

## Synthèse des réunions de présentation des résultats de l'étude.

Entre le 4 mai et le 11 juin 2012, 7 réunions ont été organisées sur l'ensemble du territoire du département de la Savoie : St Genix sur Guiers, Aix les Bains, Saint Jean de Maurienne, Albertville, Montmélian, Chambéry et La Léchère. Ces rencontres ont rassemblé environ 140 personnes dont 95 professionnels de l'action sociale, 30 professionnels du secteur de la santé (médecins libéraux et hospitaliers, salariés de CSAPAS et du CHS), 10 représentants d'institutions (Collectivités locales, Mutualité, Assurance Maladie..) et 5 représentants des associations (Secours Catholique, Vie Libre..). Cette initiative a été très appréciée par les participants désireux d'avoir un retour. Dans chaque territoire les échanges ont été riches et constructifs.

Ces rencontres ont été organisées grâce à la collaboration des Coordinatrices Cohésion Sociale du Conseil Général de la Savoie ainsi que de Martine Etellin, responsable du Pôle Santé Prévention Solidarité à la Ville d'Aix les Bains. Qu'elles en soient chaleureusement remerciées.

A partir des échanges issus de ces réunions nous pouvons préciser les objectifs opérationnels d'un réseau départemental Santé et Précarité en Savoie tel qu'il est proposé dans le rapport :

- Améliorer notre connaissance des problèmes de santé rencontrés par des publics spécifiques et/ou isolés,
- Identifier, par territoires, les problèmes d'accès aux soins (incluant refus de soins, renoncement et non recours) et proposer des mesures concrètes tant au niveau local que départemental,
- Développer l'information sur l'accès aux droits, à la protection sociale,
- Valoriser et mutualiser les différentes modalités d'accompagnement à la santé des personnes précaires à partir des initiatives territoriales et départementales,
- Développer et encourager la participation des personnes en situation de précarité, aux initiatives mise en œuvre,
- Contribuer à la mobilisation locale de l'ensemble des acteurs concernés par l'accès à la santé des personnes précaires.

Le texte ci-dessous illustre chacun de ces objectifs à partir des propos échangés lors des rencontres territoriales.

### **Améliorer notre connaissance des problèmes de santé rencontrés par des publics spécifiques et/ou isolés :**

*« Parmi les éléments relevés par cette enquête, il ressort la question de la bonne identification des populations précaires : elles apparaissent moins bien connues et plus diffuses en milieu rural et en montagne. Elles s'éloignent alors également peut être de l'imaginaire collectif tendant à représenter ces populations précaires dans un environnement plus urbain.*

*Cette précarité peut également être retrouvée avec force au sein des populations d'étudiants ou de jeunes adultes en grande précarité, il s'agit davantage de "survivre" que de vivre. »<sup>1</sup>*

- ❖ Dans l'Avant Pays, il est fait état des « hommes seuls en caravane » ou dans des abris précaires. Ce sont des situations d'hébergement qui témoignent cependant d'une certaine « solidarité rurale ».
- ❖ Dans ce territoire, la démographie est en augmentation : personnes travaillant à Grenoble, Lyon ou Chambéry : à St Genix, le personnel médico-social du collège est confronté à des difficultés dans ses interventions sociales du fait du découpage territorial entre Isère et Savoie en particulier.

<sup>1</sup> Les textes en italique sont tirés d'un document rédigé par Stéphanie Borgella Chargée de mission "santé-territoire" à l'APTV (Assemblée du Pays Tarentaise Vanoise) à l'issue de la rencontre à Albertville.

- ❖ En Maurienne, l'éducatrice du Pélican chargée du programme d'échange de Seringue (P.E.S.) est témoin de situations de personnes qui cherchent à éviter d'être repérés par les différentes institutions.
- ❖ Les saisonniers des stations de tourisme ont une relation à leur santé et des problématiques bien distinctes selon leur provenance (français souvent instables, étrangers, jeunes étudiants...).
- ❖ La situation particulière des demandeurs d'asile est régulièrement évoquée : en Savoie, Modane est souvent la 1<sup>ère</sup> étape en France pour les demandeurs d'asile qui ensuite descendent vers Chambéry...
- ❖ La précarité concerne aussi les personnes en AAH, des retraités, des jeunes en formation. Les personnes précaires retraitées font rarement des demandes aux services sociaux.
- ❖ Parmi les travailleurs précaires, ceux qui sont uniquement sous le statut d'auto entrepreneur rencontrent de grandes difficultés en matière de protection sociale : lourdeur de la démarche, attente, pas d'interlocuteur aidant.

