord le rapport à celui qui tient un rôle dans une institution, [...] [C]'est d'abord l'appréhension d'individus vivant dans l'institution qui, parce qu'ils tiennent des rôles, nous permettent d'avoir une idée de l'institution. » (J. Lagroye, 1997)

dimanche 21 octobre 12

- 1 - Une dualité inhérente aux rôles des acteurs de la PASS
- 2 - Les différentes fonctions de cette dualité
- 3 - Le rôle de la compassion
- 4 - La marge de liberté dans la définition du rôle, notamment dans la définition des critères d'inclusion au dispositif

dimanche 21 octobre 12

- Le rôle du professionnel de la PASS est constitué de deux identités contradictoires :

dimanche 21 octobre 12

- Un rôle professionnel
- Les agents incarnent l'Etat, ils sont le relais entre l'Etat et les individus
- Poste défini de manière standardisée. L'agent en est un titulaire qui applique des normes à prétention universelle.
- Réduction des personnes à des « cas » qui a pour effet d'effacer la personnalité du patient.
- Ils sont amenés à « cristalliser [leur] personnalité à partir d'un modèle d'impersonnalité » (Merton, 1997)

dimanche 21 octobre 12

- La personne s'efface derrière l'appartenance à un modèle institutionnel.
- Personnification de l'institution

dimanche 21 octobre 12

- Phénomène comparable chez les médecins, surtout à l'hôpital : réduction des patients à des pathologies.
- Des rôles distincts et impersonnels : celui du médecin et celui du patient.

dimanche 21 octobre 12

- L'effacement derrière un rôle institutionnel
- Phénomène accentué par les blouses et les badges

dimanche 21 octobre 12

- L'identité « personnelle »
- Les situations de face à face ne sont pas réductible à la fonction professionnelle ; c'est la rencontre de deux individus.
- Adaptation des comportements et des discours en fonction des patients

dimanche 21 octobre 12

- Cette dualité est inhérente aux professions des acteurs de la PASS
- Il y a un va-et-vient entre l'identité «professionnelle» et l'identité «personnelle»
- Cette « transsubstantiation » (Dubois, 2003) permet d'équilibrer la relation avec le patient.
- Donne la possibilité de définir son propre rôle en composant entre logiques institutionnelles et dispositions personnelles.

dimanche 21 octobre 12

## LES FONCTIONS DE LA DUALITÉ

- Obtenir en douceur l'assentiment des patients : permet de traduire des situations intimes et individuelles en catégories administratives ou médicales
- Ressource pour maîtriser le déroulement d'une interaction
- Ressource d'autant plus nécessaire que la **mise en récit** des patients fait partie de la démarche de soin dans la PASS

dimanche 21 octobre 12

- Pour rendre possible la mise en récit, le professionnel met en œuvre des techniques de personnalisation qui mettent en confiance le patient et humanisent la relation.
- Nécessité de cadrer les interactions par un retour au rôle « professionnel », notamment lorsque la mise en récit intime dépasse le cadre voulu par le professionnel
- Fonction de protection face à la misère

dimanche 21 octobre 12

## LA MISE EN RÉCIT

- La mise en récit est un des éléments les plus importants dans l'analyse de la construction des critères d'inclusion dans le dispositif
- Tous les patients doivent « mettre en récit » leur situation auprès des professionnels pour entrer dans le dispositif, caractéristique des systèmes « assistanciers »

dimanche 21 octobre 12

- Pour bénéficier du dispositif PASS, les patients doivent montrer une certaine allégeance à la logique de morale sociale
- Réactivation de l'opposition entre « bons / vrais » et « mauvais / faux » patients
- Les patients à qui l'on refuse l'inclusion dans le dispositif sont les « faux patients » : les tricheurs
- Une différence qui ne repose pas sur des critères objectivables et qui peut changer d'un professionnel à l'autre ...
- ... mais qui repose sur une évaluation au cas par cas

dimanche 21 octobre 12

## L'EXEMPLE DES PATIENTS SOUS VISA

- Femme malienne qui vient faire contrôler son diabète
- qui ne dit pas qu'elle est en France pour des vacances
- mais qui précise qu'elle a un visa valide
- Motif du refus : signes extérieurs de richesse et un carnet de suivi du diabète qui « prouve » un bon accès aux soins dans son pays d'origine

dimanche 21 octobre 12

## L'EXEMPLE DES PATIENTS SOUS VISA (2)

- Jeunes hommes Pakistanais
- nouvellement arrivés sur Paris, dont certains avec Visa
- Motif de l'admission dans le dispositif : patient légitime, migrant sans autre recours d'accès aux soins

dimanche 21 octobre 12

- Des critères d'inclusion et d'exclusion qui ne sont pas administratifs et difficilement objectivables
- Des critères qui se basent sur une idée de justice construite par les professionnels eux-même
- Liberté d'action des professionnels dans la définition de leur rôle et des fonctions de l'institution

dimanche 21 octobre 12

- Mais, la décision au « cas par cas » rend la confrontation aux institutions pour les patients plus complexe
- Rend le travail de « mise en récit » décisif et potentiellement excluant
- Provoque des inégalités entre les patients : entre ceux qui ont les ressources nécessaires pour se mettre en scène et ceux qui ne les ont pas ; entre ceux qui veulent se mettre en scène et ceux qui ne le veulent pas

dimanche 21 octobre 12

- Parce que ils doivent définir eux-même les patients auxquels l'institution se destine,
- l'un des rôles des professionnels de la PASS : identification et contrôle des patients (de leur identité / de leur statut social)
- Pour que l'institution se destine aux « bons patients », ceux qui sont « précaires », ceux qui ont des problèmes d'accès aux soins

dimanche 21 octobre 12



## DES INTERPRETES

- Diplômées (bac +5)
- Neutre
- Interprétation en simultanée
- Secret professionnel
- Ne donne pas son avis



