



croix-rouge française

PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS



PACTE POUR LA SANTÉ GLOBALE DES PLUS VULNÉRABLES

RAPPORT 2016

PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS



SOMMAIRE

PREMIÈRE PARTIE - La vision Croix-Rouge de la santé et des difficultés d'accès à la santé	2
La santé pour tous : une utopie contemporaine?	5
Des inégalités sociales de santé persistantes	6
Les obstacles de l'accès à la santé.....	8
La Croix-Rouge française, un acteur de santé témoin de toutes les vulnérabilités.....	9
DEUXIÈME PARTIE - Observer, témoigner pour innover : la Croix-Rouge française au cœur des parcours de vie ...	12
Parcours n° 1: Une précarité « soudaine, brutale mais temporaire »	14
Parcours n° 2: Une précarité « installée »	20
Parcours n° 3: Une précarité « héritée »	24
Parcours n° 4: Les « déracinés »	30
Parcours n° 5: Les « invisibles »	36
TROISIÈME PARTIE - Les leviers de l'accès à la santé : nos engagements et nos recommandations	42
Nos constats	44
La Croix-Rouge française renforce son engagement	45
Nos recommandations	48
ANNEXES	
Chronologie des réformes d'accès à la santé	50
Glossaire	51
Bibliographie.....	52

PRÉFACE

Chaque jour, les équipes de la Croix-Rouge française agissent aux côtés des plus fragiles, laissés pour compte d'une société consumériste où la solidarité ne semble plus faire recette. Salariés et bénévoles assistent ainsi à la détresse quotidienne de celles et ceux qui ne parviennent plus à satisfaire leurs besoins essentiels – se nourrir, se vêtir, se loger, se chauffer... Or on le sait, la précarité, quel que soit son visage, est toujours synonyme de difficultés, voire de renoncement d'accès aux soins. Personnes sans-abri, migrants, familles monoparentales, personnes isolées, malades ou handicapées... pour toutes ces personnes vulnérables, prendre soin de soi est devenu une véritable gageure.

Dans ce contexte alarmant, les inégalités sociales qui se creusent, le désengagement progressif de l'État et les nombreux freins d'accès à la santé, qu'ils soient économiques, géographiques ou psychologiques, nous confrontent à des défis de taille. Des défis, il faut le reconnaître, que la Croix-Rouge française n'a pas toujours pu relever. En cause, un manque de moyens humains et financiers, un manque d'anticipation aussi parfois, malgré les nombreuses innovations sanitaires et sociales que notre association a pourtant impulsées au cours de son histoire.

Aujourd'hui, notre rôle et nos responsabilités sont plus importants que jamais. Nous devons nous remettre en question, aller encore plus loin dans l'efficacité et la cohérence des réponses que nous proposons à ceux qui ont besoin de nous.

Face à l'urgence de la situation, la Croix-Rouge française intensifie ses efforts. À ce titre notamment, elle a d'ores et déjà adopté une nouvelle stratégie pour privilégier le lien social et la proximité, aller vers les bénéficiaires en développant des dispositifs mobiles, mettre l'innovation au cœur de ses pratiques, diversifier les modalités d'accompagnement en s'adaptant aux spécificités de chaque territoire. Autant de moyens que nous allons mettre en œuvre pour faire de chaque action Croix-Rouge une porte d'entrée vers l'accès à la santé.

Mais il est évident que nous ne parviendrons pas à concrétiser cette ambition seuls : il nous faut travailler en partenariat avec l'ensemble des acteurs concernés – pouvoirs publics, structures de santé, associations, entreprises... – et relever ce défi de façon collective.

À travers ce rapport, nous avons voulu témoigner, alerter, proposer des pistes de réflexion car, nous en sommes convaincus, cette situation n'est pas une fatalité ! En abordant chaque personne avec bienveillance, dans la singularité de son parcours de vie, en lui proposant un accompagnement global et adapté à ses besoins, nous permettrons aux personnes vulnérables de (re)devenir autonomes et actrices de leur propre santé.

Il y a près de 160 ans, sur un champ de bataille, Henry Dunant posait l'acte fondateur de ce qui allait devenir le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. En décidant, avec l'aide de volontaires, d'aller porter secours aux soldats blessés sans distinction de camp, il érigeait l'humanité et l'impartialité en principes suprêmes. Des idéaux humanistes dont se revendique plus que jamais la Croix-Rouge française, qui entend porter haut et fort sa vision d'une société solidaire et citoyenne !

Professeur Jean-Jacques Eledjam
Président de la Croix-Rouge française

**LA VISION
CROIX-ROUGE DE LA SANTÉ
ET DES DIFFICULTÉS
D'ACCÈS À LA SANTÉ**





« *L'avenir n'est interdit à personne* »,
c'est dans bien d'autres
circonstances que Léon Gambetta
avait prononcé ces mots. Pourtant,
ils résonnent particulièrement bien
avec notre propos : **faire en sorte
que la santé, ce bien commun, soit
mis à la portée de chacun.**

Nos actions sont tournées vers cet
objectif de « santé pour tous » avec
ce qu'il porte d'utopie comme
d'espérance.



La santé pour tous: une utopie contemporaine ?

La notion de « bonne santé » a longtemps été perçue comme étant l'absence de maladie ou d'infirmité. Mais il faut attendre la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour considérer la santé comme « *un état de bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence d'infirmité ou de maladie* ». Cette définition, établie au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, sera complétée en 1986 par le concept de « promotion de la santé » qui figure dans la Charte d'Ottawa (OMS) mentionnant que: « *La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé: elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé; son ambition est le bien-être complet de l'individu.* »

Pour parvenir à cet **état de complet bien-être**, l'individu doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et s'adapter à son environnement. Dans cette optique, la santé ne constitue plus le but de l'existence: elle devient une ressource de la vie quotidienne, **un concept positif qui met l'accent sur les ressources sociales et personnelles, ainsi que sur les capacités physiques, mentales et sociétales de la personne.**

La santé se mesure donc à l'aune de plusieurs facteurs déterminants. Ces derniers relèvent à la fois des comportements individuels (l'alimentation, la consommation de tabac, l'observance...) mais également de l'environnement général de la personne (la pollution, le logement, l'éducation...) et des politiques publiques mises en place.

On comprend dès lors que **l'accès à la santé va bien au-delà de la simple question de l'accès aux soins.** Ainsi, pour améliorer l'accès à la santé, **il faut agir sur les déterminants** de celle-ci, en gardant toutefois à l'esprit qu'il n'existe pas d'égalité des individus en la matière.

Cet objectif peut certes paraître très ambitieux, il n'en reste pas moins le moteur central de nombreuses missions menées par les acteurs des secteurs sanitaire et social. Le fait est d'autant plus prégnant lorsqu'il s'agit d'acteurs associatifs en capacité de proposer plusieurs domaines d'intervention complémentaires, ancrés dans une histoire forte de l'aide d'urgence et de l'accompagnement sur la durée. La Croix-Rouge française en est un exemple, avec des racines qui remontent au milieu du XIX^e siècle.

LA CROIX-ROUGE FRANÇAISE: UNE HISTOIRE AU SERVICE DES INNOVATIONS SANITAIRES ET SOCIALES

Dès 1877, la Croix-Rouge française crée l'École des ambulancières et garde-malades, l'une des premières écoles gratuites et laïques pour les infirmières en France. Un an plus tard, l'association est missionnée par décret pour soutenir le Service de santé des armées en cas de guerre. Son rôle: préparer des hôpitaux auxiliaires et former des infirmières au sein de ses comités.

La formation infirmière se structure avec la création, en 1899, du premier dispensaire-école. À la veille de la Première Guerre mondiale, on en compte près de 70 sur le territoire, alliant soins aux populations et formation du personnel sanitaire. En 1919, l'association se voit attribuer une mission sanitaire et sociale auprès de la population civile, par le biais de dispensaires spécialisés, notamment dans la lutte contre la tuberculose et la mortalité infantile.

En 1922, la profession d'infirmière est enfin reconnue par l'État, avec la création d'un diplôme officiel que les écoles Croix-Rouge sont habilitées à délivrer. Il en sera de même en 1932 avec la création du diplôme d'État d'assistante sociale, métier que l'association a contribué à développer.

Dès lors, la Croix-Rouge française ne cessera d'être précurseur et d'innover, partout où des réponses nouvelles et complémentaires seront nécessaires.

2016 : L'INNOVATION CONTINUE

Lancé en 2016, le projet +Hand.e-Way, résolument collaboratif et innovant, se base sur le concept de pair-émulation. Le projet est né de la rencontre de professionnels du secteur médico-social et de jeunes en situation de handicap, leur objectif étant de compléter les dispositifs mis en place par les pouvoirs publics, afin d'aider leurs pairs au quotidien, dans leur parcours de vie, y compris dans leurs démarches de santé. Le projet se traduit par la création d'une plateforme web collaborative initiée au sein de la Croix-Rouge française et qui s'appuie sur l'échange d'expériences et de savoir-faire.

Des inégalités sociales de santé persistantes

Même si globalement, **l'état de santé de la population française ne cesse de s'améliorer depuis un quart de siècle** (les hommes de 35 ans ont gagné cinq années d'espérance de vie et les femmes quatre années et demie ¹), force est de constater que tout le monde ne bénéficie pas de ces progrès de manière homogène.

La notion d'inégalité sociale en santé, qui se définit comme la relation entre la santé et l'appartenance sociale, montre comment **les inégalités sociales peuvent se transformer en inégalités de santé**. Lorsque l'on souhaite travailler sur la réduction des inégalités en santé, il est donc essentiel de regarder au-delà de l'état de santé moyen et d'agir, non pas seulement sur les inégalités dans le système de santé, mais aussi en amont (logement, éducation, travail, urbanisation).

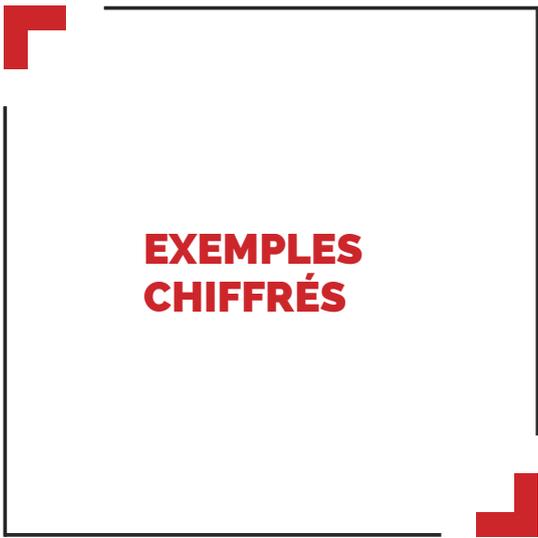
Parmi les principales inégalités sociales en santé, on retrouve **les inégalités entre les catégories socio-professionnelles, les inégalités de territoire** (inégalités spatiales) mais aussi les **inégalités hommes / femmes**. Par exemple, les écarts d'espérance de vie entre les cadres et les ouvriers se sont maintenus : ainsi les hommes cadres vivent en moyenne 6,3 ans de plus que les hommes ouvriers ². On l'aura compris, de la même façon que la santé ne se résume pas aux soins, **l'amélioration de la santé se joue avant tout sur les conditions de vie**.

LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

« Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local. Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est-à-dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde. »
(OMS, 2008)

1. Blanpain Nathalie, *L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent*, division Enquêtes et études démographiques, Insee N° 1372, octobre 2011.

2. *Ibidem*.



EXEMPLES CHIFFRÉS

- > La santé bucco-dentaire illustre particulièrement bien l'impact du facteur socio-professionnel sur la santé, et ce dès l'enfance. En CM2, 53 % des enfants d'ouvriers ont au moins une dent cariée, contre 26 % des enfants de cadres. Les enfants les plus touchés sont aussi, malheureusement, ceux qui consultent le moins: en classe de 3^e, les enfants d'ouvriers sont trois fois moins soignés que ceux des cadres.
- > D'après l'Enquête Santé et protection sociale 2012, environ 40 % des adultes pratiquent un sport pendant au moins 10 minutes chaque semaine. Mais l'activité physique régulière reste plus fréquente chez les personnes à haut revenu et /ou de catégorie socio-professionnelle élevée: elle ne concerne que 27 % des ouvriers non qualifiés, contre 54 % des cadres et professions intellectuelles.
- > Les inégalités présentes à la naissance se creusent durant l'enfance. L'enquête sur la santé, menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en grande section de maternelle à l'occasion du bilan obligatoire, montre particulièrement bien les fortes inégalités sociales entre les enfants, avant l'entrée à l'école élémentaire. Ainsi, à l'âge de 6 ans, les enfants ayant un père ouvrier sont 16 % à présenter une surcharge pondérale, contre 7 % pour ceux ayant un père cadre.
- > Les bénéficiaires du RSA déclarent renoncer plus souvent à consulter un médecin ou à recevoir des soins dentaires pour des raisons financières: 18 % disent avoir renoncé à une consultation médicale au cours de l'année écoulée et 27 % à des soins dentaires, contre respectivement 4 % et 11 % parmi l'ensemble des 18-59 ans.

Les obstacles de l'accès à la santé

La Croix-Rouge française constate au quotidien que **les conditions et les événements de vie** des personnes influencent la façon dont elles vont percevoir leur santé, leurs besoins mais également leur recours aux soins. Souvent, les difficultés auxquelles elles sont confrontées pour satisfaire leurs besoins essentiels (se nourrir, se loger...) relèguent la santé au rang des préoccupations secondaires. Le **sentiment de dévalorisation** ou encore des expériences mal vécues avec le système de santé peuvent générer une absence de recours aux soins. Enfin, les **problèmes de compréhension** liés à des difficultés de lecture ou d'écriture rendent plus difficiles l'entrée et le maintien dans des démarches d'accès aux droits et aux soins.

À ces fragilités cumulées, vient souvent se greffer la **question économique**. La nécessaire avance des frais et le coût des soins génèrent des situations de renoncement chez une partie de la population, au premier rang desquels les plus démunis.

PROMOTION DE L'ACS À LA CROIX-ROUGE FRANÇAISE

L'Aide à la complémentaire santé (ACS), qui permet d'accéder à une mutuelle à moindre frais, n'est utilisée que par un peu plus d'un tiers des bénéficiaires potentiels. C'est bien peu au regard des conséquences de ce non-recours aux droits. Les personnes privées de mutuelle ont en effet tendance à recourir moins souvent aux soins ou trop tardivement, par peur notamment de devoir avancer les frais. En renonçant à l'ACS, elles se privent également d'autres droits qui y sont rattachés, comme l'accès aux tarifs sociaux sur l'énergie, la dispense de paiement des franchises médicales... Aussi est-ce tout naturellement qu'en 2015, la Croix-Rouge française s'est engagée aux côtés du Fonds pour la Couverture maladie universelle afin de relayer auprès de son réseau une campagne nationale visant à faire connaître ce dispositif au plus grand nombre de ses bénéficiaires.