**Identifier, par territoires, les problèmes d'accès aux soins (incluant refus de soins, renoncement et non recours) et proposer des mesures concrètes tant au niveau local que départemental.**

*« L'accès aux soins par son recours ou encore son renoncement repose sur un ensemble de facteurs intriqués : information, soutien, présence de ressources sanitaires, accessibilité géographique et financière, relation au corps... »*

*Concernant la question des ressources sanitaires, le rapport souligne la problématique des effectifs médicaux qui commencent à se raréfier à la fois dans certaines zones urbaines (notamment à Albertville) ou encore rurales. Les problèmes de déplacement vers les soins se posent avec une acuité particulière en zones rurales, notamment en montagne. La proximité des soins est alors également liée à la question du maintien des services hospitaliers dits de proximité. A cette question de la démographie médicale déclinante et de distance d'accès aux soins, se joint la réflexion faite sur le temps d'accès aux soins en termes de délais de rendez-vous accordés aux patients, et plus particulièrement pour les spécialistes. Se pose alors la question de la pertinence du dépistage face à ces constats.*

*En débat à l'échelle nationale actuellement, les dépassements d'honoraires constituent un frein d'accès aux soins notable, qu'il s'agisse de médecine spécialisée ou encore d'hospitalisations. »*

- ❖ En Tarentaise Vanoise, nos interlocuteurs estiment que les problèmes liés à la distance, à l'éloignement des lieux de soins, sont connus mais jamais reconnus. Dans une moindre mesure ces problèmes de distances sont évoqués dans les territoires ruraux tels que l'Avant Pays, la Combe de Savoie ou les Bauges.
- ❖ Dans les vallées la question de l'absence de spécialistes est importante tout comme celle de la variation démographique (été/hivers) et le manque de généralistes. Ainsi en Tarentaise il y a un délai d'attente régulier de plus de 8 mois pour des soins d'ophtalmologie et parfois un an d'attente pour une prise en charge en CMP.
- ❖ Pour les saisonniers réguliers, certains médecins deviennent leur médecin généraliste..
- ❖ Nos interlocuteurs mettent en évidence la concentration des services de pointe à Grenoble et à Chambéry. Si à Chambéry les professionnels et les associations rencontrent peu de difficultés pour l'accès aux soins des plus précaires, il en est autrement dans le reste du département, y compris lorsque des dispositifs existent : par exemple à Albertville, la PASS est toujours en attente d'un médecin.
- ❖ Sur plusieurs territoires les difficultés d'accès à l'AME sont soulignées ce qui conduit à un retard des soins et à une aggravation des pathologies.
- ❖ Les difficultés pour trouver des réponses suite aux dépistages faits par le Centre d'Examens de Santé sont évoquées ; certains estiment que l'intérêt du dépistage est discutable si les soins ne suivent pas. Pour des psychologues, il y a un risque d'effet pervers dans le dépistage : traitement du « symptôme » au détriment de la prise en charge globale.
- ❖ Le problème des dépassements d'honoraires fait dire aux bénéficiaires que « le service public est fait pour les pauvres ». Les dépassements sont particulièrement problématiques en station où bon nombre de médecins sont en secteur 2.
- ❖ L'accès aux urgences est complexe, notamment pour les personnes précaires : il y a un manque de connaissances des dispositifs, des procédures
- ❖ La question des refus de soins a souvent été reprise dans les discussions y compris en évoquant parfois les refus du tiers-payant ou de refus de CMU/CMUC.
- ❖ Enfin, en milieu rural, il est souligné qu'il y a de moins en moins de visites (médicales et sociales) à domicile.

## Développer l'information sur l'accès aux droits, à la protection sociale.

De nombreux professionnels et représentants d'institutions sont impliqués dans des actions sur l'accès aux droits des personnes : travailleurs sociaux, salariés de la CPAM, associations...