## LA FONCTION DES INTERMÉDIATRICES

Travail auprès des certains patients sourds

- Des sourds isolés
- Des sourds étrangers
- Des sourds en difficultés sociales
- Des enfants sourds étrangers



### -Mission RHONES ALPES

De plus en plus , nous recevons des Sourds en situation de détresse

- Des réfugiés
- Des immigrés
- Des Sourds en situation de précarité



### TRAVAIL EN PARTENARIAT

Pour l'instant , c'est le seul unité de Rhône Alpes

Nous nous déplaçons

- Exemple une famille slave







## Médecins du Monde en Rhône-Alpes

- » **Grenoble** : CASO, Maraude
- » **Lyon** : CASO, deux missions mobiles (squat et bus) et adoption internationale
- » **St Etienne** : adoption internationale
  
- » **Equipes** : 250 bénévoles, 8 salariés



## Relation MdM ↔ Hôpital en Rhône-Alpes

- » Exemple de relation association / institution
- » Nombreuses structures
  - > MdM : CASO et Squat, Maraude, Bus
  - > Hôpitaux: PASS généraliste (hors enfants) et PASS psychiatrique, urgences, tous Services
- » COPIL à Lyon et Grenoble



## Points communs CASO PASS:

- » **Publics**: en situation précaire
- » **Offre de soins**:
  - > Soins de santé primaires, gratuits et sans rendez-vous ??
    - Consultations de médecine générale
    - Soins infirmiers
    - Ouverture des droits sociaux
  - > Délivrance gratuite de médicaments

→ **Portes d'entrée** dans les filières de soins et les réseaux médico-sociaux, institutionnels ou associatifs



BY THE WORLD... L'ÉQUIPE MÉDECINS DU MONDE... (multilingual text)

## Particularités des CASO (2) L'offre de soins

- » **Consultations spécialisées** sur rendez-vous
  - > Suivi des femmes enceintes jusqu'au 7ème mois
  - > Psychothérapie et psychiatrie
  - > Neurologie, ostéopathie (Lyon); ophtalmologie (Grenoble)
- » Pas de soins dentaires
- » Pas d'examen complémentaire au CASO hors échographie



BY THE WORLD... L'ÉQUIPE MÉDECINS DU MONDE... (multilingual text)

## Particularités des CASO (3): Modalités de fonctionnement

- » Consultation « Prévention » (Lyon)
- » Accompagnement (Lyon)
- » Recours fréquent à l'interprétariat
- » Pharmacie dans les CASO



BY THE WORLD... L'ÉQUIPE MÉDECINS DU MONDE... (multilingual text)

## Difficultés des CASO (1) Accueil et soins

- » Augmentation globale de l'activité +++
  - Lyon: **+ 22% en 4 ans,**  
**+ 20 % en 2012**
  - Grenoble: **+ 100 % depuis 2008**
- » Plus particulièrement
  - > Nouveaux arrivants (soins et droits sociaux)
  - > Usagers ne parlant pas le français
  - > Citoyens européens dont roumains
  - > Mineurs, dont mineurs isolés



OF THE WORLD... MÉDECINS DU MONDE... OF THE WORLD... MÉDECINS DU MONDE...

## Difficultés des CASO (2) Orientation vers le droit commun

- » Des patients en souffrance psychologique
- » Des patients avec couverture sociale
- » Des patients ne parlant pas le français



OF THE WORLD... MÉDECINS DU MONDE... OF THE WORLD... MÉDECINS DU MONDE...

## Dysfonctionnements

- » **Accueil dans les CASO de patients qui auraient pu être pris en charge par l'hôpital. Patients :**
  - sortis de l'Hôpital hors des heures d'ouverture de la PASS et qui viennent chercher les médicaments prescrits à l'Hôpital et/ou pansements
  - qui n'ont pu être reçus dans les PASS
  - adressés par des Services hospitaliers pour lancer la procédure DASEM
  - ayant bénéficié de soins urgents hospitaliers sans droits ouverts (problème circulation information interne)
- » **Fermeture des PASS en période de vacances**



OF THE WORLD... MÉDECINS DU MONDE... OF THE WORLD... MÉDECINS DU MONDE...

## Propositions (1)

- » « Filtrer » plus efficacement les patients accueillis.
  - Faire face à l'↑ de la demande.
- » Conforter les interactions MdM / PASS
  - Limiter la « valse » des patients.



BY THE WORLD... LÉKÁRNÍK I KÁZÁN EN MÉDICO DEL MUNDO... MEDICINS DU MONDE

### Propositions (2)

- » Augmenter les moyens affectés aux PASS.
  - Corriger le ratio des patients pris en charge dans les PASS et les CASO, actuellement :

**1 (PASS) pour plus de 2 (CASO)**

Nombres de patients:

- Lyon 1100 (PASS) vs 2300 (MdM)
- Grenoble 500 (PASS) vs 1200 (MdM)



BY THE WORLD... LÉKÁRNÍK I KÁZÁN EN MÉDICO DEL MUNDO... MEDICINS DU MONDE

### Propositions (3)

- » Mieux organiser l'accueil des mineurs.
  - Ouvrir une PASS pédiatrique, ou accepter les enfants dans la PASS généraliste
- » Faciliter l'orientation vers les médecins de ville
  - Travailler ensemble pour un plaidoyer auprès de ces médecins
- » Mise en place de PASS dentaires



# Intervention de Christian Chevalier, Directeur CHRS Henri TARZE,

Directeur de 2010 à avril 2012 du Centre d'Accueil Intercommunal, établissement d'hébergement d'urgence de Grenoble.