Mais les personnes vulnérables sont également les premières victimes des **dysfonctionnements de notre système de santé**: 16 minutes, c'est le temps moyen estimé pour une consultation de diagnostic et de soins³ – trop peu, c'est certain, pour proposer une prise en charge adéquate à ces patients qui ont particulièrement besoin d'écoute. Les **pratiques décourageantes** vis-à-vis de cette patientèle fragile ne sont pas exceptionnelles: refus de soins, délais de rendez-vous volontairement longs, remarques sur le suivi du traitement lors des consultations... Les personnes précaires sont plus affectées par les inégalités observées sur leur territoire de résidence. Ces **inégalités territoriales ou spatiales de santé** renvoient aux différences de niveau de santé selon les territoires. Elles se vérifient à toutes les échelles: disparités entre centre-ville et périphérie, entre zone urbaine et zone rurale, entre quartiers favorisés et défavorisés. **Les territoires concentrant les populations les plus précaires sont souvent les territoires qui regroupent le moins de structures et de personnels de santé.**

3. Source Insitut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

La Croix-Rouge française, un acteur de santé témoin de toutes les formes de vulnérabilité

La Croix-Rouge française est le témoin direct de ces inégalités sociales de santé persistantes, du fait de son implication **au plus près des parcours de vie des personnes, à toutes les étapes de l'existence**. Elle bénéficie en outre d'un maillage territorial couvrant l'ensemble du pays, avec une présence dans chaque département, grâce à ses 1 000 unités et délégations ainsi que ses 600 établissements et services répartis au sein de sept filières (sanitaire, personnes âgées, handicap, domicile, lutte contre l'exclusion, enfance-famille et formation).

À travers ses activités sociales, sanitaires et médico-sociales, portées par ses équipes salariées et bénévoles, l'association accompagne des personnes en situation de grande précarité, voire d'exclusion. **Migrants, jeunes en décrochage scolaire, retraités modestes, travailleurs pauvres, parents isolés sans emploi, personnes sans domicile...** Tous sont, du fait de leur parcours de vie, en situation de vulnérabilité.

Le quotidien que nos équipes partagent avec les personnes accueillies à l'occasion, par exemple, d'une distribution alimentaire ou textile, a forgé en nous une conviction : **il est aujourd'hui primordial d'apporter une réponse personnalisée et systémique aux problématiques sociales afin d'améliorer l'état de santé des bénéficiaires.**

PAUVRETÉ, PRÉCARITÉ, EXCLUSION, VULNÉRABILITÉ : QUELLES RÉALITÉS ?

La pauvreté absolue ou grande pauvreté désigne une situation dans laquelle une personne ne dispose pas des biens de première nécessité qui lui permettent d'assurer sa survie. La pauvreté relative désigne une situation dans laquelle les revenus de la personne se situent bien en dessous du seuil de pauvreté défini par le pays.

La précarité renvoie à un ensemble de facteurs de risques et d'incertitudes sur l'emploi et les ressources, qui conduiraient à la pauvreté. Elle peut être envisagée à travers la notion d'insécurité ou, plus précisément, par l'absence simultanée de divers facteurs de stabilité, notamment dans les domaines du travail ou des conditions de logement. Ces fragilités sont susceptibles de toucher à toutes les dimensions explicatives de la pauvreté : emploi, ressources, situation familiale, logement, santé.

La notion d'exclusion fait quant à elle référence à l'ensemble des mécanismes de rupture, tant sur le plan symbolique (stigmates ou attributs négatifs) que sur le plan des relations sociales (rupture des différents liens sociaux). Il s'agit à la fois d'un processus et d'un état, consacrant un défaut d'intégration. Beaucoup de personnes reçues par la Croix-Rouge française se trouvent en situation d'exclusion. Il faut donc les accompagner à réintégrer les dispositifs de droit commun.

Enfin, la vulnérabilité découle de la situation de précarité ou d'exclusion sociale et renvoie à la notion de fragilité de l'existence humaine. La précarité et l'exclusion exposent les individus qui se retrouvent en situation de vulnérabilité dans les situations de la vie quotidienne.

Définitions conceptuelles élaborées à partir de sources ONPES.

Ainsi, à la Croix-Rouge française, c'est avec **une vision positive et globale** que nous abordons la santé. Depuis plus de 30 ans, nos bénévoles proposent des espaces ouverts à tous offrant **consultations médicales gratuites et orientation sociale : les Accueil santé social (AcSS)**. Lorsqu'on prend le temps de les écouter sur ces lieux d'accueil et de soins, les personnes que nous accompagnons illustrent, chacune à leur manière, les principaux freins à l'accès à la santé. Bien entendu, les difficultés financières arrivent souvent en bonne position (avance des frais de soins, difficulté à se nourrir...). Mais très vite, on comprend que le phénomène est plus complexe. Parfois, les personnes sont si isolées, enfermées dans leurs difficultés, que les besoins en soins disparaissent tout à fait de leurs préoccupations. Les avoir convaincues de venir consulter représente alors déjà un grand pas en avant pour nos bénévoles. Dans certains cas encore, les personnes ne se sentent à l'aise ni dans un cabinet médical de ville, si éloigné de leur univers de vie, ni dans une institution sociale. Pour d'autres enfin, les démarches administratives semblent hors de portée. Lorsqu'en plus, la langue fait barrage, le découragement peut prendre toute la place.

Pour objectiver ces propos, la Croix-Rouge française a réalisé en 2015 une enquête dans ses AcSS sur la situation des personnes accueillies, la perception qu'elles ont de leur santé et leur accès aux soins. Il résulte de cette enquête qu'une personne sur deux est sans domicile stable, que 7 bénéficiaires sur 10 sont des hommes, qu'ils ont en moyenne 47 ans, que 80 % sont isolés socialement et plus de la moitié est sans emploi (60 %). Aussi, le niveau de précarité a été objectivé en mesurant la situation globale des personnes par le score EPICES : 79 % d'entre elles ont un score supérieur à 50 sur 100 (le score EPICES est un indicateur individuel de précarité utilisé dans les centres d'examen de santé de l'Assurance maladie).

Les résultats sur l'accès aux soins sont sans appel : 59 % renoncent à des soins généralistes contre 3 % en population générale, 65 % renoncent aux soins dentaires contre 10 % de la population française. Ceci principalement pour des raisons financières (70 % contre 15 % en population générale). 57 % n'ont aucune couverture médicale (contre 90 % des Français affiliés à l'Assurance maladie en 2014) et 90 % n'ont pas de complémentaire santé. En termes de santé perçue, les bénéficiaires des AcSS ont globalement une vision plutôt dégradée, et bien moins bonne qu'en population générale : moins d'un tiers des bénéficiaires se juge en bonne ou très bonne santé (27,7 %), 39,8 % jugent leur santé moyenne et 32,6 % l'estiment mauvaise ou très mauvaise.

Parvenir à **accompagner les personnes vers la santé** lorsqu'elles se sentent mises de côté n'est pas une entreprise que l'on peut mener à bien seuls. C'est pourquoi chacune de nos actions s'inscrit dans un ancrage territorial solide, avec des **partenariats étroits incluant les acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires et culturels**.

La Croix-Rouge française rencontre et reçoit toutes les personnes exclues, démunies et en situation de précarité. Elle place l'accueil, l'écoute et l'orientation au cœur de toutes ses actions de proximité. L'association œuvre aussi en amont pour prévenir les précarisations mono et plurifactorielles et **prend en considération l'intégralité des parcours de vie**.

Avec ses partenaires, elle souhaite réaffirmer les principes et les valeurs qui guident ses missions :

> **Accueillir de façon digne et sans aucune condition toutes les personnes**

Cette injonction s'inscrit dans l'ADN de la Croix-Rouge française et se retrouve dans l'un des sept principes fondamentaux, propres à toutes les sociétés nationales du Mouvement international Croix-Rouge Croissant-Rouge: **l'impartialité**. Ainsi, la Croix-Rouge française considère que chacun mérite la même attention. Elle s'attache à apporter de l'aide et à accompagner toutes les personnes, quels que soient leur nationalité, origine, religion, culture, sexe, âge, condition, revenus, situation, choix, orientations... Peu importe aussi ce qu'elles ont fait auparavant, la porte de la Croix-Rouge leur est toujours ouverte. L'association est par essence non confessionnelle et apolitique. Ces fondamentaux lui permettent d'accueillir de façon digne et sans aucune condition toutes les personnes qui en ont besoin.

> **Accueillir, écouter et orienter vers les acteurs pertinents**

L'accueil, l'écoute et l'orientation des personnes accueillies constituent trois de nos missions essentielles que viennent compléter les aides directes, qu'elles soient matérielles, sociales ou sanitaires. C'est d'ailleurs dans cette optique que la Croix-Rouge française s'est engagée à développer la formation des bénévoles chargés de l'accueil. Nous partons en effet du constat que la **qualité de l'accueil** des personnes dans un lieu de convivialité, comme première étape, favorise la **relation de confiance**. Elle est souvent complétée par une écoute attentive et active, dans un cadre plus confidentiel, qui permet la compréhension des parcours de vie de chacun et favorise l'orientation des personnes vers les mesures d'accompagnement adaptées, qu'elles soient à dominante sociale, administrative, de santé ou une combinaison des trois.

> **Aborder la santé de la personne dans la singularité de son parcours de vie**

Consciente du fait que chaque individu ne se réduit pas simplement à ses fragilités, vulnérabilités, troubles, pathologies, handicaps..., la Croix-Rouge française considère la personne dans sa totalité. Pour notre association, chaque personne est avant tout le produit de son histoire et de celle de sa famille, cela dans une perspective territorialisée, où les particularités de son environnement sont à analyser. Ainsi, **la personne est toujours prise en compte dans sa singularité et la spécificité de son parcours**. Ces aspects sont primordiaux dans toutes les formes d'accompagnement, d'aide et de soins que nous proposons, dans la mesure où ils nous permettent d'apporter les réponses les mieux adaptées, gage supplémentaire de leur efficacité.

> **Accompagner la personne pour qu'elle retrouve son autonomie et redevienne actrice de son parcours de vie**

Le retour vers l'autonomie se situe au cœur de chacune de nos missions. Les dispositifs proposés par la Croix-Rouge française, en France comme à l'international, tendent tous vers la réduction des facteurs de dépendance, à chaque fois que ces derniers peuvent être évités. Pour nous, faire en sorte que la personne puisse retrouver au maximum les conditions d'un bien-être complet et durable est un enjeu majeur. Les conditions de ce bien-être sont souvent assujetties au fait de redonner à la personne les moyens de reprendre les rênes de son existence. C'est d'ailleurs aussi à ce titre que **nous nous engageons dans des actions de prévention et de réduction des risques**, dans quasiment tous nos domaines d'intervention, car elles participent de manière importante au maintien de l'autonomie des personnes et des communautés.

**OBSERVER, TÉMOIGNER
POUR INNOVER :
LA CROIX-ROUGE FRANÇAISE
AU CŒUR DES PARCOURS
DE VIE**

PARCOURS DE VIE N°1 :

**UNE PRÉCARITÉ
« SOUDAINE,
BRUTALE
MAIS TEMPORAIRE »**

Qui?

Ce parcours met en avant **la survenue d'un événement inattendu** de rupture qui provoque un **basculement dans la précarité**. Il s'agit notamment de la situation des personnes ayant connu par le passé une situation financière confortable, qui s'est soudainement dégradée. Elles insistent alors sur ce qu'elles ont perdu, leur richesse ou leur bien-être antérieur comparé à leur situation actuelle. Ces personnes évoquent une vie « avant » et une vie « après » le basculement, radicalement opposées. Cependant, elles peuvent compter sur la présence de ressources sociales et familiales pour les aider à sortir de la situation de précarité. Même si la durée est variable dans le temps, **la situation de vulnérabilité revêt un caractère « passager », non durable compte tenu des ressorts familiaux, amicaux, psychosociaux conservés et du maintien de la confiance en l'avenir.**

Ces personnes que nous rencontrons tous les jours dans nos délégations, sont l'incarnation de « **Monsieur ou Madame Tout-le-monde** » confronté à une rupture dans sa vie quotidienne. Les événements de rupture sont multiples: **perte du permis de conduire, perte de l'emploi, divorce, maladie chronique, accident du travail, arrivée non prévue d'un enfant, dépression, impayés, dettes, perte du logement...** Cumulés successivement, ils peuvent entraîner progressivement la personne dans la sphère de l'exclusion sociale. En effet, la plongée dans la précarité se poursuit avec la fonte des économies de la famille, la fin des indemnités de chômage et parfois les difficultés à retrouver un emploi après un certain âge.

Événements de vie, événements de rupture, origine de la vulnérabilité

La perte d'emploi émerge comme l'événement principal dans ce type de récit de vie. Serge Paugam a ainsi montré qu'en France « *le statut social des individus repose sur leur participation à l'activité productive, au travail. Le chômage peut les faire basculer dans une spirale conduisant à des situations d'extrême pauvreté, à la limite de la rupture sociale* »⁴. Cette observation correspond bien à la situation de Bernard. Pour sauver son emploi, il avait accepté une baisse de salaire. Pour retrouver un emploi (cf témoignage page 19) il est désormais contraint à un déclassement.

Nombreuses sont les personnes rencontrées qui doivent faire face à de multiples atteintes à leur santé, parmi lesquelles **les souffrances psychiques sont majoritaires**. Brigitte, 50 ans, témoigne ainsi : « *J'ai un chef qui m'a harcelée pendant 3 ans. Dès qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas, c'était de ma faute, et toute l'équipe s'y est mise. Ils se moquaient de ma façon de me vêtir, j'allais même plus à la cantine* ». La souffrance au travail, le sentiment de dévalorisation, la frustration, l'intériorisation de l'échec professionnel peuvent conduire à une perte de confiance en soi pouvant aller jusqu'à la dépression. La fréquence des consultations chez le médecin généraliste et les spécialistes n'est pas pour autant mise à mal et apparaît comme un véritable tremplin pour retrouver confiance en soi.

La réinsertion professionnelle est identifiée comme le levier principal pour retrouver sa vie d'avant.

Les personnes qui connaissent ce parcours sont soit au chômage, soit titulaires d'une reconnaissance d'invalidité. Elles sont donc privées d'une implication professionnelle qui est l'une des garanties d'un lien social solide et multidimensionnel. Elles déploient une grande énergie pour restaurer ce type de lien, synonyme d'un retour à une vie connue, une vie dite « normale », rythmée par la sécurité d'un emploi stable.

