

Les propositions de la Fédération hospitalière de France
et de Médecins du Monde

LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VULNÉRABLES

AGIR ENSEMBLE À L'HÔPITAL
ET DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

– Mai 2014 –



Créée en 1924, la **Fédération hospitalière de France** (FHF) représente plus de 1 000 hôpitaux et environ 3 800 établissements médico-sociaux. Véritable « maison commune des hospitaliers », la FHF s'est construite autour de valeurs partagées : égal accès à des soins de qualité pour tous ; volonté d'innovation et d'excellence dans les soins et l'accompagnement, l'enseignement et la recherche ; continuité de la prise en charge. La FHF réunit en son sein des hôpitaux de tailles différentes – centres hospitaliers locaux, centres hospitaliers généraux, centres hospitaliers universitaires, établissements spécialisés en santé mentale – ainsi que des Ehpad et des établissements assurant la prise en charge du handicap. Elle défend l'autonomie des établissements hospitaliers et médico-sociaux, gage d'une adaptation intelligente aux réalités du terrain. Elle travaille à la création d'un véritable service public de santé réunissant dans chaque territoire les professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux afin d'améliorer la cohérence des parcours de soins et de vie.



Médecins du Monde est une association humanitaire qui soigne les populations les plus vulnérables, les victimes de conflits armés, de catastrophes naturelles, ceux et celles que le monde oublie peu à peu. Association de solidarité internationale, l'action de MDM repose sur l'engagement de bénévoles et de volontaires, logisticiens, médecins, infirmières, sages-femmes, ... Organisation Non Gouvernementale, Médecins du Monde agit au-delà du soin. Elle dénonce les atteintes à la dignité et aux droits de l'homme et se bat pour améliorer la situation des populations. Médecins du Monde conduit des actions partout dans le monde : à l'international dans plus de 60 pays, mais aussi en France (centres de soins, missions mobiles, adoption et parrainage dans les hôpitaux) et dans les 14 pays du réseau Médecins du Monde. Médecins du Monde ne mène pas seulement des missions d'urgences mais aussi des programmes de développement. L'association maintient ses activités au-delà des crises afin de participer à l'effort de reconstruction d'un pays. Sur place, la formation d'équipes médicales et les liens avec les partenaires locaux garantissent le suivi des projets dans la durée.

ÉDITORIAL

Notre système de santé reste marqué par de fortes inégalités. Cela est vrai tant pour l'état de santé constaté des personnes qu'en matière d'accès aux soins et aux actions de prévention.

La prise en charge des publics en situation de vulnérabilité est une mission consubstantielle à l'hôpital public, pour laquelle les hospitaliers ont toujours œuvré avec humanité, conviction et détermination. Aujourd'hui, les hôpitaux publics assument avec quelques associations dont Médecins du Monde cette mission de prise en charge des plus vulnérables. Pour les équipes hospitalières, la fragilité des moyens et des dispositifs d'accompagnement se révèle source de malaise. C'est le constat que font aujourd'hui un grand nombre de professionnels qui, face à la nécessité d'adapter le parcours de soins aux caractéristiques de ces publics, se sentent souvent démunis.

Il y a donc urgence à agir alors que l'impact de la crise économique sur l'aggravation de la précarité est de plus en plus tangible. Il y a surtout urgence à agir pour inventer un nouveau modèle de prise en charge des personnes vulnérables dans les hôpitaux.

L'apparition de nouvelles formes de vulnérabilité conjuguée à l'évolution des organisations hospitalières conduit les établissements et les professionnels à repenser et à réaffirmer leur vocation d'hospitalité afin d'assurer à chacun la meilleure prise en charge possible. L'hospitalité est en effet un sujet majeur et pleinement d'actualité, recouvrant des aspects aussi bien humains, techniques, économiques, que de recherche.

Conscient de la responsabilité de l'hôpital public, et dans le souci de maintenir un dispositif d'accès aux soins pour tous, la Fédération hospitalière de France et Médecins du Monde ont décidé d'unir leur force. À l'heure où se construit la future stratégie nationale de santé, la FHF et Médecins du Monde n'acceptent pas la fatalité, ne se résolvent pas à l'inaction et unissent leurs voix pour améliorer concrètement la prise en charge des personnes vulnérables à l'hôpital.