## 1- L'Hébergement d'urgence sur Grenoble :

L'Hébergement d'Urgence un financement Etat : Etat DDCS pour le "droit commun" ; Etat Préfecture pour les "demandeurs d'asile".

Sur Grenoble 64 places permanentes toute l'année (pour "droits commun"), au "Centre d'Accueil Intercommunal", établissement géré par le CCAS de Grenoble.

Depuis septembre 2011 installation dans un bâtiment neuf pour un hébergement moderne à 80% en chambres individuelles. Une salle de nuit réservée à l'accueil des femmes victimes de violence.

Accueil de personnes majeurs avec ou sans enfants. Pas d'accueil des mineurs isolés. Hébergement + repas + petit déjeuner. Les hommes doivent quitter le centre en journée de 8h à 16h, sauf les week-ends.

Orientations par le 115 qui reçoit les appels des demandeurs et qui est informé au quotidien des places disponibles. Une maraude de nuit permet des interventions ciblées en lien avec 115.

En période hivernale, du 1er novembre au 31 mars, environ 200 places supplémentaires réparties dans différents locaux à travers l'agglomération et dans des hébergements mis à disposition par les communes, gérées par l'association l'AREPI et par des associations de bénévoles.

## 2- Le contexte de l'hébergement d'urgence 2010 / 2012

Depuis la fin 2009, un flux très fort de demandeurs d'asile. Environ 1200 personnes en 2010. Des ménages déboutés font des demandes de titres de séjour au titre de la santé, cela ne leur ouvre aucun droit à ressources et ils impactent l'hébergement d'urgence et des dispositifs annexes.

Textes de loi ambiguës et générateur de tensions : accueil inconditionnel ; principe de continuité. Parfois en conflit avec les règles de gestion des places (priorités aux demandeurs du territoire ; court séjour pour les "sans attaches ni racines" et les publics de l'errance psychiatrique etc.).

Conséquences : saturation du secteur de l'hébergement et augmentation de la durée de séjour (la moyenne est passée de 5/10 nuits à plus de 30 de nuits) ; taux d'orientation du 115 inférieur à 20% ; non recours ; développement d'habitats précaires ; dispositif hôtelier couteux, et en tension (780 personnes).

## 3- Contexte relatif aux questions de santé, de 2010 à 2012

Sur fond de stabilité de la présence d'un psychologue 2 soirs/semaine ; lien permanent satisfaisant avec la psychiatrie (Equipe Mobile Locale Psychiatrie Précarité), dont intervention d'un psychiatre en réunion d'équipe une fois par mois.

Concernant la santé somatique trois périodes particulières :

1- En 2010 : intervention 2 fois par semaine d'un médecin qui était également présent à la PASS et aux Lits Halte Soins Santé, plus des permanences infirmières 3 fois par semaine.

2- Fin 2010 : départ du médecin, intérim mais avec des périodes de vide, maintien d'un passage infirmier. Problèmes de financement. Suppression des permanences infirmières.

- 3- Fin 2011 : recrutement d'un infirmier à mi-temps.
- 4- Depuis l'entrée dans les nouveaux locaux, difficultés de coordination Urgence / Lits Halte Soins Santé

#### 4- Les enjeux "santé" en hébergement d'urgence

- Une part de population très fragile qui s'est éloignée des circuits de la santé : remettre en lien avec le soin
- Une part significative de personnes souffrants de troubles psychiques et/ou de pathologies mentales : repérer les personnes, faire le lien avec la psychiatrie pour prévenir les crises, orienter les personnes, informer le personnel sur la conduite à tenir
- Une part de population étrangère sans ressources / avec d'autres repères culturels / barrière de la langue
- Population à risque maladies contagieuses (tuberculose).
- Un accompagnement socio éducatif type urgence peu adapté à la prolongation des séjours et à un suivi approfondi des situations.

#### 5- Les besoins essentiels pour un bon fonctionnement

Un personnel santé, somatique et psychique, régulièrement présent :

- stable, pour bien intégrer la complexité et les limites de chacun
- présent aux heures de présence des usagers,
- motivé par "l'aller vers" en direction de publics fragiles et désocialisés,
- capable d'intervenir pour la bobologie, la gestion des traitements, le repérage des situations à risque
- capable de faire le lien avec les équipes médicales, pour obtenir les informations nécessaires et coordonner les interventions,
- capable de transmettre aux équipes les connaissances nécessaires sur la gestion des risques (maladies contagieuses ; troubles du comportement).

#### 6- Une question particulièrement délicate

Comment, dans le contexte difficile évoqué plus haut, gérer la fluidité, les fins de prise en charge, en intégrant la composante santé ?



## Accompagner les femmes enceintes de la communauté rom

Roms Action est une association de médiation et accompagne les familles roms ressortissantes de l'UE, principalement d'origine Roumanie sur l'agglomération grenobloise depuis 2003.