Les répercussions sur la santé et l'accès à la santé

La perte d'un emploi est un traumatisme au sens psychologique du terme. Il peut déboucher sur un état de stress post-traumatique tel qu'on l'observe après un accident ou une agression. Les personnes commencent alors à être envahies par l'anxiété et peuvent développer des **troubles relationnels**, des **réactions psychosomatiques**, comme l'hypertension, voire des accidents cardiaques. Un sentiment diffus de vide s'installe, qui renvoie à l'image de « la mort symbolique »⁵. De l'anxiété peut également apparaître, ainsi que des troubles de l'appétit, du sommeil, une irritabilité, etc. Quand le chômage dure, des problèmes matériels s'ajoutent, comme le surendettement par exemple.

Pour ce type de trajectoire de vie, l'accès à la santé et les consultations ne sont pas impactés : les personnes sont épaulées par leur entourage et continuent à « prendre soin de leur santé ».

4. Paugam Serge, *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, PUF, 2005, p. 191.

5. Debout Michel, *Le traumatisme du chômage*, Éditions de l'atelier, janvier 2014.



FOCUS

PARCOURS DE VIE N°1

L'accompagnement proposé par la Croix-Rouge française : permettre aux personnes d'économiser sur certains postes de dépenses pour éviter de tomber dans la spirale de l'exclusion et retrouver leur autonomie



Économiser sur les budgets alimentaire et vestimentaire : épicerie sociale et vestiboutique

La Croix-Rouge française s'efforce de **trouver des réponses adaptées aux différents publics** ayant des parcours de vie différents. Pour les personnes qui tombent brutalement dans la précarité à la suite d'un événement indésirable, elle offre la possibilité d'économiser sur les budgets « alimentation » et « vêtements ».



Les **80 épiceries sociales** gérées par les bénévoles ou salariés de la Croix-Rouge française permettent aux personnes en situation de précarité de faire leurs courses, et ainsi de conserver leur statut de consommateur. Le public ciblé dans ces épiceries rencontre des **difficultés financières passagères** ou est en parcours de réinsertion professionnelle et a besoin d'un coup de pouce **sur une durée limitée** pour mener à bien un projet social qui lui garantira un **retour à l'autonomie**. Le bénéficiaire vient s'approvisionner régulièrement en ne payant que 10 % de la valeur réelle des marchandises, pendant une durée déterminée par un comité d'attribution. La contribution financière favorise le sentiment de dignité et apprend à gérer un budget.

De même, la Croix-Rouge française offre aux personnes la possibilité d'acheter dans les grandes surfaces ordinaires des produits de qualité, recommandés pour la santé et redonne dignité aux personnes aidées en leur offrant la liberté de choisir les produits dont elles ont besoin. Les **Chèques d'accompagnement personnalisé (CAP)** sont des titres de paiement permettant aux personnes en difficulté d'acheter des produits alimentaires (hors alcool), des fruits et légumes frais et des produits d'hygiène.

La **vestiboutique** est un lieu d'accueil et d'écoute ouvert à tous, et en particulier aux personnes et familles en difficulté passagère, pour **accéder à des vêtements, chaussures et accessoires à des prix modiques**. Elle permet à chacun d'échanger avec les bénévoles dans un **espace convivial**. Les vestiboutiques s'inscrivent dans une démarche d'accompagnement dans la durée des personnes accueillies afin de leur permettre de retrouver une véritable autonomie.

« Aller vers » ceux qui ne peuvent venir à nous : Croix-Rouge sur roues

La Croix-Rouge française a pour ambition de développer de nouvelles logiques d'accompagnement vers l'autonomie et de diversifier ses modes d'implantation. Dans un contexte de raréfaction des services de proximité et de délitement des solidarités locales, l'objectif est de développer des actions nous permettant d'« aller vers ». Cette démarche, qui répond à un enjeu de cohésion sociale, encourage la mise en place de **dispositifs itinérants**, appelés Croix-Rouge sur roues. Ces dispositifs facilitent la **polyvalence du service rendu** en allant à la rencontre des plus vulnérables, au plus près de leurs besoins et de leurs lieux d'habitation. Les équipes de Croix-Rouge sur roues veillent à **rompre**



l'isolement dont souffrent ces personnes, à **favoriser leur insertion sociale** et, plus largement, à **renforcer le lien social**. Véritables lieux d'échange et de convivialité, les dispositifs Croix-Rouge sur roues proposent des services diversifiés, répondant à des besoins fondamentaux identifiés au préalable avec les acteurs sociaux: **aides alimentaire et vestimentaire, apprentissage de la langue, accès aux produits d'hygiène, accès aux droits...**

L'accueil, l'écoute et l'orientation sont au cœur de chaque dispositif afin de permettre aux personnes accueillies de bénéficier d'un **accompagnement global**.

Lutter contre la précarité énergétique et améliorer l'état du logement pour réduire les risques de mauvaise santé

LogisCité est un établissement de Croix-Rouge Insertion, créé le 1^{er} janvier 2016. Il promeut la vision d'une société inclusive dans laquelle la transition énergétique des territoires vise en priorité les ménages vulnérables face à l'énergie et offre des opportunités professionnelles aux personnes exclues du monde du travail. Son cœur de métier consiste à **intervenir au domicile des ménages en précarité énergétique afin de réaliser un diagnostic socio-technique**. Croix-Rouge insertion-LogisCité travaille en lien avec les collectivités et un ensemble d'acteurs du territoire d'intervention afin de permettre le repérage de ces ménages. Les différentes parties prenantes – les travailleurs sociaux, les bailleurs sociaux ou les associations locales – orientent ainsi leurs publics vers LogisCité, dès lors qu'une difficulté liée à l'énergie dans le logement est identifiée, afin d'assurer sa prise en charge.

Une visite à domicile est alors programmée avec chaque ménage orienté. Réalisée par un salarié en parcours d'insertion spécialement recruté et formé pour cette mission, cette visite consiste à évaluer la situation du ménage, identifier les sources d'économies d'énergie, apporter des conseils sur les usages, et installer des équipements économes permettant de réduire les consommations d'énergie et améliorer le confort. Elle est aussi l'occasion d'identifier d'autres **problématiques liées notamment à la santé et à la sécurité**. Plusieurs indicateurs peuvent ainsi permettre de soupçonner une situation d'indécence ou d'insalubrité (taille du logement inférieur à 9 m², moisissures, fenêtre cassée laissant passer de l'air, installation électrique dangereuse ou défectueuse, absence de chauffage, etc.). À l'issue de la visite et sur la base du diagnostic réalisé, les ménages sont orientés vers les interlocuteurs compétents. Par exemple, en cas de signes pouvant mettre en danger la santé ou la sécurité des occupants, le ménage est orienté vers le service communal d'hygiène et de santé, ou à défaut vers l'Agence régionale de santé (ARS), afin de compléter sa prise en charge.

Le service proposé par Croix-Rouge insertion - LogisCité fonctionne ainsi tel **un guichet unique de la précarité énergétique**, par la mise en œuvre de premières solutions immédiates, quel que soit le statut d'occupation du ménage, via des conseils et des équipements économes, puis par l'orientation vers des solutions à plus long terme, selon la problématique identifiée.

TÉMOIGNAGE

PARCOURS DE VIE N°1

BERNARD, 55 ANS*

Bernard a 55 ans. Il habite dans une commune du Tarn et, après avoir mené une vie professionnelle en entreprise en tant que directeur commercial, il se retrouve au chômage depuis un an. Pour ce père de trois enfants, qui a eu une carrière riche en expériences et fut tour à tour directeur, manager, animateur, formateur, chef de projet, l'expérience de la précarité est soudaine et dramatique. Il assimile sa situation à une chute du haut d'un immeuble : « *Plus haut on monte plus vertigineuse et dure est la chute car vous avez un train de vie conséquent avec l'argent que vous gagnez* ».

Afin de récupérer son statut, Bernard postule à des emplois sous-payés et enlève des lignes à son CV. Sa grande expérience et un ancien salaire de 15 000 euros par mois diminuent ses possibilités d'attirer l'attention des employeurs, notamment quand ces derniers privilégient les jeunes diplômés. Il explique : « *les recruteurs me disent clairement qu'à mon âge, proche de la retraite, ce n'est pas intéressant pour l'entreprise de me recruter. Au bout de quelques années je partirais* ». Quand il essaye de mobiliser son ancien réseau professionnel, il se retrouve isolé.

Actuellement, Bernard vit avec 4 euros par jour. Ses indemnités chômage ont été revues à la baisse car les cinq dernières années en emploi, il avait accepté une baisse de son salaire. Mais il ne perd pas espoir de s'en sortir. Il songe à créer sa propre entreprise ou à collaborer avec de jeunes entrepreneurs dans la création d'une start-up. Pour cela, il compte sur ses économies et est même prêt à vendre son appartement.

Au moment où nous le rencontrons, il a une promesse d'embauche dans une PME (Petite et moyenne entreprise) pour un poste à pourvoir dans les six mois. Entre-temps, ses besoins du quotidien sont couverts grâce à l'aide de différentes associations dont la Croix-Rouge française. Il raconte : « *Je vais aux Restos du cœur, au Secours populaire, à la Croix-Rouge. Cela a été difficile au départ. Je ne pensais pas mériter d'être aidé pour manger tous les jours vu qu'avant je gagnais bien ma vie. Mais la nécessité fait force et n'importe qui peut se retrouver dans ma situation* ». Pour compléter l'aide reçue par la Croix-Rouge française, Bertrand qui a toujours vécu dans la région et y a des attaches, trouve des moyens de subsistances alternatifs : « *Aujourd'hui, j'éleve des poules et m'occupe de mon potager. En essayant de vivre en autarcie, je dépense moins ou presque rien et n'épuise pas le peu d'économies qu'il me reste* ». Il est sûr du caractère passager de sa situation et avec le coup de pouce de l'aide matérielle qu'il reçoit « *tout est plus simple, je fais face aux quelques dettes qu'il me reste* », confie-t-il.

* Entretien réalisé en mars 2015.



PARCOURS DE VIE N°2 :

UNE PRÉCARITÉ « INSTALLÉE »

Qui?

Les personnes accueillies qui illustrent ce type de parcours évoquent **une histoire personnelle jalonnée de moments difficiles**. Les personnes âgées isolées, les personnes porteuses de handicap ou de maladies chroniques, les personnes vieillissantes en situation de handicap mises en institution et les chômeurs de longue durée de plus de 55 ans sont concernés par ce parcours type. En dépit d'une **situation précaire de longue durée**, tous ont un **rythme de vie installé** et témoignent d'un équilibre, tant relationnel que financier. **La recherche d'une écoute attentive et du lien social est au cœur de la quête des personnes accompagnées.**

Événements de vie, événements de rupture, origine de la vulnérabilité

Les personnes vivant dans une situation de précarité « installée » **n'évoquent pas forcément d'événement de rupture** qui les aurait entraînées dans la spirale de la précarité.

Les répercussions sur la santé et l'accès à la santé

La population mondiale vieillit rapidement. Ainsi, selon l'Institut national d'études démographiques (INED), la proportion de personnes de plus de 60 ans va pratiquement doubler entre 2015 et 2050, passant de 12 % à 22 %.

En vieillissant, on le sait, les personnes âgées sont plus susceptibles de connaître des événements tels que le deuil, la baisse du niveau socio-économique au moment de la retraite, l'apparition d'un handicap ou de signes de démence, la dépendance, l'isolement social et familial, la mise en institution, etc. **Or la santé physique a un impact sur la santé mentale et vice-versa.** Par exemple, les adultes âgés qui ont des problèmes de santé, tels que les cardiopathies, présentent des taux plus élevés de dépression que les bien-portants. À l'inverse, la dépression non traitée chez une personne âgée atteinte de cardiopathie peut avoir des répercussions négatives sur l'issue de la maladie.

Les troubles neuropsychiatriques chez les adultes âgés représentent 6,6 % des incapacités totales dans ce groupe d'âge. Ainsi, environ 15 % des adultes âgés de 60 ans et plus souffrent d'un trouble mental. Les troubles neuropsychiatriques les plus courants dans ce groupe d'âge sont la démence et la dépression. Les troubles anxieux touchent 3,8 % de la population âgée, les problèmes liés à l'abus de substances psychoactives presque 1 % et environ un quart des suicides concerne des personnes âgées de 60 ans ou plus.

Les problèmes de santé mentale des personnes âgées sont mal repérés par les professionnels de santé et par les personnes âgées elles-mêmes, et la stigmatisation des maladies mentales fait que les gens sont réticents à consulter. De même, les problèmes liés à l'abus de substances psychoactives chez les personnes âgées sont souvent négligés ou mal diagnostiqués.



FOCUS PARCOURS DE VIE N°2

L'accompagnement proposé
par la Croix-Rouge française : alléger
les souffrances



Croix-Rouge écoute, l'autre geste qui sauve

Croix-Rouge écoute (CRE) est **un service d'aide et de soutien psychologique par téléphone** de la Croix-Rouge française. Il est généraliste et propose un travail d'accompagnement de toutes les formes de détresse: solitude, conflits familiaux, états de dépendance, violences... Il s'inscrit dans **un travail de prévention et de promotion de la santé dans sa globalité**, en cohérence avec les orientations stratégiques et les actions menées par la Croix-Rouge française dans le domaine de la lutte contre toutes les exclusions sociales. Accessible en appelant depuis un poste fixe ou mobile le 0 800 858 858, ce **numéro vert, anonyme et gratuit**, permet à toute personne en difficulté de joindre un écoutant, d'être écoutée et, grâce au lien créé, d'échanger sur ses préoccupations, voire d'élaborer des réponses. Il s'adresse à tous, mais plus particulièrement aux personnes isolées, qui connaissent des difficultés sociales, psychiques, relationnelles, matérielles et sont exclues des relations sociales et des soins médico-psychologiques.

Soulager les aidants naturels: les Haltes répit-détente Alzheimer

Les 27 Haltes répit-détente Alzheimer (HRDA) de la Croix-Rouge française sont réparties sur l'ensemble du territoire. Elles accueillent des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, vivant à domicile et aidées par un proche. L'objectif social et non médical de cette action bénévole est de **permettre aux personnes accueillies et à leurs aidants de bénéficier d'un temps de répit réciproque et d'un accompagnement privilégié**. Ainsi, les personnes atteintes de la maladie sont accueillies dans **un espace convivial géré par des bénévoles formés**, sur le principe



d'un bénévole pour une personne accueillie. Elles participent à des activités collectives ou individuelles, selon leurs goûts et leurs choix. Les aidants, quant à eux, peuvent bénéficier d'un temps de répit de quelques heures, une ou plusieurs fois par semaine, et d'un accompagnement en fonction de leurs besoins (écoute et orientation vers d'autres structures adaptées).