Les propositions portées par la FHF et Médecins du Monde visent à nourrir le débat public d'aujourd'hui et à se transformer, dès demain, en actes. Pour cela, les pouvoirs publics et tous les acteurs de la santé doivent prendre leurs responsabilités, et mettre la question de la santé des personnes les plus fragiles au cœur des politiques publiques.

Frédéric Valletoux
Président de la Fédération
hospitalière de France

Thierry Brigaud
Président de Médecins
du Monde

CHOIX MÉTHODOLOGIQUE ET MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Dans le but de produire une analyse la plus transversale et la plus complète possible, la Fédération hospitalière de France (FHF) et Médecins du Monde ont choisi d'associer à leur réflexion et de réunir des participants aux profils divers tant dans leurs parcours que dans leurs expériences. Se sont ainsi retrouvés autour de la même table des militants du monde associatif, des usagers du système de santé, des soignants, des médecins engagés dans la prise en charge des personnes vulnérables, des directeurs d'établissements de santé, de structures sociales et médico-sociales, des élus, des sociologues et des anthropologues.

Pendant plusieurs mois, le monde associatif et le monde institutionnel hospitalier ont travaillé ensemble à l'élaboration de propositions argumentées afin d'interpeller les pouvoirs publics mais aussi les professionnels de santé et d'améliorer la prise en charge des personnes vulnérables. Ces propositions sont le résultat de l'expression de chacun au cours de nombreux débats, de l'élaboration collective de consensus, de la définition de valeurs communes – et d'une ambition : améliorer la situation actuelle par des propositions concrètes.

À travers cette réflexion, la FHF et Médecins du Monde n'ont pas eu pour ambition de réaliser un nouvel état des lieux de la précarité en France. Les rapports et études abondent sur ce point. **Leur objectif central est plutôt d'interpeller les pouvoirs publics, la communauté hospitalière, le milieu associatif, pour que, ensemble, ils conduisent des actions concrètes afin d'améliorer durablement l'accueil et la prise en charge des plus vulnérables à l'hôpital et dans le système de santé.**

Cette réflexion a été animée par :

- Christophe Adam, médecin généraliste, trésorier de Médecins du Monde
- Cédric Arcos, directeur de cabinet à la Fédération hospitalière de France
- Christine Barra, médecin, conseillère médicale à la Fédération hospitalière de France
- Olivier Bernard, praticien hospitalier, ancien président de Médecins du Monde
- Sophie Gautier, chargée de mission à la Fédération hospitalière de France
- Emilie Hericher, chargée de mission à la Fédération hospitalière de France
- Thaïs Ringot, élève-directeur d'hôpital
- Raphaël Yven, élève-directeur d'hôpital

Ont participé à cette réflexion :

- Bruno Barral, directeur général adjoint des Hospices civils de Lyon (HCL)
- Huguette Boissonnat, responsable des questions Santé au sein d'ATD Quart Monde
- Fabrice Bonnet, PU-PH au centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux, professeur des universités, coordonnateur du DU « Santé, précarité, solidarité » (Isped Bordeaux)

- Elisa Chelle, enseignant-chercheur en sciences politiques
- Jean-Luc Davigo, directeur du centre hospitalier d'Ussel
- Chantal Deschamps, médiateur en santé, représentante des usagers (Ciss)
- Anne Festa, coordonnatrice du réseau cancérologie de Seine-Saint-Denis
- Benoit Fraslin, directeur de l'hôpital de Villiers-Saint-Denis
- Laurence Garo, directrice du centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil
- Claire Georges, PH à l'AP-HP, travaille à la Pass de l'hôpital Saint-Louis (consultation Verlaine), présidente du collectif Pass
- Dominique Grassineau, médecin à la Pass Rimbaud de l'AP-HM - Hôpital de la Conception
- Véronique Hunginger, journaliste santé et information sociale
- Frédéric Jacquet, médecin en santé publique à l'ARS Languedoc-Roussillon et vice-président de Médecins du Monde
- Cécile Kanitzer, directrice des soins infirmiers et coordinatrice du centre hospitalier universitaire de Tours
- Christian Laval, sociologue au laboratoire de santé publique à la faculté de médecine de Marseille
- Denis Mechali, médecin interniste, responsable d'un projet précarité en Seine-Saint-Denis
- Alain Mercuel, psychiatre, responsable du service d'appui Santé mentale et exclusion sociale de l'hôpital Sainte-Anne et du réseau précarité psychologie d'Île-de-France
- Sandrine Mussot, maître de conférences en anthropologie de la santé et chercheur au GRECSS de Marseille
- Dominique Pateron, chef du service des urgences à l'hôpital Saint-Antoine
- Patrice Pécot, psychiatre, chef du pôle des urgences psychiatriques et de l'UCSA, responsable de secteur à l'hôpital d'Aulnay-Sous-Bois
- Thomas Sannie, président de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie Île-de-France et membre du bureau de la Fédération mondiale des hémophiles
- Adrien Scheibert, directeur des Admissions, des Finances et du Système d'information du groupe hospitalier Paul-Giraud
- Alexandra Siarri, adjointe au maire de Bordeaux en charge de la Cohésion sociale et du Territoire
- Françoise Tennenbaum, adjointe au maire de Dijon, en charge des Centres communaux d'action sociale
- Martine Wonner, directrice médicale du Samu Social.