Nos actions permanentes sont constituées de visites régulières des lieux de vie donc des terrains et squats, des entretiens individuels, des groupes de paroles, des suivis/accompagnements de santé, sociale et scolaire. Actuellement, on compte une dizaine de lieux de vie sur l'agglomération grenobloise avec 130 familles, soit 450 personnes, dont la moitié d'enfants. Ces lieux sont très divers par la taille des groupes familiaux, les régions d'origine. Ils sont sans accès à l'eau ni d'électricité, pas de possibilité de ramassage d'ordure. Il y a de plus en plus de squats et de moins en moins de terrains, de campements qui sont recentrés sur Grenoble suite aux nombreuses expulsions dans des communes avoisinantes.

### **Le suivi de santé et médiation sanitaire est constitué de :**

Accompagnements de santé (CHU, Centre Départemental de Santé, PF) Ateliers femmes au Planning Familial de Grenoble depuis 2010 – groupe constitué de 9 femmes avec l'objectif de produire un petit livret d'information pour les ados et former les femmes à devenir des femmes relais dans la sensibilisation. Un groupe homme commencera prochainement.

Un atelier femmes et un atelier de filles adolescentes au Centre de Planification Familial de Meylan – groupes de 5 à 8 personnes, lieu de parole, d'information, sensibilisation, prévention.

---

<sup>1</sup> Anita Nagy, actuellement référent du Dispositif d'Insertion Rom UE, chargée de terrain et de santé avec des tâches de médiation socioculturelles et sanitaires à Roms Action entre 2010-2012. Assistante sociale par sa formation, maître en Santé mentale et en sociologie. Membre et fondatrice du groupe de travail ROMED sur l'agglomération grenobloise.

## Projets à venir

Diagnostic santé en partenariat avec Médecins du Monde afin de connaître la situation sanitaire des personnes, l'état des lieux des terrains, l'accès aux soins et les vaccinations des enfants, maladies chroniques etc.

**Médiation sanitaire** avec l'objectif d'améliorer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention et de faciliter les relations entre professionnels et usagers, favoriser l'autonomie dans les démarches. Les salariées de l'association ont été formées à Strasbourg dans une formation appelée ROMED, organisée par le Conseil de l'Europe. Il y a 1000 médiateurs qui ont été formé avec ce programme qui est intervenu dans 20 pays.

Pourquoi la médiation :

*« Il montre l'état de son corps. L'obstacle que représente la langue le fait se sentir impuissant face à la nécessité d'une écoute compréhensive de ses malheurs. Mais même si nous partageons la même langue, ça serait insuffisant pour l'aider à rendre compte de la profondeur de sa désolation. La condition de l'immigré pauvre se réduit dans le contexte contemporain à la reconnaissance de sa vie comme phénomène biologique soutenue par une logique humanitaire qui s'occupera de son corps malade en lui fournissant des soins, tandis que son histoire sociopolitique et économique n'est presque pas prise en compte ».* Claudia Girola<sup>2</sup>

### Médiation sanitaire et accompagnement des femmes enceintes

**Pourquoi ce sujet ?** Dans les conditions de vie de grande précarité où les personnes vivent au jour le jour, les questions liées à la santé ne sont pas prioritaires. Il y a peu de prévention et beaucoup d'urgence médicale. Les familles qui ont un minimum de stabilité entre les expulsions commencent à connaître les réseaux sanitaires et à se faire soigner petit à petit. Par manque de connaissance des méthodes de contraception les femmes sont souvent enceintes. Elles demandent toujours une échographie mais sans suivi de grossesse, surtout une échographie pour connaître le sexe du bébé. Pour cela, l'échographie du premier trimestre leur semble inutile, c'est incompréhensible. C'est une des explications de leur arrivée dans les services dans un état de grossesse avancé. Cela nécessite beaucoup de temps, de patience, pour leur expliquer que l'échographie est d'abord un acte médical, un contrôle, pour expliquer le fonctionnement des différents services médicaux puis expliquer

<sup>2</sup> Girola Claudia est anthropologue, maître de conférences en sociologie à l'université Paris-Diderot et membre du Centre de sociologie des pratiques et des représentations politiques (CSPRP). Elle s'intéresse aux logiques d'action, territorialités et dynamiques identitaires dans des contextes de pauvreté urbaine extrême, en France et en Argentine.

aux services également la vision de ces femmes, leurs conditions de vie. On voit donc bien que tout cela dépasse largement les rôles d'interprétariat.

La grossesse est un moment de vulnérabilité pour les femmes y compris les femmes roms du fait de leur état physique et psychologique. La femme doit donc être accompagnée pendant cette période par ses proches et des professionnels afin d'assurer tant que possible un cadre rassurant et offrant un minimum de sécurité du point de vue médical. Pour les femmes roms la grossesse est très naturalisée.

Lors d'une consultation gynécologique et d'échographie de grossesse, il est important que la patiente soit accompagnée et soutenue par une personne de confiance, personne de ressource pour expliquer les buts de la consultation et de l'examen échographique. Dans le cas de l'échographie par exemple, les annonces peuvent aller de la simple explication de la position du fœtus, de la révélation du sexe fœtal jusqu'à l'annonce d'une anomalie ou d'un doute. La mal compréhension d'une suspicion d'anomalie peut aussi s'avérer être dangereuse pour la mère. A la sortie de l'examen échographique peut être nécessaire une hospitalisation, la réalisation d'examens complémentaires (prises de sang, scanner, IRM, monitoring fœtal...). En cas de non réalisation de ceux-ci cela peut aller jusqu'à la mise en danger de la vie de la mère et/ou du l'enfant. Dans cette situation de consultation d'échographie de grossesse, la personne accompagnant la patiente et lui permettant de traduire le déroulement de l'examen dans sa langue aura donc un rôle bien plus important que de simple traducteur.