Agir auprès des personnes âgées: le collectif MONALISA

Née d'une collaboration inédite entre la société civile – représentée par 20 associations réunies en collectif ainsi que la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) – et les pouvoirs publics, sous l'impulsion du ministre délégué aux Personnes âgées et à l'Autonomie, MONALISA a pour mission de **promouvoir les initiatives locales à destination des personnes âgées isolées**, et piloter le dispositif. Conformément à la décision du Conseil d'Administration de décembre 2013, la Croix-Rouge française s'engage, en tant que partie prenante de MONALISA, à apporter des ressources humaines et / ou financières, et à participer aux « équipes citoyennes » et aux modes de coordination entre acteurs. Lors de l'AG de MONALISA réunie le 27 janvier 2014, la Croix-Rouge française a été élue à la vice-présidence de l'association. L'implication de la Croix-Rouge française et son engagement au sein du dispositif MONALISA montrent **l'importance des actions bénévoles à destination des personnes âgées isolées**, et la nécessité de poursuivre l'accompagnement des actions locales et départementales.

À l'heure où le vieillissement de la population n'est plus à prouver, la prise en charge sociale des personnes âgées dépendantes, qu'elles soient atteintes de la maladie d'Alzheimer ou en situation de rupture de lien social, est une nécessité grandissante. La Croix-Rouge française, par les principes qui l'animent et grâce aux bénévoles qui la constituent, œuvre à cette prise en charge, à l'aide des partenaires qui l'accompagnent.

TÉMOIGNAGE

PARCOURS DE VIE N°2

JEAN, 65 ANS ET PIERRE, 68 ANS *

Pierre, 68 ans et Jean, 65 ans, sont frères. Ils habitent ensemble depuis près d'une quarantaine d'années dans une petite commune de la Creuse, dans une maison ancienne aux conditions d'hygiène défavorables. Les deux frères perçoivent l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) et cumulent, en plus de leur handicap physique, des maladies aiguës et des maladies chroniques comme le diabète, qui nécessiteraient des soins à domicile réguliers.

Lorsqu'on les interroge sur leur état de santé, c'est Jean qui répond le premier: « *J'ai plusieurs traitements. Je viens de me faire opérer à Limoges d'un abcès dans l'œil droit et maintenant je dois aller voir le médecin parce que j'ai le même problème à l'œil gauche. Je mets mes gouttes. Ça a coûté 4000 euros l'opération. C'est la « mutuelle creusoise » qui m'a remboursé. J'ai pris une bonne mutuelle.* » Puis son frère aîné ajoute: « *Moi aussi j'ai une pension d'invalidité. Il me manque ma jambe à 80 %. [...] C'était un accident avec une tondeuse. [...] Je suis diabétique et j'ai du cholestérol, je prends des médicaments...* »

En évoquant leur enfance, on comprend que Pierre et Jean ont eu une scolarité quasiment inexistante et un parcours professionnel chaotique, fait d'emplois précaires et mal rémunérés. Ainsi le frère cadet nous raconte, amusé: « *On n'est jamais allé à l'école presque. Enfin si, j'y allais mais pas souvent. Je partais aux champignons! [...] Mon premier métier, c'était à 13 ans, j'ai fait maçon mais je suis resté que 3 mois, j'en avais marre. Après j'ai fait menuisier, je suis resté 1 an, ça ne me plaisait pas, je suis parti. Et après j'ai fait boulanger. J'ai fait 2 ans d'apprentissage à Limoges. Après je suis parti à l'armée et à mon retour, mon patron n'a pas voulu me reprendre. Du coup j'ai dû faire des remplacements. Après, j'ai été employé communal pendant 15 ans.* » Pour le frère aîné, la situation est sans appel: « *Je ne sais pas lire ni écrire. Je ne sais même pas compter.* »

Aujourd'hui à la retraite, ils subissent une précarité de longue durée, aggravée par le vieillissement, les problèmes de santé et un isolement familial et relationnel auquel ils semblent pourtant s'être habitués, au point même de le revendiquer: « *Ah non, j'aime pas les voisins. [...] Moi, je fais mon jardin. [...] Je me plais bien dans mon trou, tout seul* », affirme Jean, avant d'ajouter avec fierté: « *Quand il fait beau, je pars dans mon jardin et je rentre que le soir, vers 17 heures j'ai mis 6 mois pour le remettre à neuf, c'était tout en friche.* » Il l'assure: « *On ne se sent pas seuls.* » Et Pierre de renchérir: « *On a un ami qui vient nous voir de temps en temps et on a un frère qui habite dans les HLM d'Aubusson.* »

Seules quelques visites médicales et la livraison, une fois par mois, d'un colis alimentaire par les bénévoles de la Croix-Rouge française, viennent ponctuer un quotidien dans lequel ils ont su trouver leur équilibre. À propos du dispositif Croix-Rouge dont ils bénéficient depuis plus de 5 ans, Jean conclut: « *J'ai une petite pension d'invalidité. Avec ça je paie tout. Il ne me reste pas grand-chose. [...] On donne 5 euros sur l'année. C'est par le maire que j'ai eu accès à la Croix-Rouge française. Tous les mois, je vois les bénévoles et ils me donnent un colis. [...] Ça dépanne un peu, il y a de tout dans les colis qu'ils donnent.* »

*Entretien réalisé en janvier 2015.



PARCOURS DE VIE N°3 :

UNE PRÉCARITÉ « HÉRITÉE »

Qui ?

Les personnes accueillies, identifiées dans ce parcours, ont connu **dès l'enfance** une situation de précarité qui marque leur récit biographique. **L'événement de rupture qui se situe au début de leur vie est associé au lien de filiation.** À cela s'ajoutent des conditions matérielles précaires, une faible scolarisation, un parcours professionnel chaotique. Cette situation de précarité, « héritée » du contexte dans lequel elles sont nées ou ont grandi (le contexte de leur première socialisation), est renforcée ou atténuée successivement tout au long de leur parcours. **La recherche d'une vie meilleure est au cœur du projet de vie et la recherche d'une famille de substitution fait partie des stratégies de survie.**

Événements de vie, événements de rupture, origine de la vulnérabilité

La défaillance du lien familial est extrêmement présente dans le discours de ces personnes. Par conséquent, le désir de prendre une revanche sur une enfance chaotique se traduit par une préservation du lien avec la famille créée et **un surinvestissement dans la prise en charge des enfants. L'éducation devient une priorité chez ces personnes qui ont connu la précarité et les ruptures familiales dès le plus jeune âge.** Envisager une issue à la précarité, retrouver un travail, se former, c'est aussi et surtout pour ses enfants.

Il s'agit, la plupart du temps, de **personnes sans ou avec peu de qualification et sans diplôme ayant décroché très précocement du système scolaire**. Peuvent être inclus dans ce type de parcours, les jeunes « NEET » – Not in Éducation, Employment or Training (ni étudiant, ni employé, ni stagiaire) –, notion qui renvoie à une hétérogénéité de profils. D'autres, qui ne veulent pas subir de manière passive leur éloignement du marché de l'emploi, tentent de trouver des stratégies de survie en travaillant de manière non déclarée et / ou en cumulant des emplois très précaires (missions en intérim, ménage...). La plupart des bénéficiaires accompagnés ayant suivi ce type de parcours habitent des **zones rurales ou périurbaines sinistrées en matière d'emploi** ou sont issus des **quartiers urbains prioritaires** de la politique de la ville.

Les répercussions sur la santé et l'accès à la santé

Les différentes personnes regroupées dans le parcours « précarité héritée » n'ont pas forcément reçu au travers de leur éducation les savoirs et les compétences psychosociales nécessaires pour prendre soin de leur santé. Leur état de santé est généralement moins bon que celui de la population générale, la probabilité d'avoir des comportements à risque est accrue (toxicomanie...), la dépendance sociale est bien ancrée puisque « héritée » et la maîtrise des outils numériques reste fragile. Les parcours peuvent alors emprunter plusieurs chemins: itinérance, toxicomanie, baisse de la confiance et de l'estime de soi, problèmes psychosociaux et délinquance. Le décrochage scolaire peut, quant à lui, conduire au décrochage social et faire en sorte que le jeune ne fasse pas le plein exercice de sa citoyenneté. Il s'avère aussi être un obstacle à l'insertion professionnelle.



FOCUS PARCOURS DE VIE N°3

L'accompagnement proposé par
la Croix-Rouge française: prévenir, mieux que guérir.
Donner la capacité aux personnes
de construire leur propre parcours de santé



Le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie Pierre Nicole

Le CSAPA Pierre Nicole est un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie accueillant de **jeunes consommateurs et adultes présentant des conduites addictives**, avec ou sans produits. Il est implanté sur deux sites, l'un rue Vaucouleurs dans le 11^e arrondissement de Paris, qui propose une prise en charge exclusivement ambulatoire et l'autre rue Pierre Nicole dans le 5^e arrondissement de Paris proposant **une prise en charge ambulatoire et résidentielle** (centre thérapeutique résidentiel, Pass Justice, dispositif « Hiver » et appartements thérapeutiques).



Le CSAPA propose un accueil, une évaluation et une orientation vers le type de dispositif le plus adapté pour toute personne présentant une conduite addictive à une substance psychoactive illicite (opiacés, cannabis, cocaïne / crack, nouvelles drogues de synthèse...) ou pas (alcool, tabac, médicaments...) mais aussi sans produit (jeux excessifs, troubles du comportement alimentaire, dépendance affective et sexuelle...). Il offre les prestations d'une équipe pluridisciplinaire, avec ou sans hébergement.

Le CSAPA Pierre Nicole est également CSAPA référent pour les détenus de la prison de Fleury Mérogis domiciliés à Paris.

Prévention et éducation pour la santé: l'équipe mobile santé précarité de l'Ain

Dans l'Ain, un camion Croix-Rouge et son équipe sillonnent les routes du département pour **aller à la rencontre des personnes isolées et fragiles**. L'idée est de toucher un public sans couverture sociale ou très désocialisé, pour qui les besoins de santé ne sont pas une priorité. L'équipe mobile fonctionne avec un médecin, un médiateur social, un infirmier – tous bénévoles –, et les salariés et bénévoles de l'association. Largement orienté vers la prévention, ce dispositif propose **une consultation médicale de premier recours** accompagnée, si besoin, de la délivrance de **médicaments de première nécessité**. Une **orientation sociale** permet de faire le point avec la personne sur sa situation, ses droits, et de préconiser une réponse en cas de situation d'urgence.

L'Agence régionale de santé (ARS) subventionne l'équipe mobile santé précarité, à qui elle a confié pour mission supplémentaire le dépistage de la rétinopathie diabétique. Un encouragement, pour la Croix-Rouge française, à développer sa **logique de l'« aller vers »**.

Promouvoir la santé: les programmes à destination des jeunes

Avec l'évolution des comportements personnels et socio-économiques, la persistance des inégalités et l'allongement de l'espérance de vie, **l'alimentation et l'usage de drogues** seront deux des principales causes des maladies non transmissibles dont dépendront essentiellement la mortalité et la morbidité en Occident avant 2020. Consciente de la nécessité de recourir à la prévention, la Croix-Rouge française a développé **trois programmes de promotion de la santé à destination des 11-30 ans**. Les objectifs pédagogiques sont centrés sur une approche globale de la santé: citoyenneté, capacité à résister à la pression, à s'affirmer et à s'intégrer dans un groupe, à repérer ses besoins, à répondre à des situations de frustration et devenir acteur de sa propre santé.

Le programme national « **Prévenir les risques d'addictions chez les jeunes** » a été conçu pour retarder l'âge de l'expérimentation en réduisant l'attractivité des usages, pour informer davantage sur les risques encourus au travers de messages scientifiquement validés, et développer les compétences relationnelles des jeunes, le sentiment d'efficacité personnelle et les résistances aux pressions sociales. Les objectifs spécifiques sont l'acquisition de connaissances sur sa santé, les drogues et conduites addictives, le développement des compétences pour faire des choix et se positionner favorablement à sa santé, la connaissance des lois et réglementations relatives aux drogues.

« **Doka-V** », programme sur l'alcoolisation ponctuelle importante s'adresse aux jeunes de 13 à 18 ans. Il vise **l'acquisition de connaissances sur l'alcool et les risques liés à l'alcoolisation ponctuelle importante**, le développement des compétences psychosociales des adolescents, et enfin, l'adoption des automatismes de réduction des risques.

Enfin, le dernier programme, « **Mieux manger, mieux vivre!** » aide les jeunes à comprendre et **gérer leur alimentation de manière équilibrée**, à s'approprier l'activité physique facteur de qualité de vie, à développer ses compétences pour faire des choix alimentaires quotidiens favorables à sa santé, à identifier ses ressources et savoir demander de l'aide.



Réapprendre les bienfaits alimentaires durant un temps convivial: les ateliers cuisine

Dans le cadre du Plan national nutrition santé (PNNS), la Croix-Rouge française met en place, au sein de ses unités d'aide alimentaire (centres de distribution et épiceries sociales), des ateliers cuisine. Il s'agit d'une action collective, intégrée dans une démarche générale d'accompagnement des personnes en situation de précarité. L'atelier cuisine est avant tout **un moment de convivialité et de partage d'expériences**, qui réunit des personnes volontaires pour cuisiner un plat ou un repas avec l'aide d'un animateur dans une ambiance chaleureuse. Chacun a sa place et doit s'y retrouver d'égal à égal. Les ateliers sont avant tout des lieux de parole, de connaissance et de reconnaissance, permettant secondairement de relayer auprès des bénéficiaires un certain nombre de messages tels que: **la santé** (alimentation équilibrée, faire de l'exercice, repères PNNS), **la notion de plaisir** (soigner la présentation des plats, sentir les bonnes odeurs, prendre du temps pour soi avec les autres), **le budget** (meilleur rapport qualité-prix des aliments, savoir lire les étiquettes, faire une liste de courses, se méfier des promotions et des publicités) **et l'hygiène** (respect des dates de péremption, gestion des restes, conditions de conservation des aliments).