Préface

**LE RÔLE DE L'HÔPITAL DANS LA PRISE EN CHARGE DES PUBLICS
VULNÉRABLES À TRAVERS L'HISTOIRE**
par Anne Nardin, conservatrice en chef du patrimoine _____ **p.8**

Introduction

**LE TEMPS D'AGIR POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE
DES PERSONNES VULNÉRABLES** _____ **p.12**

Propositions de la FHF et de Médecins du Monde

**AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VULNÉRABLES
À L'HÔPITAL**

**1. RENFORCER LA PLACE DES PERMANENCES D'ACCÈS
AUX SOINS DE SANTÉ (PASS) DANS LES ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ** _____ **p.18**

**2. DÉVELOPPER ET DIVERSIFIER LES DISPOSITIFS
HOSPITALIERS** _____ **p.22**

**3. SOUTENIR LES PROFESSIONNELS HOSPITALIERS ET S'ENGAGER
RÉSOLUMENT À LEURS CÔTÉS** _____ **p.26**

**4. CONSOLIDER LA DIMENSION TERRITORIALE DE L'ACTION
DES HÔPITAUX** _____ **p.32**

5. RÉVISER LES MODES DE FINANCEMENT _____ **p.36**

**6. GARANTIR L'ACCÈS AUX DROITS À L'ASSURANCE
ET À LA COMPLÉMENTAIRE MALADIE** _____ **p.42**

7. RÉAFFIRMER LE RÔLE D'ACTEUR DES USAGERS _____ **p.46**

**8. LANCER DES PROGRAMMES DE FORMATION
DES PROFESSIONNELS À LA THÉMATIQUE
« VULNÉRABILITE ET SANTÉ »** _____ **p.52**

**9. PROMOUVOIR L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE
UNIVERSITAIRE AUTOUR DES PROBLÉMATIQUES
DE LA VULNÉRABILITÉ** _____ **p.56**

Postface

NOS DEVOIRS DE SOLIDARITÉ
par Emmanuel Hirsch, professeur d'éthique médicale, Université Paris Sud _____ **p.60**

Synthèse des propositions _____ **p.64**

Notes _____ **p.68**

L'HÔPITAL ET LA PRISE EN CHARGE DES PUBLICS VULNÉRABLES À TRAVERS L'HISTOIRE



« La question sociale se pose explicitement sur les marges de la vie sociale, mais elle "met en question" l'ensemble de la société. »
(Robert Castel)

Depuis son origine, à l'aube de la chrétienté médiévale, et jusque dans un très proche passé, l'hôpital a représenté l'une des réponses majeures aux problèmes sanitaires et sociaux posés par la pauvreté. Bien avant d'être concerné par la médecine et la recherche, l'hôpital l'a été par l'assistance, le secours. Un secours charitable conçu comme accueil du pauvre, compassion et consolation mais aussi et, dans le même temps, moralisation, normalisation, redressement – jusqu'à l'enfermement. La position de l'hôpital, les difficultés qu'il a rencontrées et les contradictions qui ont été les siennes dans cette mission témoignent indirectement du rapport que la société entretient avec les pauvres, de la place qu'elle leur assigne, du sens qu'elle reconnaît à leur présence et, bien entendu, des valeurs qu'elle se donne.

L'hôpital médiéval : secours et soins aux pauvres

Du monastère à l'Hôtel-Dieu en passant par l'hospice, étape sur une route de pèlerinage, une même vocation anime ces établissements voués à la prière et à la louange : celle de l'hospitalité offerte à toute personne qui se présente dans le besoin. Une même référence institue cette vocation : celle énoncée très explicitement dans les textes évangéliques.