- ❖ Pour de nombreux participants à ces rencontres il est encore difficile d'acquérir des droits notamment en matière de Sécurité Sociale : les plateformes téléphoniques ne facilitent pas les choses, aussi bien pour les personnes elles même que pour les accompagnants Pour les PASS la Sécurité Sociale « c'est le château fort ». Il existe cependant des Points Santé de l'Assurance Maladie dans plusieurs endroits.
- ❖ Du point de vue de la Sécurité Sociale, ces situations sont dues au fait que souvent les personnes n'ont pas toujours les papiers nécessaires à l'ouverture ou au maintien de leurs droits.
- ❖ La nécessité d'informer sur l'accès aux droits pour lever les freins à l'accès aux soins a été souvent évoquée lors des rencontres avec la demande de création de nouveaux outils d'information.
- ❖ Il ressort une forte demande des professionnels et des associations d'avoir à la fois une connaissance précise des ressources locales en matière de soins et d'accompagnement vers le soin, et une connaissance de l'organisation des réponses sur la protection sociale. Ils estiment qu'il est difficile d'orienter vers « la bonne personne ».
- ❖ La Mutualité souhaite réunir les organismes d'Assurance Maladie et Revih Sts pour travailler sur ces questions d'accès aux droits notamment à l'ACS (Aide à la Complémentaire Santé).

## Valoriser et mutualiser les différentes modalités d'accompagnement à la santé des personnes précaires à partir des initiatives territoriales et départementales.

*« Pour la sphère sociale, un interlocuteur pertinent ne pourrait-il pas être un "généraliste social" en miroir au médecin généraliste de la sphère sanitaire? »*

*Les médecins des PASS, au sein des hôpitaux, sont des interlocuteurs de choix pour les populations précaires, qui à défaut de pouvoir être suivis par un médecin traitant en ville, maintiennent une prise en charge générale. A ce titre, le rôle important et fédérateur de la PASS est rappelé. Selon les secteurs géographiques, les stratégies pour amener les personnes vers les soins ne sont pas les mêmes. »*

- ❖ Le territoire géographique qui délimite et encadre les modalités d'accompagnement des personnes vers le soin est le territoire des professionnels et des institutions, celui qui correspond à leur organisation, à leur bassin de vie.
- ❖ L'accompagnement physique des personnes précaires est parfois difficile à cause des contraintes des professionnels de l'action médico-sociale. Et pourtant, le renoncement aux soins peut être endigué par cet accompagnement, un accompagnement physique qui prend du temps.
- ❖ Ainsi, pour les personnes âgées, il est important de travailler avec les personnes qui font de l'aide à domicile. Ces travailleurs sociaux de premières lignes (travailleuses familiales, auxiliaires de vie...) ont un rôle fondamental dans l'accès à la santé des personnes précaires, parce qu'elles interviennent directement dans les familles.
- ❖ Le bilan du dispositif « accompagnateur santé » mis en place dans certains territoires par le Conseil Général, est très positif ; contrairement aux craintes exprimées antérieurement, cela ne crée pas un « un appel d'air » vers les services de la psychiatrie mais permet une meilleure orientation des personnes. Ce dispositif est perçu comme une véritable aide pour les travailleurs sociaux.
- ❖ Ces accompagnateurs santé sont des infirmiers de la psychiatrie, détachés du CHS. En Tarentaise le choix a été fait de s'appuyer sur le travail du travailleur social de la PASS du Centre hospitalier d'Albertville-Moutiers. Il n'a donc pas le même profil professionnel, ses missions ne sont pas les mêmes ; son travail n'est donc pas semblable à celui des accompagnateurs santé.
- ❖ Certaines pharmacies acceptent une délivrance quotidienne des traitements pour éviter problèmes de violence ou revente de médicaments.
- ❖ Déterminantes dans le maintien du lien social, les actions collectives semblent de plus en plus difficiles à mettre en œuvre et à maintenir sur le long terme.
- ❖ Dans certains secteurs ruraux des associations de transport de personnes concourent à l'accès aux soins : il y a là des pistes à poursuivre

*« Les publics de primo-arrivants nécessitent un accompagnement particulièrement important des différents acteurs, dont le bon maillage s'avère essentiel. La prise en charge de certaines pathologies peut s'avérer problématique notamment par rapport à la barrière de la langue. Les jeunes en errance constituent également un public pour lequel les approches doivent être adaptées Pour les personnes en errance, il est possible d'organiser les prises de traitements avec des pharmacies mais ces organisations relèvent souvent d'initiatives individuelles. »*

## Développer et encourager la participation des personnes, aux initiatives mise en œuvre.

Inscrite dans la loi sur le RSA, la participation des bénéficiaires du RSA aux dispositifs qui les concernent, rejoint des initiatives portées par des associations et des professionnels engagés auprès des personnes en situation de précarité.