TÉMOIGNAGE

PARCOURS DE VIE N°3

MÉLANIE, 30 ANS*

Mélanie a 30 ans. Divorcée et maman d'une petite fille, elle habite avec son père à Bourg-en-Bresse, une commune de l'Ain. Lorsque nous faisons sa connaissance, elle nous confie qu'elle est au RSA : « *Je gagne 640 euros par mois. J'habite avec mon père et ma fille [...] Il nous soutient mais il est en arrêt maladie et bientôt à la retraite avec une petite retraite donc, financièrement, il ne peut pas trop nous aider. Il est plombier. [...] Je voulais me rapprocher de mon père et offrir une vie plus posée à ma fille. [...] Je me sens entourée et soutenue par mes amis et ma famille ici.* » En plus d'un certain isolement relationnel, Mélanie connaît de sérieux problèmes de santé : « *Pour l'instant, ça va avec des médicaments. J'ai quand même eu pas mal de problèmes de santé. Les médecins hésitaient à me greffer un nouveau cœur ou pas. Ça a rassuré ma fille quand je lui ai dit que je ne rentrais pas à l'hôpital.* »

Son enfance est très tôt marquée par la précarité : défaillance du lien familial, placement en foyers et familles d'accueil, décrochage scolaire, problèmes d'addiction à l'héroïne de 18 à 22 ans, parcours professionnel chaotique... La jeune maman raconte : « *Disons que pendant vingt-cinq ans on ne s'est pas vu avec mon père. C'était difficile parce que ma mère l'a quitté quand j'étais petite et elle est partie avec moi et mes deux frères. On a grandi sur la route, en vivant dans une caravane et on a connu de nombreux beaux-pères. [...] Par période, avec mes frères, on a été placé dans des foyers ou dans des familles d'accueil. Pour mon père, suivre notre trace a été très compliqué. [...] Finalement, j'ai décidé de faire appel à lui. On s'est retrouvés. J'ai compris que ma mère avait tort à son sujet.* »

Mélanie garde un souvenir amer des familles d'accueil dans lesquelles elle a été placée : « *Ca ne se passait pas bien. Je ne me suis jamais sentie intégrée, acceptée ou aimée par ces familles. Je me suis même fait maltraiter. [...] Je n'ai pas vraiment fait d'études. Je n'ai même pas fait ma troisième. [...] Quand j'ai eu 18 ans, je me suis installée avec mon ex-copain, le père de ma fille. On a habité ensemble pendant dix ans. On s'est quitté en bons termes.* »

Aujourd'hui, Mélanie n'a qu'un seul but, s'en sortir et offrir un avenir meilleur à sa fille afin qu'elle ne reproduise pas le même schéma. Depuis quelques mois, elle est accompagnée par l'équipe mobile santé précarité de l'Ain, qui lui propose des consultations médicales gratuites : « *Grâce à ce dispositif, j'ai pu me faire vacciner. Ils m'ont aussi fait le dépistage de l'hépatite C. Sinon je ne l'aurais jamais fait.* » Mélanie bénéficie aussi régulièrement d'une aide alimentaire qui lui permet d'améliorer le quotidien et de mettre un peu d'argent de côté : « *Le colis me permet de mieux organiser mon économie familiale et d'être en même temps correctement nourrie avec ma fille et mon père. [...] Ça va des produits basiques jusqu'aux produits frais. On a même des desserts qu'on ne pourrait pas s'acheter toutes les semaines. [...] Avant le camion, j'avais du mal à nourrir ma fille. J'étais arrivée à ne plus manger pour lui laisser le peu qu'il y avait.* »

L'accueil et l'écoute des bénévoles lui font du bien : « *Ils m'aident beaucoup, à reprendre confiance surtout. Quand on arrive là-bas, on a un peu honte, on est timide et petit à petit ils font qu'on se sent en confiance. On les voit arriver avec un grand sourire, rigoler avec nous, ça nous remonte le moral. [...] À la Croix-Rouge on m'oriente et on me propose des solutions.* »

Ses projets d'avenir ? Un nouveau logement et une formation d'assistante maternelle : « *J'ai réussi à avoir un bailleur social qui m'a aidée pour louer un appart. On ira vivre avec ma fille et mon copain. Il était sous curatelle. Il ne l'est plus depuis le mois de décembre. [...] Et puis je compte devenir assistante maternelle. [...] La formation dure entre un et deux ans. J'essaie de la faire à distance. [...] Les enfants, ça a toujours été mon rêve. Maintenant que ma fille grandit, je peux essayer de le réaliser.* »

* Entretien réalisé en janvier 2015.



PARCOURS DE VIE N°4 :

LES « DÉRACINÉS »

Qui?

Les personnes migrantes que nous regroupons dans **le parcours des « déracinés »** ne constituent pas une population homogène ; les raisons de la migration sont multiples mais toutes partagent la **volonté commune de trouver une vie meilleure**. L'état de santé des personnes migrantes est fonction de leur niveau d'intégration dans la société française. Ce sont les **difficultés à maîtriser la langue du pays d'arrivée**, couplées à **l'absence de lien social**, qui sont à l'origine des difficultés d'accès aux soins et à la prévention.

Événements de vie, événements de rupture, origines de la vulnérabilité

L'événement de rupture à l'origine d'une santé plus vulnérable chez les personnes migrantes est qualifié de « **rupture migratoire** » impliquant « **une crise identitaire** » par le psychologue Daniel Calin.

La rupture migratoire peut être plus ou moins « volontaire », plus ou moins bien vécue. La personne migrante sait ce qu'elle quitte derrière elle : la majorité de sa famille, ses groupes de proximité, des groupes plus larges, religieux ou nationaux, mais elle ne sait pas ce qui l'attend. Qu'elle soit vécue à

l'origine comme une libération ou comme une malédiction, cette rupture est inévitablement fortement vécue, intensément marquante. Les récits du départ, que nous avons pu recueillir à travers divers retours d'expériences, sont toujours chargés d'émotions vives: **la fatigue physique et psychique et les traumatismes** sont omniprésents (discriminations, humiliations, traitements inhumains et dégradants, actes de viol et de violence, mise en danger, détention...).

Cette rupture si difficile à porter, ces désillusions pesantes vont provoquer chez certains migrants **une crise identitaire** aiguë. Cette dernière recouvre plusieurs sphères imbriquées: **sociale** (appartenance au groupe de référence), **familiale** (solidarité familiale différente) et **identité sexuée** (modèles d'identification sexués différents). Outre l'épuisement physique et psychologique lié au trajet migratoire, **le système de valeurs et croyances** des personnes migrantes en sera profondément modifié et aura un impact sur leur état de santé.

Les répercussions sur la santé et l'accès à la santé

D'après France-Terre d'Asile, la dépression, principalement causée par l'expérience difficile de la migration ou l'exposition sur une longue durée à des actes traumatisants, affecterait 30,8 % des réfugiés et les troubles de stress post-traumatique suite aux tortures subies toucheraient 30,6 % des réfugiés.

D'autre part, les enquêtes PRECAR et PRECALOG⁶, révèlent qu'il existe des risques et des pathologies plus fréquents qui sont liés à l'exclusion et non pas directement à la migration: les prévalences de tuberculose, VIH, saturnisme sont plus élevées chez les migrants, les accidents du travail liés au travail dissimulé sont plus fréquents et il en est de même pour les risques obstétricaux, conséquence d'une faible fréquentation de médecins spécialistes.

Les difficultés d'accès aux soins sont en fait de plusieurs ordres: **administratif** en raison de la complexité des réglementations et du système de santé lui-même, **juridique** du fait de la précarité du statut ou de l'absence de statut de ces personnes, et enfin, **organisationnel** à l'intérieur des services de santé eux-mêmes. Dans ce dernier cas, les principaux obstacles sont la participation aux frais, le manque de formation et de coordination des professionnels auxquels s'ajoutent parfois des pratiques discriminatoires empêchant de traiter la globalité des situations socio-sanitaires de la personne. Il existe aussi des **obstacles individuels**: la barrière de la langue, les difficultés de compréhension manifestées par ces personnes immigrées face aux codes d'accès et d'utilisation des structures, l'éloignement des centres de soins par rapport au lieu de vie, les préoccupations centrées sur bien d'autres sujets que la santé et encore moins sur la prévention, sans parler de la complexité des situations individuelles, du manque d'information, de la peur de la dénonciation et des contrôles...

6. L'enquête PRECAR

Enquête menée en 1998 auprès de 500 personnes fréquentant cinq centres de soins gratuits de la région parisienne, montrant que les patients de nationalité étrangère y sont majoritairement représentés (de 68 à 84 % selon les centres) (Chauvin et al., 2001).

L'enquête PRECALOG

Enquête réalisée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) en septembre 2000, auprès de 590 consultants dans 80 centres de soins gratuits.



FOCUS

PARCOURS DE VIE N°4

L'accompagnement proposé
par la Croix-Rouge française : intervenir pendant
et après le parcours migratoire

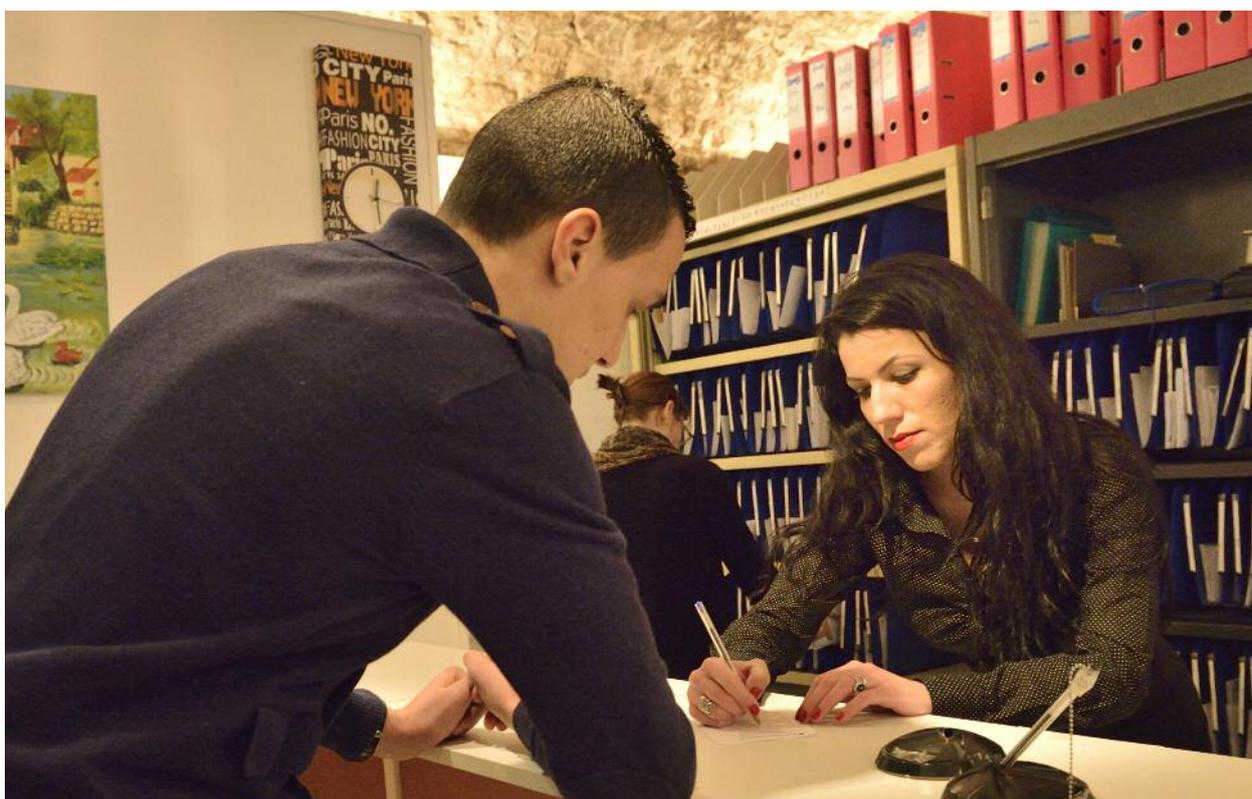


Domiciliation

Sans adresse où recevoir du courrier, il est difficile d'effectuer des démarches administratives mais aussi de garder des relations avec ses proches et un ancrage dans la vie sociale.

La domiciliation permet de **recevoir du courrier, faire valoir certains droits, bénéficier de prestations sociales**. Elle concerne les personnes ayant besoin d'une adresse postale afin d'avoir accès aux prestations généralistes, les **étrangers en situation irrégulière** qui ont recours à l'Aide médicale d'État (AME) et les **demandeurs d'asile** dans le cadre de leur démarche de demande d'asile.

Au-delà de l'aspect administratif, la domiciliation proposée par notre association offre **un lieu de contact**. Elle permet aux bénévoles et salariés de la Croix-Rouge française intervenant dans le cadre de cette activité, de créer et de maintenir un lien avec ces personnes.





Apprentissage des savoirs de base

Pour certains, l'enjeu est de pouvoir se diriger dans la rue, dans les transports, de faire ses courses, de répondre aux courriers. Pour d'autres, c'est de pouvoir accompagner ses enfants dans leur parcours scolaire, de partager en famille des activités culturelles, de trouver un emploi... Les ateliers de Français langue étrangère (FLE) s'adressent aux personnes étrangères ou d'origine étrangère, et sont instruits dans leur langue maternelle. Ils leur permettent d'**acquérir une aisance à l'oral comme à l'écrit, d'apprendre les codes sociaux pour mieux s'adapter, et plus rapidement, à la vie française.**

Bilan soins infirmiers en Ile-de-France

L'Agence régionale de la santé (ARS) d'Ile-de-France a sollicité la Croix-Rouge française au sujet du **projet d'assistance sanitaire à organiser en faveur des réfugiés hébergés en Ile-de-France** (sept départements hors Paris intra-muros). L'ARS a souhaité confier à la Croix-Rouge française un **rôle d'opérateur unique sur sept départements franciliens**. La prise en charge dans les centres de Paris est réalisée par le Samu social de Paris.

Grâce à sa présence territoriale unique et à son offre de services très diversifiée, notre association a marqué son intention d'apporter une assistance sanitaire aux réfugiés au travers de son **projet « équipe mobile rouge »**. L'objectif est d'**assurer aux populations hébergées un bilan d'orientation sanitaire réalisé par des personnels infirmiers**, dans le but d'effectuer une étude épidémiologique sur l'état de santé des migrants, afin de **les orienter vers les structures de soins les plus adaptées.**

Les actions sont menées en Ile-de-France depuis novembre 2015 et concrètement, elles consistent à :

- > réaliser un entretien individuel et confidentiel sur la base d'un questionnaire établi par la Croix-Rouge française, le Samu Social 75 et l'ARS permettant de mener l'étude épidémiologique via le recueil d'informations administratives du patient et son parcours migratoire,
- > mesurer la perception de l'état de santé global du patient,
- > identifier le parcours de santé au cours du parcours migratoire,
- > mettre en lumière les besoins identifiés de prise en charge globale et les suggestions d'orientation.

Une prise en charge d'urgence est prévue en cas de détection de diabète, infection, gale, et de risque de suicide.

Mobilité inclusive: auto-école solidaire

L'auto-école de la rue Pierre-Brossolette à Troyes s'adresse aux migrants, et plus généralement à **tous ceux qui sont dans le besoin, qui ont un faible niveau scolaire ou ne maîtrisent pas la langue française**. Elle accueille aussi des bénéficiaires du RSA (Revenu de solidarité active), inscrits au Point conseil emploi de la communauté de commune du Grand Troyes, demandeurs d'emploi, stagiaires de la formation professionnelle, salariés d'un ESAT (Établissement et service d'aide par le travail)... Or, **le permis de conduire est une étape très souvent nécessaire dans un parcours d'insertion sociale et professionnelle**, notamment en province.