Dès le IX^e siècle, de marginal et excentré qu'il était, l'hospice médiéval devient un établissement urbain implanté au cœur de la cité, rouage désormais essentiel au maintien de son équilibre. Le concile d'Aix-la-Chapelle en 816 fait obligation aux évêques de construire un Hôtel-Dieu à proximité de la cathédrale. À partir de ce moment, l'hôpital médiéval tente d'articuler le projet spirituel qui le fonde et la fonction sociale dont il est investi : absorber, contenir, réguler les déséquilibres et les tensions sociales des villes – mission redoutable qui déborde son projet initial. Désormais, l'histoire de l'hôpital se noue dans cette contradiction.

À l'âge classique : contenir, réprimer la pauvreté

L'illustration la plus flagrante en est fournie par la création de l'Hôpital Général, en 1656. Au milieu du XVII^e siècle à Paris, dans un contexte politique et économique troublé, 40 000 pauvres, mendiants et vagabonds représentent une menace pour l'ordre public. Après plusieurs années de réflexion, menée par le gouvernement, le Parlement et le milieu dévot, Louis XIV promulgue l'édit de création de l'Hôpital Général : « *Considérant ces pauvres mendiants comme membres vivants de Jésus Christ, et non comme membres inutiles de l'État [...]* ». Le projet, pensé dans ses moindres détails, consiste à les rassembler dans un lieu clos et strictement surveillé pour les remettre sur le chemin d'une vie chrétienne : travail et prière. En théorie, le « renfermement » est volontaire. Mais le réalisme justifie la création d'une police spéciale, les « Archers des pauvres », qui les expédie au besoin par la force. Très vite, l'Hôpital Général fonctionne comme un lieu d'incarcération.

Le « succès » de la nouvelle institution et les difficultés liées à la famine de 1661 conduisent à la diffusion du modèle à l'échelle du royaume.

« Plus d'aumônes, plus d'hôpitaux »¹

La pensée des Lumières remet fortement en cause l'ensemble des dispositifs édictés par l'Église ou avec sa bénédiction, car la pauvreté est d'abord une insulte à l'idéal d'égalité ; et le pauvre se confond désormais avec le Peuple souffrant et victime. Les réponses de l'Ancien Régime (l'aumône qui soulage, l'hôpital qui accueille et reconforte) sont dénoncées comme des instruments de reproduction de l'indigence. Des idées de réforme circulent dans les milieux éclairés. Mais, après les événements de 1789, une conviction s'affirme : il faut casser ce système aux effets pervers. Légiférer d'abord, développer les secours à domicile ensuite, nationaliser les biens des hôpitaux et les médicaliser, c'est-à-dire, les réserver aux vrais malades.

Au XIX^e siècle, l'hôpital public, instrument de l'assistance publique

Le programme, qui anime désormais l'hôpital au lendemain de la Révolution, est républicain. Et c'est au nom de « l'assistance publique » que les « citoyens malheureux » vont trouver auprès des administrations nouvelles les secours qu'appelle leur situation. À l'opposé de la charité qui, dans sa dynamique, s'était finalement révélée aléatoire, clientéliste et profondément inégalitaire dans ses effets, l'assistance publique se veut une juste réponse au malheur, en garantissant l'équité dans la répartition des secours : à chacun selon ses besoins, des besoins objectivement identifiés et chiffrés, grâce aux méthodes de ce qui deviendra bientôt une science sociale.

Jusqu'en 1941, l'hôpital, sous gestion communale, reste ce lieu socialement marqué et clos sur lui-même, économiquement aussi bien que spatialement. Un lieu où les marges de la population se concentrent toujours, mais en raison, exclusivement, des maladies qui les assaillent. L'hôpital est désormais investi par le corps médical qui lui surimpose une logique nouvelle : celle de la recherche.

Depuis 1794, date de la réforme des études médicales avec la création des Ecoles de Santé, l'hôpital est devenu le terrain d'apprentissage de la nouvelle médecine anatomo-clinique et le lieu de son perfectionnement. À l'intérieur d'une vision désormais utilitariste – entrepreneuriale – la marée des malades pauvres se trouve en quelque sorte recyclée au profit de la santé de tous, puisque c'est à l'hôpital que se forment désormais les étudiants en médecine. « *Le médecin des hôpitaux ne considère jamais l'individu mais le malade : pour lui, son patient est un fait, un objet d'observation, un chiffre* »².