Des explications avant la naissance sur un problème dont l'enfant sera porteur sont souvent primordiales pour une bonne prise en charge médicale dès la naissance, une préparation psychologique des parents sur ce qui les attend en termes d'investissements pour accompagner leur enfant. Des fois le simple fait que l'enfant soit une fille, peut perturber les familles également, là aussi la sensibilisation avant la naissance est primordiale.

Le suivi de grossesse par Roms Action veut donc dire : prise de RDV au Centre Départementale de Santé ou à l'hôpital, échographie, laboratoire d'analyses, transmission des RDV, assurer la présence au RDV, traduction, écoute et échanges, veille sur les prochains RDV.

On voit bien l'important travail en collaboration avec les différents services pour remplir cette mission. Tout d'abord le travail en lien avec la PASS où toutes les demandes d'AME arrivées et le travail de l'assistant social qui complète, constitue les dossiers très complexes demandés par la sécurité sociale, qui les suit, qui fait le lien entre les associations de domiciliation et de médiation. C'est la PASS également qui accueille les personnes qui n'ont pas encore fait la demande d'AME, et n'ont donc pas d'assurance maladie, qui leur permet d'avoir leurs médicaments sans interruption dans le cas de maladies chroniques. Grâce à ce travail immense et indispensable le travail d'accompagnement de l'association est beaucoup facilité.

Pour l'accès aux droits, il y a des collaborations également avec Médecins du Monde et le Centre Départemental de Santé. C'est MDM qui accueille les familles avec enfants pour premiers soins et constitution du dossier d'AME. Le CDS, au delà de la prévention par les consultations gynécologiques et les méthodes de contraception prises en charge par le CGI,

fait le suivi de grossesse des femmes et constitue aussi les dossiers d'AME si besoin. Pour les échographies il y a de très bonnes collaborations également, prises en charge par le CGI.

Donc, au niveau de Roms Action, si on décortique un accompagnement, on constate qu'il y a tout d'abord tout un réseau qui s'active. Après, on voit qu'il y a toujours un temps préalable aux RDV. On doit prévenir la patiente (par visite sur les lieux de vie, ou par plusieurs coups de fils) et même aller la chercher sur le terrain, dans le squat pour assurer sa présence au RDV. Pendant l'accompagnement, on explique le fonctionnement du service et on fait la traduction. Souvent, il y a un temps important dans la salle d'attente où l'on peut avoir de belles discussions avec les personnes. Ces discussions continuent en général après le RDV.

Normalement, dans l'accompagnement des femmes enceintes il ne devrait pas y avoir de freins.

- **Sauf** que dans l'hôpital public il y a des sages femmes libérales...donc pas de prise en charge s'il n'y a pas d'AME au minimum. Ces SF ne sont pas bien informées..., ni les secrétaires, qui devraient prévenir les femmes ou les accompagnateurs !!
- Il y a des difficultés de communication car le personnel « tourne »

D'où l'intérêt d'organiser des réunions d'information entre le personnel hospitalier et les accompagnants, sur la population rom et sur le travail de Roms Action. Ces informations, échanges débloquent souvent les problèmes de relations.

- Ex. rencontre dans les centres sociaux.
- Cela permet de mieux se comprendre et mieux travailler ensemble
- Sinon, on continue à avoir des incompréhensions dans les deux sens. Comment arrive-t-on à surmonter les problèmes (peurs etc) Roms = gens différents qu'on ne comprend pas, on a des à priori. Ce n'est pas qu'un problème de langue. Il y a souvent une surcharge de travail réciproque.

On a organisé des réunions avec les chefs de service, mais cela n'a pas résolu les problèmes – il y a souvent des problèmes d'intercommunication. Dans le cas des centres sociaux on a également rencontré les AS qui vont effectivement rencontrer et suivre le public.

Mais le suivi des femmes enceintes ne s'arrête pas à la porte de l'hôpital, il y a tout un suivi pour la préparation de leur sortie et l'après sortie. Ce travail est fait par le service social de la Maternité avec qui on est en lien également. Les assistantes sociales s'assurent toujours des conditions de vie des personnes et s'il n'y a pas d'eau ou si le squat/terrain n'est pas considéré comme viable elles font des demandes d'hébergement à l'hôtel. C'est la seule solution, option, qui n'est pas toujours adaptée, car la chambre d'hôtel n'est que pour la mère et le bébé, et souvent les familles sont nombreuses...et préfèrent rester ensemble, il n'y a pas de possibilité de cuisiner etc. C'est également les AS qui assurent un minimum de choses pour le bébé, en lien avec les associations caritatives comme le Relais Bébé, des lits, couvertures, petits vêtements, couches, du lait etc, pour arriver à des conditions « moins pires ».

Après la sortie il y a un bon suivi postnatal par les puéricultrices qui vont même parfois au « domicile » des femmes. Pour les consultations infantiles, selon les secteurs, chaque

équipe, chaque professionnel essaie de répondre au mieux. Il y a même une plage de consultation de PMI supplémentaire mensuelle d'une demi-journée qui a été mise en place à Saint Martin d' Hères spécifiquement pour ce public.