Pour ces candidats, il constitue d'ailleurs le premier examen de leur vie. Cette auto-école solidaire peut accueillir 120 candidats au permis par an, elle affiche d'ores et déjà un taux de réussite remarquable aux examens: 80 % alors que le secteur traditionnel avoisine les 66 %. De plus, parce qu'elle est intégrée à la Croix-Rouge, elle permet parfois des « parcours complets », un accompagnement qui va au-delà de la stricte obtention du permis. Pour cela, tout le talent de cette auto-école est d'avoir su développer **des méthodes et une écoute très personnalisées**: formation au code en présence d'une enseignante et 50 heures de conduite avec trois présentations à l'examen, pour un montant de 1750 euros (5 euros de l'heure de 50 à 100 heures de conduite). Ce montant est financé soit par le microcrédit, soit par des aides telles que le fonds APRE (Aide personnalisée de retour à l'emploi) pour les bénéficiaires du RSA, par des aides pôle Emploi, des aides AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées) pour les personnes en situation de handicap, et dans ce cas, le coût avoisine les 250 euros environ.



TÉMOIGNAGE

PARCOURS DE VIE N°4

RÈJNE, 32 ANS*

Dans le camp de Grande-Synthe, 300 shelters en bois s'alignent à perte de vue sur un ancien terrain vague de cette petite municipalité voisine de Dunkerque. Depuis quelques mois, médecins et infirmiers bénévoles de la Croix-Rouge française soignent, en partenariat avec Médecins sans frontières, Médecins du monde et Gynécologie sans frontières, les 1300 hommes, femmes et enfants originaires, pour la majorité, d'Irak ou d'Iran.

Un espace de soins, installé dans un bâtiment dédié, accueille ceux qui sont malades, sept jours sur sept. C'est lors d'une consultation que nous faisons la connaissance de Rêjne, 32 ans et de son fils Dîmen, âgé de 2 ans et 3 mois. Un interprète venu de Londres permet aux professionnels soignants d'échanger avec leurs patients.

Le petit garçon ne tient pas en place, curieux de faire le tour des lieux. Sitôt le diagnostic posé – une angine, mais pas d'infection ni de fièvre –, il s'échappe des bras de sa mère et court quelques instants dans la pièce, avant d'aller se cacher derrière le paravent.

Son fils examiné, Rêjne explique qu'elle aussi est souffrante. La jeune mère de famille indique: « *J'ai très mal à la hanche. Dans mon pays natal, le Kurdistan irakien, j'étais allée voir un médecin qui m'avait conseillé de me faire opérer...* ». Le docteur présent ce jour-là l'examine, songeant à un potentiel calcul rénal. Puis Rêjne ajoute: « *Je ne sais pas ce que j'ai, je n'arrête pas de me gratter, ma peau me démange beaucoup depuis quelques jours.* » Le diagnostic tombe: les multiples petites plaies présentes sur le corps de la jeune femme sont le symptôme d'une gale mal soignée, une maladie particulièrement contagieuse. À mots lents, pour être sûr d'être compris, le médecin détaille sa prescription – quatre comprimés à avaler le soir même en une seule prise – assortie de mesures d'hygiène strictes: tous les vêtements de Rêjne et de ses proches doivent être lavés à haute température, les couvertures et le linge désinfectés à l'aide du spray fourni par Virginie, l'infirmière.

Dans le couloir d'entrée de la clinique, la file de patients s'allonge. Des hommes en majorité, souvent jeunes. Des femmes et des enfants aussi – 22 femmes enceintes et 170 enfants vivent dans le camp. « *Bronchites, angines, rhumes, maux d'estomac... La plupart des personnes que nous voyons viennent pour des souffrances respiratoires dues au froid. Ou pour des problèmes dentaires, nombreux eux aussi* », note Virginie. Sans oublier les stigmates des violences subies sur le chemin de l'exil (bagarres impliquant les passeurs, coups de matraque ou de flash-ball policiers).

Des violences aussi bien physiques que psychologiques, comme nous l'explique le coordinateur des opérations Nord pour la Croix-Rouge française, qui finalise avec ses partenaires (MDM et l'Unicef) la création d'un lieu d'accueil, d'écoute et d'orientation pour les migrants fragilisés au plan psychologique: « *Les souffrances inhérentes aux douloureux parcours d'exil peuvent, presques insidieusement, brusquement ressurgir ou émerger ici. C'est que, ne plus avoir à lutter pour dormir, manger ou s'abriter du froid, c'est aussi pouvoir à nouveau penser... Et parfois ployer, décompenser, être comme happé par un vécu de souffrances et d'incertitudes.* »

* Entretien réalisé en avril 2016.



PARCOURS DE VIE N°5 :

LES « INVISIBLES »

Qui ?

Là encore, les parcours de vie des personnes identifiées sous le terme d'« invisibles » peuvent être très divergents. Un point commun les réunit cependant : **ces personnes ne formulent plus de demande d'aide**, notamment en termes de soins et ne sont pas ou peu suivies par les travailleurs sociaux. Nous prendrons ici l'exemple des personnes sans domicile stable et des sortants de prison.

Événements de vie, événements de rupture, origines de la vulnérabilité

Les « invisibles », qui ne s'adressent plus aux services de l'État ni aux associations, ont été rencontrés par nos équipes mobiles bénévoles lors de maraudes.

D'après l'enquête INSEE « Sans domicile » de 2001, parmi les circonstances qui les ont amenés à quitter leur logement, les sans-domicile aidés invoquent le plus fréquemment : le départ du domicile conjugal (26 %), la fin de la vie commune avec les parents (21 %), l'arrivée sur le territoire national (19 %), la privation de logement pour raisons économiques (expulsion, impossibilité de payer le loyer : 16 %) ou matérielles (destruction, insalubrité, fin de bail : 3 %), les sorties d'institutions (foyer de travailleurs, hôpital, prison : 12 %) et enfin les déménagements motivés par des raisons économiques (recherche d'emploi, mobilité professionnelle) ou personnelles (mise en couple, agrandissement de la famille) pour 3 % d'entre eux.

Les invisibles ont, pour la plupart, connu **des ruptures difficiles et cumulées entraînant de graves conséquences sur leur état de santé.**

Autre événement de rupture, la détention qui aggrave les problèmes de santé préexistants. La promiscuité fait ainsi progresser des maladies transmissibles, l'inactivité physique ou une activité sportive trop intensive, l'isolement affectif, les conditions d'hébergement et d'hygiène détériorées et l'environnement violent dégradent la santé des personnes détenues, aussi bien physiquement que psychologiquement.

Les répercussions sur la santé et l'accès à la santé

D'après l'INSEE, en 2001, 16 % des **sans-domicile** usagers des services d'aide s'estiment en mauvaise santé, contre 3 % de la population ayant un logement personnel. **Les conditions de vie difficiles, le stress, une mauvaise alimentation fragilisent particulièrement cette population et augmentent les risques de maladie.** Ainsi, plus d'un sans-domicile sur dix souffre de maladies respiratoires (bronchite chronique, asthme, voire tuberculose), 10 % se plaignent de maladies du système digestif, 6 % de maladies du foie et 9 % de désordres alimentaires importants tels la boulimie ou l'anorexie, rapport trois à cinq fois supérieur à celui rencontré dans l'ensemble de la population. Enfin, un sur quatre se juge dépressif.

D'après l'étude HYTPEAC de l'Observatoire du Samu social de Paris ⁷, de nombreux sans-domicile ont une dentition dégradée. Un quart déclare être édenté et 7 % totalement ou presque. De plus, certains parasites, qui ont quasiment disparu dans la population, atteignent une part non-résiduelle des personnes qui dorment à la rue : ainsi, 5,5 % sont atteintes de pédiculose (poux) et 6,5 % de la gale. Enfin, selon l'étude SAMENTA menée en 2009, les sans-domicile seraient dix fois plus souvent sujets à des troubles psychotiques (notamment la schizophrénie) et auraient une consommation de stupéfiants trois à six fois plus fréquente. Plus d'un sans-domicile sur cinq serait dépendant à l'alcool.

Les sans-domicile ne sont pas pour autant exclus des soins : 85 % ⁸ sont allés chez le médecin dans l'année, 90 % sont couverts par l'assurance maladie et **les trois-quarts disposent d'une couverture complémentaire.** Comme pour la population générale, mais de façon amplifiée, ce sont logiquement les soins les plus coûteux, mal couverts même par une assurance complémentaire, qui posent le plus problème. En revanche, les structures proposant une prise en charge globale des personnes qui cumulent troubles psychologiques, addictions et pathologies restent extrêmement rares ou inadaptées.

Pour les sortants de prison, les problèmes de santé sont sensiblement les mêmes que pour les sans-domicile stable. Les prévalences ne trompent pas : 3,8 % des personnes détenues souffrent d'une schizophrénie nécessitant un traitement, soit quatre fois le taux en population générale. Le taux de suicide en milieu carcéral est quant à lui sept fois plus élevé que dans la population générale. En 2003, seulement trois personnes entrant en prison sur dix avaient été vaccinées contre l'hépatite B. La dépression est aussi fortement présente en prison : 17,9 % des personnes détenues se trouvent dans un état dépressif majeur, soit quatre à cinq fois le taux en population générale.

La sortie est un moment crucial : **l'enjeu est de conserver une continuité des soins** prodigués en détention. Dans la réalité, les documents d'affiliation à la sécurité sociale sont adressés aux détenus de manière très différenciée selon les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les établissements pénitentiaires. Ainsi, certains détenus ne reçoivent pas d'attestation pendant leur détention, une situation qui provoque souvent des ruptures de soins à la sortie.

7. Hygiène de la Tête aux Pieds : ectoparasitoses et affections cutanées, rapport de décembre 2013.

8. Moïsy Muriel, *La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012*, BEH n°36-37, 17 novembre 2015.



FOCUS

PARCOURS DE VIE N°5

L'accompagnement proposé par
la Croix-Rouge française: assurer une continuité des soins
et redonner dignité et estime de soi aux plus
« invisibilisés » par la société



Aller vers les invisibles et les « invisibilisés » : les équipes mobiles

La priorité de nos équipes sur le terrain est d'aller à la rencontre des personnes à la rue et de **maintenir, voire recréer un lien social**. L'objectif, quand elles le souhaitent, est ensuite de **les orienter vers une solution d'hébergement** qui leur convienne. Notre intervention est fondée sur **deux principes: respecter le choix des personnes, proposer en urgence une aide inconditionnelle**.

Nos équipes mobiles sont composées de groupes de trois ou quatre personnes, bénévoles ou salariés formés, et encadrés par un chef d'équipe expérimenté. À bord d'un véhicule ou à pied, ils assurent des tournées (ou maraudes) à des jours et heures fixes afin que les personnes sachent à quel moment elles peuvent les rencontrer. Ces **maraudes** peuvent être organisées **en soirée ou en journée, hiver comme été**, et sont renforcées en cas d'urgence (activation du plan Grand froid par exemple).



Lors de ces maraudes, les équipiers du Samu social distribuent des boissons, chaudes ou fraîches, de la nourriture, mais peuvent également fournir de manière exceptionnelle des vêtements, des couvertures, des duvets, des produits d'hygiène... **Cette aide matérielle, souvent très appréciée, n'est cependant qu'un prétexte pour établir un dialogue.** Petit à petit, à force de rencontres et d'échanges, les contacts se créent, favorisant ainsi le maintien du lien avec la société.

En relation avec le numéro d'urgence sociale 115, les équipes du Samu social peuvent informer les personnes sur les solutions d'hébergement dont elles peuvent bénéficier, leur laissant le choix d'accepter ou non cette aide. Dans certains cas, le transport des personnes vers les lieux d'hébergement est assuré par l'équipe elle-même. Lorsque l'état de santé ou les blessures de la personne le nécessitent, celle-ci est orientée vers un milieu hospitalier par les secours spécialisés. Une fois arrivée au Centre d'hébergement d'urgence (CHU), la personne sans abri va pouvoir bénéficier d'une chambre individuelle (2 personnes maximum) pour la nuit. Sur place, un travailleur social effectue un premier diagnostic et lui propose **un accompagnement social adapté à son histoire et à ses besoins.**

Les Lits halte soins santé

Les Lits halte soins santé (LHSS) accueillent des personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessite un temps de repos ou de convalescence, sans justifier d'une hospitalisation.

Ils accueillent, 24 heures sur 24 et 365 jours par an, les personnes sans domicile présentant des **problèmes de santé** nécessitant des soins quotidiens sans hospitalisation (tuberculose, pathologies aiguës ponctuelles telles grippe, angine, suites opératoires...). Ce dispositif assure une prise en charge sanitaire et sociale des personnes dont l'absence de domicile empêche une prise en charge satisfaisante de leurs problèmes de santé, et évite soit une rupture dans la continuité des soins, soit une aggravation de l'état de santé. Il propose aux patients une offre de **soins médicaux ou paramédicaux, un suivi thérapeutique, un accompagnement social, une offre de prestations d'animation et une éducation sanitaire.** Le personnel présent fait un suivi social de toutes les personnes hébergées et met tout en œuvre pour leur permettre de recouvrer les droits sociaux auxquels elles peuvent prétendre.

Ces structures fonctionnent avec une équipe pluridisciplinaire médico-sociale (un médecin généraliste, un infirmier diplômé d'État, un aide-soignant et une assistante sociale) qui travaillent avec des acteurs du terrain social, de l'urgence sociale et les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

Distribution de kits hygiène et bien-être

L'arrivée à la rue est synonyme d'une **grande difficulté à maintenir ses habitudes d'hygiène.** Les événements qui conduisent la personne vers l'exclusion affectent sa conscience de soi et l'entraînent vers une **dégradation de son estime de soi.** Ces personnes sujettes à une mauvaise hygiène développent des facteurs de risques pour les maladies de peau. Pour répondre à cet enjeu majeur de santé publique, la Croix-Rouge française se mobilise via l'**opération kits hygiène et bien-être.**

Afin d'améliorer l'accès à l'hygiène et aux soins, d'accompagner vers l'autonomie et le développement de l'estime de soi, et de faire évoluer les mentalités et les tabous, le programme est décliné en deux axes: **l'accès aux produits d'hygiène et l'orientation des bénéficiaires.**



Ainsi 100 000 kits hygiène et bien-être sont distribués chaque année afin de fournir les principaux produits et accessoires d'hygiène pour trois jours à une personne vivant à la rue. Ces kits répondent aux besoins en hygiène concernant **la santé bucco-dentaire** (brosse à dents, dentifrice), **le corps** (gel douche / shampooing, lait hydratant corps et visage, rasoirs, crème à raser, cotons-tiges, mouchoirs en papier), **les cheveux** (peigne pour les hommes, brosse à cheveux pour les femmes), **l'hygiène intime** (serviettes hygiéniques), **la sexualité** (préservatifs) et **l'estime de soi** (miroir).

Le kit hygiène et bien-être a été conçu comme **un outil pédagogique et d'orientation** dans le sens où il permet de faciliter les échanges entre les équipes de la Croix-Rouge française et les bénéficiaires. Le **livret d'information intégré au kit, traduit en cinq langues**, trouve son utilité dans l'apport d'éléments sur l'accès aux droits de santé et sur les comportements favorables à la santé.