- ❖ La place des bénéficiaires du RSA dans les commissions fonctionne plutôt bien. Certains relèvent une efficacité toute particulière du représentant des bénéficiaires en cas de révision du contrat dans le cadre de la commission qui est composée de 3 personnes (1 représentant du conseil général, 1 travailleur social et lui-même) qui reçoit la personne concernée.
- ❖ Dans certains territoires nos interlocuteurs ont souligné l'importance de cette participation des personnes précaires dans chaque groupe ressource par territoire et dans un cadre légal ; ceci apporte une « reconnaissance » du bénéficiaire ce qui permet « l'expression du quotidien » décrit par certains comme un véritable parcours du combattant.
- ❖ Malgré le renouvellement et la mouvance du groupe ressource dans le temps, celui-ci constitue une force de proposition importante pour le réseau social.
- ❖ Cependant certains remarquent que la participation des usagers ne concerne pas les plus en difficultés, ceux pour qui c'est le plus compliqué.

## Contribuer à la mobilisation locale de l'ensemble des acteurs concernés par l'accès à la santé des personnes précaires.

*« La place des collectivités se construit et s'élargit autour de la santé, qu'il s'agisse des compétences santé d'intercommunalités, plus historiquement des services d'hygiène et de santé ou encore des dispositifs d'Ateliers Santé Ville intégrés à la politique de la ville. Ces évolutions marquent la globalisation de la prise en charge de la santé des populations.*

*Dans le rapport, la question centrale du lien est abordée sous l'angle des relations entretenues entre les différents professionnels, de disciplines diverses, autour des personnes précaires. De quels bagages disposent les non professionnels de santé pour orienter les publics autour de questions de santé? Dans ce contexte, comment partage-t-on l'information ? La notion de secret partagé doit pouvoir être discutée afin de trouver les bonnes modalités d'échanges entre partenaires.»*

- L'augmentation de la précarité conduit à un épuisement des intervenants alors que parallèlement le turn-over du personnel, dans certains organismes, n'arrange pas les situations : il faut du temps pour créer des liens, avec les usagers mais aussi entre professionnels.
- Certains souhaitent que soit menée une réflexion sur le manque de liens(ou de soutien ) entre les acteurs de santé en situation d'échec ou en difficultés : « On s'essouffle ».
- Lorsque la question du « secret partagé » est abordé beaucoup admettent que le problème n'est pas simple, que cela provoque des résistances mais oblige à de la rigueur, et repositionne chacun sur ses droits et ses devoirs : il peut y avoir un effet dynamique.
- Au cours des rencontres plusieurs personnes nous ont dit souhaiter que soient valorisées toutes les formes de coopération entre les différents acteurs (tel le réseau PAPH). Certains ont exprimé le regret de voir disparaître certains réseaux locaux, comme en Maurienne, en Avant Pays ou en Tarentaise (groupe santé des saisonniers).
- Dans les Villes, le développement des Comités Locaux de Santé Mentale sont perçus positivement, avec cependant la crainte qu'ils se superposent ou se substituent à d'autres dispositifs existants sans avoir une vision globale des problèmes de santé.

Dans plusieurs territoires, la charte du réseau « santé précarité » a été évoquée : une base éthique pour un réseau départemental ?

-----

Ce document a été rédigé par Jérôme Navet, chargé de mission Santé et Précarité, avec les contributions de Jean- Luc Vignoulle et José Jeanneret administrateurs de Revih-sts, Grégory Gosselin directeur de l'association, Maryline Gal responsable des Appartements de Coordination Thérapeutique ainsi que celles de Stéphanie Borgella, chargée de mission « Santé-Territoire » à l'Assemblée du Pays Tarentaise Vanoise.