Donc, on peut voir comme chaque structure prend en charge un morceau de cet accompagnement complexe, sans lequel cela serait impossible ou inefficace.

**Le travail en partenariat est donc essentiel.**

---

## **Intervention de Candice MENGUE, association Point d'eau.**

### **Le rôle des accueils de jour comme Point d'Eau dans la mise en lien avec la santé des personnes en situations de précarités.**

#### **1- DESCRIPTION DE POINT D'EAU ET LIEN AVEC LA SANTE**

POINT D'EAU, association loi 1901, a été créée en 1993 ; Elle fait partie du réseau des Boutiques Solidarité de la Fondation Abbé Pierre.

Les locaux de l'association sont situés près du centre ville de Grenoble, dans le quartier de l'Île Verte.

**C'est un accueil de jour pour personnes en grande précarité sociale et / ou sans domicile fixe. POINT D'EAU est à la fois un lieu de vie et d'accueil où sont proposés des services d'hygiène.**

L'accueil est réalisé par des bénévoles et des salariés éducateurs spécialisés.

Les personnes accueillies à POINT D'EAU peuvent prendre une douche tous les jours, faire des lessives en machine une fois par semaine, repasser leur linge, déposer des affaires dans la bagagerie, recevoir leur courrier, accéder au téléphone, ..., tous ces services sont gratuits.

Ce sont des bénévoles qui ont la charge de faire fonctionner et de gérer les services. Ils sont au minimum deux par demi-journée d'ouverture.



A partir de ces services vitaux, POINT D'EAU se veut être un espace de vie. Un espace d'accueil où chacun peut venir se poser, se reposer, être accueilli et reconnu, avec ou sans demande. Les locaux sont organisés pour proposer plusieurs petits espaces propices à la convivialité et à l'échange.

La mission initiale de POINT D'EAU est de répondre à un besoin primordial et vital qui permet aux accueillis d'accéder à l'hygiène et donc de pouvoir s'occuper de leur corps.

La seconde mission indissociable concerne le lien à autrui avec un lieu ouvert à la parole, à la culture, à la rencontre et aux échanges.

**Car la réappropriation de son corps au travers des soins liés à l'hygiène physique est nécessaire mais pas suffisante pour permettre à une personne de maintenir ou de rétablir l'estime d'elle-même, problématique principalement rencontrée chez les personnes en situation précaire. Il y a donc nécessité à intervenir à un niveau plus psychologique.**

**En 2011 La Boutique Solidarité de la Fondation Abbé Pierre de Grenoble « POINT D'EAU » a accueilli 1115 personnes différentes pour 20 902 passages sur 354 permanences en offrant 8 701 douches et 2023 lessives.**

## **2- TRAVAIL DE MISE EN LIEN AVEC LA SANTE**

Le rapport au soin n'est pas une évidence pour des personnes en situation de précarité, en situation de survie. La fuite des soins, la négation de la douleur, l'appréhension du milieu médicale, la perte de la carte vitale ... sont autant d'éléments qui peuvent argumenter un non recours au soin, nous le constatons tous les jours.

Nous entendons par accès au soin, le soin dit « physique » et le soin dit « psychologique ». Je vais dissocier les deux dans mon intervention même si nous savons que dans la réalité tout est lié.

A Point d'Eau nous travaillons sur l'accès aux soins par le développement d'un partenariat sous différentes formes.

### **L'orientation à l'extérieur de Point d'Eau :**

Les soins « physiques » :

Constatant qu'il est difficile pour la majorité des accueillis d'aller vers les structures de soin « classique », nous les orientons dans un premier temps vers des structures qui connaissent le public. Nous pouvons citer le PASS et médecin du monde qui ont à la fois un suivi médicale et sociale dans leur locaux, lieux qui deviennent des repères pour ces personnes.

Nous pouvons aussi citer les soins de soins auprès des antennes quartiers auprès de qui peuvent être orienté certains accueillis qui y ont leurs repères.

Nous privilégions un travail en réseau simplifié par une mise en lien rapide et rassurant pour une première rencontre : nous pouvons faciliter ces liens avec un appel téléphonique avant que la personne se présente sur le lieu.

### L'accès aux soins dans Point d'Eau :

Les partenaires et nous même ayant observé que les accueillis ne vous pas d'emblé vers les structures de soins, il nous a semblé pertinent d'inviter les acteurs de santé dans les permanences d'ouvertures de Point d'Eau.

- A niveau des soins dit « psychologiques », nous accueillons l'ELMPP. Il s'agit pour cette équipe d'infirmière en psychiatrie, d'être en immersion, auprès des accueillis afin restaurer un lien et petit à petit de renouer ou d'organiser une prise en charge de soin à l'extérieur (suivit CMP, rendez vous avec un psychiatre ...). Une psychologue de l'ELMPP vient également à la rentre des accueillis une foi par semaine, le jeudi matin.
- Au niveau des soins « physiques »

**L'association AIDE** vient régulièrement le mardi afin d'être disponible et ouvert à la question relative aux addictions. Nous pensons que la prévention fait aussi partie de la santé.

Nous invitons régulièrement le **service des vaccination de Grenoble** pour des compagne de vaccinations ( DTpolio, hépatite B, grippe ). Cela permet aux accueillis de rencontrer un médecin à Point d'Eau, sur leur lieu repère. Le vaccin peut devenir un prétexte pour rencontrer le médecin.