Aménagement de peine pour raisons médicales (à destination des détenus)

La promulgation de la loi Kouchner du 4 mars 2002 a révolutionné les droits des malades détenus en donnant à ceux dont le pronostic vital est engagé ou à ceux dont l'état de santé est jugé incompatible avec la détention, la possibilité de sortir de prison pour se soigner, via une suspension de peine ou un aménagement de peine pour raison médicale.

Dans ce cadre, et parce que le maintien en détention d'une personne malade peut constituer un traitement inhumain et dégradant, la Croix-Rouge française s'est engagée, au nom de son principe d'humanité, à favoriser l'application de cette loi.

Ainsi l'association s'est investie dans un **travail de sensibilisation de ses établissements**, principalement des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), susceptibles d'être sollicités pour accueillir ce public spécifique.

TÉMOIGNAGE

PARCOURS DE VIE N°5

STÉPHANE, 54 ANS *

Après avoir passé une partie de sa vie en région parisienne, Stéphane, 54 ans, est revenu vivre dans sa ville natale il y a quelques années. À Avignon, il vit un moment de répit chez un ami dans un petit pavillon avec jardin, des arbres fruitiers et même quelques poules : « *j'étais heureux* ». Lorsque son ami meurt, il parvient à se maintenir dans les lieux un temps mais, sans titre d'occupation, il est bientôt expulsé. Les gendarmes, la maison murée sont un vrai choc pour le quinquagénaire : « *ça m'a fichu un sacré coup, au départ, je ne savais pas où aller. Je n'avais pas d'affaires, pas de sac à dos* ».

Depuis plus d'un an qu'il vit à la rue, difficile de dire que les choses s'organisent : « *Je suis seul dans la ville, je stresse, je dors mal, c'est violent d'être dehors.* » C'est d'autant plus violent que Stéphane a une santé fragile – une intervention chirurgicale en urgence pour une crise cardiaque il y a quelques années, dont il garde quelques fragilités et un traitement médicamenteux à vie : « *ça tue la rue, ça fait un an, ma santé en prend un coup* ».

Lorsque nous rencontrons Stéphane, il est venu consulter à l'Accueil santé social d'Antibes pour renouveler son traitement justement. Bien sûr, confie-t-il au bénévole de l'accueil, il sait qu'il a droit au RSA, il l'a déjà touché mais là, il n'a pas rempli « *sa feuille* ». « *À la CAF, pour le RSA, ça s'est modernisé, il y a des machines partout et personne pour t'aider, mais je vais faire les papiers...* », assure-t-il. C'est pareil pour la CMU, il manque encore un papier qu'il doit aller chercher à la Caisse primaire d'assurance maladie à l'autre bout de la ville, mais il va y aller. « *Tout ce qui est administratif, ça devient compliqué. J'ai l'impression qu'ils nous prennent de haut dans les bureaux. Il faut se plier à leurs règles du jeu...* »

« *Aujourd'hui, j'ai été voir l'assistante sociale du CCAS, je lui ai parlé du noyau du problème, mon papier pour toucher le RSA, et elle se concentre sur les choses qui ont moins d'importance (les repas, les vêtements). Ils me disent de revenir le vendredi matin car c'est pas la bonne personne, moi je suis cardiaque, je peux pas y aller le matin, je suis trop fatigué : comment je peux y aller tôt le matin alors que je dors dehors et que souvent, j'ai pas dormi de la nuit ?* »

Le principe de l'inconditionnalité de l'accueil à la Croix-Rouge française porte le souci de n'exclure aucune personne de nos actions. Parvenir à atteindre ces « invisibles » qui formulent peu de demande, c'est mettre à leur portée un certain nombre de propositions sans qu'il soit nécessaire de présenter des papiers ou des justificatifs. Stéphane résume ainsi sa relation avec les équipes de l'Accueil santé social : « *Je me sens bien accueilli, c'est des gens simples, ils ne me prennent pas la tête. Dans le cabinet du docteur, c'est calme, les gens lisent leur revue, personne ne parle, c'est coincé, je ne m'y sens pas à l'aise* ».

D'un souffle, il résume ainsi sa situation actuelle : « *Je suis en panne d'inspiration, en panne d'idées pour m'en sortir* ». Une façon sans doute de se renvoyer la responsabilité de la situation... En attendant que sa situation administrative se dénoue, Stéphane aime à expliquer qu'il fait le « *voiturier* » pour trouver de quoi survivre. Pour dépanner, sur un parking, il surveille les voitures en échange de quelques pièces : « *c'est de la débrouille* ». Lorsqu'on lui demande s'il a de la famille qui pourrait l'aider, il explique avoir volontairement pris ses distances. Il a bien une grande fille qu'il ne voit plus, un peu de famille aussi dont il nous dit qu'il « *préfère les laisser vivre tranquilles* ». De son histoire familiale, on apprendra peu sinon qu'elle est jalonnée de ruptures affectives. Le décès brutal de ses deux sœurs, puis celui de sa mère. Stéphane utilise la métaphore du boxeur : « *un coup de trop qui m'a achevé* ».

* Entretien réalisé en septembre 2015.

**LES LEVIERS DE L'ACCÈS
À LA SANTÉ :
NOS ENGAGEMENTS ET NOS
RECOMMANDATIONS**





**Nous sommes,
comme depuis 150 ans,
partout où vous avez
besoin de nous.**

Mélanie, Stéphane, Rêjne... Chacune de ces personnes a bien voulu nous livrer en quelques mots son parcours, ses « traversées de catastrophes »⁹ personnelles, ses espoirs, ses découragements. Qu'elles en soient chaleureusement remerciées ici car cette parole est précieuse. Les bénévoles et les salariés qui les côtoient chaque jour le savent, la présence de la Croix-Rouge auprès d'eux est un soulagement. Mais bien souvent, ces bénévoles et salariés ont le sentiment de tenter de panser des plaies ou de débloquer des situations qui auraient pu être « évitables ».

Dans le domaine de la santé, on parle d'ailleurs de « mortalité évitable » pour désigner ces morts prématurées causées par l'absence de recours à des soins appropriés en temps opportun, ou encore de mesures de prévention. Par analogie, on dit que les inégalités sociales de santé sont « d'évitables injustices ». Cette expression résume à elle seule la raison de notre engagement pour l'accès à la santé et le sens de notre action. Elle nous exhorte également à aller au-delà du témoignage, pour ouvrir des pistes de réflexion et formuler des recommandations.

9. Expression empruntée au philosophe P. Zaoui, du titre de son ouvrage, *La traversée des catastrophes : philosophie pour le meilleur et pour le pire*.

NOS CONSTATS

Ce qui peut sembler une évidence porte depuis toujours notre action : les processus de précarisation ne sont ni écrits ni inéluctables. Nos cinq figures de la précarité proposées en partie II ont, bien sûr, une dimension quelque peu schématique... Elles ont néanmoins pour ambition de montrer la nécessité d'œuvrer au plus près des parcours de vie dans leur globalité, y compris en prenant en considération tous les aspects sociétaux liés aux territoires. Pouvoir intervenir en amont et éviter que les personnes ne basculent dans la spirale de la précarité, voire de l'exclusion, suppose d'en connaître les ressorts et d'identifier les chausse-trapes possibles de ces parcours.

Des accès à la santé trop complexes et pas assez coordonnés

Le nonaccès à la santé est souvent aggravé par plusieurs facteurs, parmi lesquels la **méconnaissance des dispositifs**, l'impossibilité conjoncturelle ou permanente de comprendre leur complexité et leur complémentarité, ainsi que **l'isolement géographique, social et culturel**. Bien trop souvent, la personne est livrée à elle-même et tente de devenir sa propre ressource de santé, mais dans la plupart des cas elle ne peut y parvenir, car le chemin à parcourir est semé d'embûches. Les accompagnements sont nécessaires, pour justement permettre d'accroître les chances d'une plus grande autonomie. Ces accompagnements (éducation, soutien social, soins sanitaires de base...) nécessitent des experts de divers domaines qui soient coordonnés dans le milieu de vie des personnes. Il s'agit alors de co-construire pour éliminer progressivement toutes les « cabosses » de la vie.

L'enjeu des « déserts médicaux »

Un nombre croissant de personnes en France subit les effets de la « fracture médicale ». Malgré une augmentation continue du nombre de médecins (près de 220 000 aujourd'hui, soit deux fois plus qu'en 1980, ce qui représente une densité moyenne de 334 praticiens pour 100 000 habitants), le nombre de praticiens qui vont partir à la retraite dans les prochaines années conduit à fragiliser certains territoires. Ainsi, par exemple, on peut évoquer l'Indre et la Nièvre qui ont perdu plus de 10 % de leur population médicale en 8 ans, ou encore l'Eure qui est le département le moins peuplé en médecins de France, avec 180 praticiens en activité régulière pour 100 000 habitants, alors que Paris en compte 789... Le phénomène est accentué par **une grande disparité entre les départements**. Ce constat ne concerne pas uniquement les médecins, mais s'applique aussi à la répartition géographique d'une part importante des structures à vocation sociale et de santé. De façon schématique, on peut tracer une quasi « **diagonale de la désertification des offres de santé** » qui traverse la France, allant des Ardennes jusqu'aux Landes, avec des régions au centre fortement touchées. Ce phénomène est souvent corrélé géographiquement avec celui de la fragilisation et de la précarisation des populations, ce qui ne fait qu'aggraver la situation des personnes concernées.

Face à ces constats, la Croix-Rouge française renforce ses engagements et exprime des recommandations qu'elle souhaite partager avec les autres acteurs du secteur et ses partenaires, dont les pouvoirs publics.

LA CROIX-ROUGE RENFORCE SON ENGAGEMENT

La Croix-Rouge française réaffirme son rôle d'observateur

Au niveau national, la Croix-Rouge française, en tant que grand témoin de la précarité et des vulnérabilités, a décidé, dès 2016, de **se doter d'un observatoire pour porter un regard averti sur les situations des personnes à qui elle vient en aide**. Cet observatoire développera une expertise en matière de collecte de données socio-économiques et analysera les parcours de vie des personnes accompagnées par l'association. Il réalisera une veille sur les études menées par les organismes publics et privés en matière de santé, de pauvreté, de précarité, de vulnérabilité, d'urgence et se veut force de propositions. **Porteur d'innovation, l'observatoire identifiera dans ses études les facteurs de risques qui aggravent les situations des personnes, pour répondre au plus près des besoins identifiés.**

Nous avons pris un autre engagement afin de répondre au mieux aux besoins des personnes accompagnées : **mesurer l'utilité sociale de nos programmes par des enquêtes**. Évaluer l'impact social d'un programme ou d'une action consiste à s'intéresser aux changements positifs ou négatifs, prévus ou non, à court, moyen et long terme, engendrés par un projet sur l'ensemble de ses parties prenantes. C'est aussi mesurer les résultats sur les situations sociale, économique, psychologique ou sanitaire des personnes vulnérables, ainsi que sur la diminution des inégalités territoriales.

Cette mesure permet également de questionner les besoins des parties prenantes, notamment des bénévoles, des salariés et des personnes accompagnées, pour réorienter l'action si nécessaire.

Des diagnostics régionaux pour affiner et co-construire les réponses

La Croix-Rouge française s'engage à **ancrer son action dans chaque territoire en tenant compte des spécificités locales** par le biais de diagnostics régionaux. Leur but est de mettre tous les acteurs, bénévoles et salariés, autour de la table pour réfléchir aux axes d'action prioritaires, en fonction des besoins préalablement identifiés. Les directions régionales de la Croix-Rouge française mènent actuellement ces diagnostics. Leurs objectifs sont multiples. Il s'agit notamment de faire se rencontrer les ambitions nationales de la Stratégie 2020 de l'association avec les spécificités de chaque territoire.

Ces diagnostics sont aussi un moyen de **travailler de manière précise sur les besoins territoriaux, tout en visant un renforcement global des synergies**, que ce soit celles entre les actions des bénévoles et des salariées de la Croix-Rouge française, ou celles avec les partenaires nationaux, territoriaux et départementaux. Ces diagnostics seront actualisés régulièrement, ce qui permettra de **repérer plus en amont les besoins émergents et donc de leur apporter des réponses *ad hoc* plus rapidement**. Les diagnostics de la Croix-Rouge française se feront également sur les offres des autres acteurs sanitaires et sociaux dans le but d'affiner davantage encore les réponses et les complémentarités.

De plus, comme cela a été explicité dans la première partie, la santé dans son acception la plus complète ne doit pas être traitée isolément. **La santé est un « tout » qu'il faut intégrer à toutes nos actions**, quelle qu'en soit la nature. Pour cela, la Croix-Rouge française s'appuie sur ses ressources internes et travaille à **renforcer la complémentarité entre l'expert technique (le salarié), l'expert de la relation humaine (le bénévole) et le bénéficiaire**, dans un partage de savoirs et savoir-faire qui sont différents, mais dans une relation d'interdépendance vertueuse. Du point de vue de nos ressources externes, il est là aussi essentiel de travailler « main dans la main », dans une relation de proximité étroite, avec les acteurs qui sont déjà présents.

Contribuer à atténuer les « déserts médicaux »

Malgré son maillage territorial étendu (1 000 unités et délégations, 600 établissements et services), la Croix-Rouge française ne pourra pas à elle seule répondre à la question des déserts médicaux. Toutefois, en adaptant encore mieux son offre sur un plan territorial et, a fortiori, en s'engageant dans des relations partenariales et complémentaires, elle pourra apporter concrètement sa pierre à l'édifice, afin de contribuer efficacement à la réduction du nombre de « déserts médicaux ». En effet, si rien n'est fait collectivement, ce phénomène est voué à prendre de l'ampleur dans les années à venir. La Croix-Rouge française s'engage dans cette voie, pour inverser la tendance et initier des cercles vertueux. Pour augmenter les chances d'y parvenir, elle invite à **des synergies constructives**, avec l'objectif de contribuer efficacement et de manière adaptée aux réponses en termes de santé globale, aux niveaux local, départemental et régional. Dans cette optique, il est d'autant plus primordial de regarder et de **considérer la personne dans son ensemble, dans son environnement et son écosystème**. **Nous affirmons ainsi une volonté forte d'améliorer la vie quotidienne et la santé de nos concitoyens.**

NOS RECOMMANDATIONS

DÉCLOISONNER LES ACTIONS ET LES SYSTÈMES

Les systèmes français d'actions sociale, sanitaire et médico-sociale sont particulièrement bien structurés : à chaque dispositif correspond un public défini, une action identifiée. Cette « netteté » dans les périmètres d'action dévolus à chacun contraste avec ce qui caractérise les parcours de vie des personnes vulnérables, à savoir les ruptures, les changements permanents, les cahots qui désorganisent, ou encore l'intrication de plusieurs problématiques qui viennent se cumuler. Chacun, avec son expertise et ses moyens, va tenter d'apporter des réponses, dont l'efficacité sera forcément émiettée. Tout ce qui peut contribuer à éviter le morcellement des prises en charge dans le cadre du parcours de vie et de santé de la population doit être mis en œuvre. Pour une meilleure efficacité, il faut mieux prendre en compte les étapes de vie successives des personnes, les différentes dimensions de leur situation.

L'accompagnement doit impérativement s'orienter vers plus de globalité, ce qui implique nécessairement l'examen de la situation des personnes dans leur ensemble pour proposer des parcours d'accompagnement social, sanitaire et médico-social plus cohérents.

ESSAIMER LA POLITIQUE DE « L'ALLER VERS » POUR LES PUBLICS LES PLUS INVISIBLES

Un des atouts majeurs de la Croix-Rouge française, dont nous préconisons l'essaimage, est la politique de « l'aller vers » pour les publics les plus invisibles. Qu'il concerne la distance sociale vis-à-vis de toute démarche de santé ou encore l'éloignement physique des structures de soins, « l'aller vers » auquel nous faisons référence ici englobe différentes dimensions. Il s'agit de mettre à la portée de tous les outils pour prendre en main sa propre santé. Les « évitables injustices » contre lesquelles il faut lutter impliquent en effet d'augmenter les efforts de proximité avec les publics vulnérables.

C'est pourquoi il nous semble essentiel de renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé auprès d'eux, en proposant notamment plus de dispositifs mobiles de prévention et de soins de premiers recours, tout en luttant contre l'isolement.

MIEUX RECONNAÎTRE LA VALEUR AJOUTÉE DU BÉNÉVOLAT

Le bénévolat est un accélérateur de citoyenneté active, car il modifie le regard sur l'autre, et renforce l'esprit de cohésion, ainsi que le bien-vivre ensemble. En tant que tel, il contribue à animer les territoires et à faire exister de véritables « veilles solidaires et citoyennes » de proximité. Les exemples sont nombreux, dont le cas typique est celui du secouriste bénévole qui intervient pour une situation d'urgence et repère la nécessité d'un accompagnement social et de santé sur la durée. Cela s'explique notamment par le fait que les missions bénévoles impliquent une vision empathique de l'autre, une attention accrue à l'environnement et aux situations dans leur globalité. La relation entre le bénévole et la personne accompagnée a aussi pour ambition de donner au bénéficiaire les moyens d'être lui aussi un acteur de sa propre santé. Une des missions de la Croix-Rouge française est d'ailleurs de favoriser le retour vers l'autonomie. Tout le monde y gagne, que ce soit le bénéficiaire ou les intervenants des secteurs sanitaire et social, notamment en termes de nombre de consultations, de consommation de médicaments, etc. Cette démarche s'inscrit également dans un cadre préventif, en permettant à la personne de mieux prendre soin d'elle-même en amont.

Pour toutes ces raisons et bien d'autres encore, la Croix-Rouge française demande une meilleure reconnaissance et une plus grande valorisation du statut bénévole par les pouvoirs publics.

PRENDRE EN CONSIDÉRATION L'ASPECT INNOVANT DU TISSU ASSOCIATIF

En plus d'être un observatoire, le tissu associatif est un laboratoire d'initiatives. Il s'inscrit souvent dans l'avant-garde et l'expérimentation des politiques publiques. En effet, les associations sont à la pointe de la mise en œuvre des dispositifs de dernière génération et inventent des réponses nouvelles aux besoins sociétaux émergents, en étant là où les besoins se font sentir et là où, parfois, on ne les attend pas. C'est le cas de la Croix-Rouge française qui est en mesure de proposer aussi bien des solutions de niche que des modèles reproductibles à grande échelle. Croix-Rouge sur roues (*voir page 17*), +Hand.e-Way (*voir page 6*) et les Haltes répit-détente Alzheimer (*voir page 22*) sont des exemples parmi d'autres de dispositifs innovants créés pour répondre de façon adaptée aux attentes et aux besoins rencontrés sur le terrain. Les raisons de cette grande créativité des associations sont liées à leur souplesse, à leur agilité et aux caractéristiques intrinsèques du bénévolat. Comme les associations sont au plus près des besoins émergents, elles sont obligées, pour y répondre, d'inventer les solutions de demain.

En tant que partie prenante de l'économie sociale et solidaire, la Croix-Rouge française souhaite que le caractère novateur du tissu associatif soit mieux reconnu.

ANNEXES

Réformes accès à la santé - Chronologie

1945 - Création de la Sécurité sociale

Ordonnance du 19 octobre 1945 et lois de 1946

Instauration d'un régime de protection sociale en France.

1946 – Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

Alinéa 11

Reconnaissance du droit à la protection de la santé, qui fait toujours partie intégrante de notre bloc de constitutionnalité actuel, donc ce droit à la protection de la santé a valeur constitutionnelle.

1970 - Loi Boulin

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JORF du 3 janvier 1971, page 67

Instauration de la carte sanitaire et de la notion de « service public hospitalier ».

1991 - Loi Evin - Durieux

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n° 179 du 2 août 1991, page 10255 et rectificatif

Renforcement de la planification sanitaire avec la création des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et des conférences sanitaires de secteur, établissement d'un projet d'établissement.

1999 – Loi CMU

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, JORF n° 172 du 28 juillet 1999, page 11229 et rectificatif

Création d'une CMU de base et d'une CMU complémentaire pour favoriser l'accès aux soins des plus démunis, lancement d'une expérimentation de nouveaux modes de financement des établissements de santé basés sur une tarification à la pathologie.

Mise en place de l'Aide médicale d'État (AME) le 1^{er} janvier 2000, qui remplace l'Aide médicale gratuite.

2002 – Loi Kouchner

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, page 4118

Renforcement des droits à l'information et au consentement du malade, participation accrue de l'usager du système de santé, instauration d'un droit à indemnisation pour les victimes d'accidents médicaux, consécration de la notion de démocratie sanitaire.

2003 – Plan Mattei

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, JORF n° 206 du 6 septembre 2003, page 15391

Il s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 » : simplification des outils de planification et du régime

des autorisations (suppression de la carte sanitaire, mise en place des territoires de santé), développement des investissements immobiliers (bail emphytéotique, partenariat public-privé).

2004 – Loi de Santé publique

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF n° 185 du 11 août 2004, page 14277 et rectificatifs 1 et 2

Deuxième loi de santé publique après celle de 1902: définition d'objectifs prioritaires de santé et déclinaison de plans stratégiques pour les cinq ans à venir, modification de la politique régionale de santé (mise en place du Groupement régional de santé publique, élaboration d'un Plan régional de santé publique...), modernisation du système de veille et d'alerte sanitaires.

2004 – Loi Douste-Blazy

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF n° 190 du 17 août 2004, page 14598 et rectificatif

Réforme du parcours de soins avec l'introduction du médecin traitant, instauration du Dossier médical personnel (DMP) et d'une procédure d'accréditation des médecins, mise en place de nouvelles instances nationales de pilotage (Haute autorité de santé (HAS), missions régionales de santé), création du dispositif d'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

2009 – Loi HPST

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n° 0167 du 22 juillet 2009, page 12184

Modifiée par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n° 0185 du 11 août 2011, page 13754

Création des Agences régionales de santé (ARS) et refonte de la gouvernance hospitalière (renforcement du rôle du directeur, remplacements du conseil exécutif par un directoire et du conseil d'administration par un conseil de surveillance...), mise en place des communautés hospitalières de territoire.

Loi de Financement de la Sécurité sociale

Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016

Mise en œuvre de la Protection universelle maladie (PUMA), effective au 1^{er} janvier 2016.

2016 – Loi de modernisation du système de santé

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n° 0022 du 27 janvier 2016, texte n° 1

Renforcement de la prévention. Réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste. Développement des droits des patients. Création des Groupements hospitaliers de territoires (GHT).

Glossaire

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACS	Aide à la complémentaire santé
AcSS	Accueil santé social (anciennes APASM: Antennes de premier accueil social médicalisé)
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
AME	Aide médicale d'État
APRE	Aide personnalisée de retour à l'emploi
ARS	Agence régionale de santé
CADA	Centre d'accueil des demandeurs d'asile
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAP	Chèque d'accompagnement personnalisé
CCAS	Centres communaux d'action sociale
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre d'hébergement d'urgence
CMU	Couverture maladie universelle
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRE	Croix-Rouge écoute
CRED	Croix-Rouge écoute les détenus
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CRF	Croix-Rouge française
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DMP	Dossier médical personnalisé
DREES	Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
FLE	Français langue étrangère
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HPST	Loi Hôpital, patients, santé et territoires
HRDA	Halte répit-détente Alzheimer
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé (anciennement CREDES)
IRES	Institut de recherches économiques et sociales
LHSS	Lits halte soins santé
MONALISA	Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONPES	Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale
PMI	Protection maternelle et infantile
PNNS	Programme national nutrition santé
PUMA	Protection universelle maladie
RSA	Revenu de solidarité active

Bibliographie

Caisse nationale d'assurance maladie, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance-maladie pour 2016 » in *Rapport charges et produits pour l'année 2016*, juillet 2015.

CALVET Lucie, MOISY Muriel, avec la collaboration d'O. Chardon, L.GonzaLez et N.Guignon, « Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge » in *Études et résultats*, n° 0847, DREES, juillet 2013.

DARMON Nicole, « Insécurité alimentaire pour raisons financières en France » in *Résultats de l'étude INCA2 2006-2007*.

DREES, « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins » in *Études et résultats*, n° 0944, DREES, décembre 2015.

DREES, « L'état de santé de la population en France », Rapport 2015.

ERNST Ségolène, MERIAUX Irène, *Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : faire partie du problème ou contribuer à la solution?*, Faculté de Médecine de Marseille, juin 2013.

European Commission, Eurostat, *Physicians by Speciality*, European Commission, 2012.

Fondation de France, *Les solitudes en France*, juillet 2014.

HCAAM, *Rapport sur l'accessibilité financière des soins*, HCAAM, 2011.

INSEE, « Les revenus d'activité des médecins libéraux récemment installés : évolutions récentes et contrastes avec leurs aînés » in *Emploi et revenus des indépendants*, INSEE, 2015.

IRDES, *Enquête santé et protection sociale (ESPS)*, 2012.

LEGAL Renaud, VICARD Augustin, « Renoncement aux soins pour raisons financières » in *Dossiers solidarité et santé*, n° 66, DREES, juillet 2015.

LEGROS Michel (resp.), BAUER Denise, GOYAUX Nathalie (rapporteurs), *Santé et accès aux soins : pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins* (rapport du groupe de travail), CNLE, novembre 2012.

MARRON-DELABRE Alice, RIVOLLIER Elisabeth, BOIS Christophe, « Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients » in *Santé Publique*, vol. 27, juin 2015, pp. 837-840.

Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France*, octobre 2015.

Ministère de la Santé, « Coopération entre professionnels de santé » in *Fiches pédagogiques HPST*, ministère de la Santé.

MOISY Muriel, « État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA » in *Recherches, études, évaluation et statistiques*, DREES, juin 2014.

Observatoire du Samu social de Paris, « Hygiène de la tête aux pieds : ectoparasitoses et affections cutanées » in *Rapport de l'enquête HYTPEAC*, Samu social de Paris, décembre 2013.

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), *La France des invisibles : enquête*, ONPES, décembre 2015.

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), *L'invisibilité sociale : étude exploratoire*, ONPES, juin 2014.

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), *L'invisibilité sociale selon les travailleurs sociaux : publics et mécanismes*, ONPES, novembre 2015.

Budgets de référence, ONPES, CREDOC, IRES, juillet 2014.

Rapport d'information sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information n° 3524 du 9 juin 2011 sur l'évaluation de l'aide médicale d'État, Assemblée Nationale, novembre 2015.

Remerciements

PARTENAIRES - La Croix-Rouge française remercie ses partenaires pour leur soutien dans le déploiement de ses actions, notamment : La Fondation SANOFI Espoir pour les Accueils santé social, Mutex pour les Haltes répit-détente Alzheimer (HRDA), SCA Hygiène Products pour la distribution des Kits hygiène et bien-être.

COMITÉ DE LECTURE - La Croix-Rouge française remercie en premier lieu les personnes qu'elle accueille chaque jour pour avoir livré leurs histoires de vie avec confiance. L'association remercie également ceux sans qui l'action n'aurait pas de sens au quotidien : les 18000 salariés et les 58000 bénévoles.

Enfin, la Croix-Rouge française remercie les membres du Comité de lecture du « Pacte pour la santé globale des plus vulnérables » pour leurs précieux conseils avisés : Pr Jean-Jacques Eledjam, président national de la Croix-Rouge française ; Annie Burlot-Bourdil, directrice générale de la Croix-Rouge française ; Michel Legros, membre qualifié, vice-président du Conseil des formations de l'École des hautes études en Santé publique et membre de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale ; Dr Caroline Cross, vice-présidente de la Croix-Rouge française ; Dr Françoise Fromageau, secrétaire nationale de la Croix-Rouge française et présidente de la Commission de l'engagement et de la vie associative ; Dr Jacqueline Ibrahim, administratrice de la Croix-Rouge française et présidente de la Commission des établissements sanitaires, médico-sociaux et de formation ; Marc Zyltman, administrateur et président de la Commission urgence, secourisme et action sociale ; Isabelle Decaris, directrice de la Fondation pour le lien social ; Sandrine Witeska, directrice de la Communication et de développement des ressources à la Croix-Rouge française.

COMITÉ DE RÉDACTION : Dr Pascal Cassan, médecin conseiller national à la Croix-Rouge française, directeur du Centre mondial de référence des premiers secours ; Murielle Jamot, déléguée nationale des filières Personnes âgées, Domicile et Enfance-famille par intérim à la Croix-Rouge française ; Thomas Bonthoux, délégué national de la filière Sanitaire à la Croix-Rouge française ; Céline Poulet, déléguée nationale de la filière Handicap à la Croix-Rouge française ; Olivier Dupuy, délégué national de la filière Lutte contre les exclusions à la Croix-Rouge française ; Lucie Machuron, chargée de projet filière Sanitaire ; Stéphanie Giron, chargée de mission Santé-Précarité ; Marie Donius, chargée de mission Observation-Evaluation ; Marine Bouniol, responsable éditoriale ; Benjamin Lagrange, responsable des éditions institutionnelles ; Matthieu Brousson et Juliette Polloli, stagiaires.

Croix-Rouge française

98, rue Didot 75694 Paris Cedex 14

Tél. : 01 44 43 11 00 - Fax : 01 44 43 11 01



croix-rouge française

PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS



Suivez-nous sur :

<http://www.croix-rouge.fr>

<http://pourvous.croix-rouge.fr>

<https://www.facebook.com/fr.CroixRouge>

<https://twitter.com/CroixRouge>