**Une assistante dentaire** vient de temps en temps afin de faire de la prévention. Bien souvent, elle constate que les accueillis n'ont pas d'assurance maladie et ne peuvent donc pas se soigner. Ce moyen de repérage est important puisque nous pouvons par la suite orienter les personnes à médecin du monde ou au PASS afin d'organiser une prise en charge médicale.

Réflexologie plantaire : moment de détente autour des « malaises du pieds » et du corps en général. Proposition d'un moment de détente (pas de soin) et nous partons du principe que la détente fait partie du bien être et du « prendre soi » (« take care »).

Point d'Eau est un lieu qui doit garantir la pérennité d'un accès au soin lors des permanences et dans la manière d'orienter les personnes. Cela demande une régularité des liens entre partenaires.

Le 115 est une instance bienveillante quant aux conditions de vie et de santé des personnes à la rue. Des concertations sont organisées autour de certaines situations afin que les acteurs sociaux et para médicaux puissent trouver ensemble un accompagnement approprié.

Cas particuliers : Nous axons notre travail en concertation avec des partenaires sous un regard croisé afin de mutualiser nos connaissances, nos pratiques et afin d'avoir un regard critique et objectif sur la situation et la solution envisagées.

Exemple de Franz et autres ...

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 cherche à garantir sur l'ensemble du territoire français l'accès de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la justice et de la protection de la santé, de la famille et de l'enfance.

La mise en place des PASS - Permanences d'Accès Aux Soins de Santé-est une des réponses opérationnelles à cette loi dans le domaine de la protection de la



santé et s'inscrit maintenant dans le cadre des missions de santé Publique portées par l'ARS- Agence Régionale de la Santé- depuis sa création en 2009.

La PASS doit faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité et les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

34 établissements de santé dispose d'une PASS sur le territoire Rhône-Alpin, les premières ayant démarrées leur activité au début des années 2000.

A ces dispositifs PASS, il est important d'ajouter la création plus récente de PASS PSY et d'EMPP : aujourd'hui sur R.A. il existe 6 PASS PSY(6) et 9 EMPP.

L'activité des PASS a été soutenue et mise en valeur sur notre territoire par l'engagement des professionnels au sein d'une association qu'ils ont créées en 2005 : l'APPASSRA. Depuis cette création, des journées régionales comme celle d'aujourd'hui sont organisées et permettent un échange de savoirs et une meilleure connaissance et reconnaissance de ce dispositif à l'intérieur de l'hôpital mais aussi à l'extérieur.

La création d'un poste de coordination des PASS, rattaché à un établissement de santé et missionné par l'ARS pour soutenir, coordonner et mettre en valeurs les activités et actions des PASS est un engagement fort de l'ARS en direction des PASS. C'est une reconnaissance de leur pertinence et de leur performance en matière de lutte contre les exclusions de santé.

La PASS est une passerelle entre le dedans et le dehors de l'hôpital, une porte d'entrée pour les premiers soins et pour l'aide dans les démarches souvent longues et fastidieuses de reconnaissance des droits des publics les plus en difficultés en raison de leurs difficulté s d'intégration sociale liée à de multiples handicaps (sociaux , économiques , culturels, migratoires...).

La PASS, au-delà d'un service hospitalier, c'est d'abord des professionnels de formations initiales différentes qui ont choisi de s'inscrire dans une pratique le leur art qui peut et qui doit leur permettre de dépasser leur champ clinique propre afin de s'ouvrir sur celui de l'autre. Il s'agit de construire une culture commune permettant d'apporter une réponse globale à des problématiques d'individus confrontés à des situations de plus en plus complexes et invalidantes.

Jean Furtos et Christian Laval que je me permets de citer l'ont bien compris, en avant-garde, lorsqu'ils ont créé dès 1993 l'ORSPERE, ORSPERE qui depuis est devenu l'ONSMP (l'Observatoire nationale des pratiques de santé mentale et précarité).

En 1994, ils organisaient déjà un colloque intitulé « Disqualification et Psychopathologie ou devoirs et limites de la Psychiatrie Publique ». Leur pensée clinique associées à celle de beaucoup d'autres chercheurs et professionnels du terrain ont introduit les concepts de souffrance psychosociale et de précarité psychosociale et sont des apports non négligeables pour les pratiques de terrain, en face à face avec des personnes en mal de vivre.

Dans la recherche d'une clinique au plus juste des évolutions des problématiques psycho-sociales en lien avec la mondialisation, la perte des repères, la construction de nouvelles identités en cours, il est toujours pertinent d'aller sur le site de l'Orspère pour glaner de la pensée et de la réflexion afin d'enrichir sa pratique et de prendre du recul. De même qu'aujourd'hui, cette clinique s'est enrichie de celle développée par le Réseau SAMDARRA autour des problématiques spécifiques rencontrées par les publics migrants.

Identité spécifique donc de ce dispositif hospitalier PASS qui se nourrit de la réalité du terrain, des réseaux partenariaux, des publics rencontrés pour développer des outils et des pratiques qui doivent répondre au cahier des charges en matière d'accès aux soins et de suivi des soins en s'adaptant au plus juste au contexte socio-économique du territoire couvert. Cela afin d'éviter soit des doublons en matière de services soit des manques. D'où l'importance d'une articulation forte avec l'ensemble des services hospitaliers, la médecine de ville et avec les dispositifs extérieurs comme les ASV (Ateliers Santé Ville), les Conseils Locaux de Santé Mentaux, les mairies quand elles ont développé des actions spécifiques en matière de santé, les services de PMI etc.

D'où en parallèle l'importance que les hôpitaux dédient des personnels et des outils spécifiques et suffisants (au minima une équipe composée d'un temps plein de travailleur social et d'un temps médical) pour que les missions puissent être remplies dans des conditions viables à moyen et long terme.

J'aurai presque envie de dire que chaque PASS a une « âme » et c'est ce qui fait sa force. Tous ceux qui travaillent ou ont travaillé dans une PASS savent que l'accès aux soins et aux droits c'est aussi, surtout et en même temps pour la personne un accès à un accueil personnalisé dans une dimension de reconnaissance sociale et une restauration de son estime de soi, préalable indispensable pour engager des soins ; rapidement ou pas en fonction de la situation. La PASS doit être là pour donner envie aux gens de continuer à se battre pour retrouver leur dignité, trouver une place dans ce monde, pouvoir être traité avec respect, se sentir appartenir à un collectif, à une société par une aide à l'ouverture des droits sociaux ; quel que soit son parcours, son histoire de vie, ses fragilités et handicaps.

Etre reconnu dans sa singularité et bénéficier des soins que son état de santé nécessite.

Etre pris en charge dans le respect et la dignité de sa personne.

C'est pourquoi je pense important d'attacher une importance particulière à la qualité de l'accueil dans ces dispositifs et donc aussi aux moyens mis en place par l'établissement pour l'assurer et d'accompagner les professionnels qui en ont besoin à se former pour soutenir des relations qui peuvent être au départ parfois difficiles et déstabilisantes. Se former dans une approche à dimension psycho-sociale, culturelle, économique et politique.

Ces propos et positions n'ont pas une dimension uniquement humaniste mais ils sont pragmatiques et me semble-t-il bénéfiques à tous car en matière de santé publique, il vaut mieux prévenir que guérir. La prévention n'a pas toujours bonne presse ; on a encore du mal à en évaluer le rapport coût-bénéfice (d'ailleurs souvent par manque de moyens mis pour faire des études) mais les praticiens des PASS sont convaincus que prendre soin des gens, cela coûte moins cher au portefeuille de l'Etat et cela fait moins de dégâts au niveau humain. Aujourd'hui les indicateurs montrent une recrudescence des maladies comme la tuberculose, les infections transmises lors des

rapports sexuels dont la syphilis. Cette dernière avait quasiment disparue en France dans les années 90 refait parlé d'elle depuis les années 2000.

Ces maladies touchent particulièrement les populations les plus vulnérables dont les publics en situation de précarité sociale et d'exclusion.

En France encore peu d'étude sur les couts/ bénéfices des politique de santé publique sont faites mais dans l'état fédéral allemand où elles existent, elles montrent un rapport favorable en terme de cout à une politique de prévention en matière de santé publique. Il n'y a pas de raison pour que les choses en soit autrement en France compte tenu des similitudes dans nos modes de vie et dans l'organisation de nos politiques. Néanmoins la HAS (Haute Autorité de Santé) commence à en développer.

## Conclusion de la journée par le Dr Bruno de Goër

Il s'agissait donc de la 7<sup>ème</sup> rencontre régionale des PASS. A la vue du monde présent, on remarque le succès de ces journées, qui répondent donc à un besoin. On peut remercier très chaleureusement l'équipe de la PASS de Grenoble, ainsi que le service social du CHU qui s'est mobilisé pour la réussite de cette journée.

On a vu aujourd'hui la complexité de la précarité et des réponses. Nous avons entendu de nombreux apports de médecins, d'assistants sociaux, d'éducateurs, de cadres, de contrôleurs de gestion, et même ... d'un sociologue.

Il y a eu quelques propositions, par exemple celles de Médecins du monde.

Il manque peut être quelques apports fondamentaux. Non pas le point de vue, mais bien l'expertise, des publics accueillis. Les publics accueillis dans les PASS, mais également les personnes en grandes difficultés qui ne fréquentent pas les PASS : ce serait aussi intéressant de savoir pourquoi elles ne les utilisent pas.

Et si on faisait un pari ?

Une journée centrée sur ce que peuvent apporter les personnes en grandes difficultés sociales. On prend l'exemple cité dans la dernière table ronde concernant 25 personnes qui débarquent dans un service. Pourquoi 25 personnes ? Cela a été vécu comme un manque de respect. Peut-être y a-t-il d'autres logiques, par exemple : la peur de la maladie ? Ou dans un système communautaire lorsqu'une personne est malade, tous se sentent malades ? Ou l'absence de confiance dans le service ? Ou .... ? S'il existe des apports universitaires permettant de mieux comprendre ce type de comportements, il serait particulièrement éclairant de travailler cela avec les publics eux-mêmes.

L'APPASSRA lance ce défi. Cela nécessite que l'on se mette à travailler avec ces publics sur ces questions de santé et de dispositifs.

Et comme l'APPASSRA voit grand, elle a accepté la proposition d'organiser le 3<sup>ème</sup> Colloque National des PASS en 2014. La 8<sup>ème</sup> Journée Régionale sera donc élargie à une dimension nationale.

En 2004, ce fut la première Rencontre Régionale à Chambéry. En 2014, nous fêterons donc les 10 ans, avec l'apport des publics concernés. Le tout avec une vue nationale.

A l'APPASSRA et à Chambéry, on aime bien l'utopie. C'est ce qui permet d'avancer. Alors, nous nous donnons rendez-vous dans 18 mois dans le département voisin de la Savoie.