L'hôpital devient alors le grand laboratoire de la nouvelle médecine, bientôt emportée dans le vertige des nouvelles technologies, au point que son ouverture à la société – les classes moyennes puis l'ensemble de la population – devient un enjeu de santé publique. Plusieurs mesures législatives élargissent progressivement le cercle des catégories accueillies, au-delà des « indigents » et des « nécessiteux » : les individus aux revenus modestes (assistance médicale gratuite en 1893, et loi sur les accidents du travail en 1898), puis les classes moyennes (instauration des assurances sociales en 1928 et 1930). Enfin, la mutation est accomplie avec la loi de 1941, confirmée par le décret du 17 avril 1945 qui institue l'hôpital « toutes-classes », désormais ouvert à tout malade, quel que soit son niveau de revenu.

Après 1945, un grand service public : le « Centre de Santé »

À partir de là, tout s'enchaîne vite pour faire du grand service public une institution-phare, emblème de la toute-puissance du progrès. La rupture avec son passé millénaire est consommée avec la loi dite « de séparation du sanitaire et du social », en 1970. Trente ans auront donc suffi à liquider ce passé millénaire d'assistance. C'est à ce moment, dans ce contexte hyper-technologique, que l'hôpital vient puiser une référence identitaire dans cette image de l'accueil des pauvres. Elle lui apporte une valeur d'anoblissement qui lui fait défaut, depuis qu'il est dédié à un monde d'écrans et de chiffres, celui des sciences exactes. À la fois lieu commun et figure de style, la référence à sa haute valeur d'hospitalité, ancrée dans un passé auréolé de légendes, lui sert tour à tour de ligne de défense et d'instrument de communication.

Mais lorsque, à l'orée des années 1990, la crise rend à la pauvreté sa visibilité et sa proximité, la confrontation est douloureuse et le malaise s'installe. Ce retour aux missions sociales des origines confronte l'institution à une situation d'échec potentiel, loin des discours cicatrisants sur la grande tradition d'hospitalité. Car entre les objectifs conjugués de recherche et de performance, et la prise en charge des pathologies de la misère, l'écart est extrême. Être solidaire aujourd'hui suppose que l'hôpital interroge les logiques d'isolement et de performance sur lesquelles il vit.

Anne Nardin

conservatrice en chef du patrimoine et
ex-directrice du musée de l'AP-HP (1993-2013)

LE TEMPS D'AGIR POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES VULNÉRABLES



La question de l'accès aux soins et du droit à la santé pour les publics dits vulnérables a fait l'objet, ces dernières années, d'une multitude de rapports, de discours et d'annonces. Pour autant, le constat est implacable : **les inégalités de santé ne cessent de se renforcer**. Les publics vulnérables, qu'ils soient sans domicile fixe, en situation illégale, au chômage de longue durée, travailleurs précaires, jeunes et désocialisés ou encore personnes âgées isolées, présentent globalement plus de problèmes de santé que le reste de la population et d'importantes difficultés en matière d'accès aux soins et d'accès aux actions de prévention. Ainsi, un tiers des personnes sans domicile fixe souffrent de problèmes psychiatriques graves³. De plus, un patient bénéficiaire de l'Aide médicale d'Etat (AME) sur trois s'est vu opposer un refus de soins par un professionnel de santé⁴. L'analyse de la situation des personnes prises en charge par Médecins du Monde permet également de confirmer ce constat. 67% des personnes prises en charges dans les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) par Médecins du Monde souffrent de maladies chroniques⁵ ; 32% n'ont aucune couverture maladie, un chiffre qui monte à 89% pour les personnes sans domicile prises en charge⁶.

Vulnérabilité ou précarité ?

La notion de précarité est souvent utilisée pour caractériser des situations ne pouvant être comparées. Cette idée de précarité dérive trop facilement vers la constitution d'un groupe inexistant : les précaires. Les mots et les concepts sociologiques ont leur importance et leur mésusage fait courir le risque d'une stigmatisation des personnes.

À celle de précarité, la FHF et Médecins du Monde ont fait le choix de substituer la notion de vulnérabilité car ce concept renvoie plus clairement aux risques auxquels sont exposées certaines personnes. La vulnérabilité renvoie à des situations réelles et ne caractérise donc aucun public ou groupe.

La vulnérabilité traduit l'absence d'une ou de plusieurs sécurité(s) pour des personnes qui présentent une ou plusieurs difficulté : accès au logement, accès à l'emploi, insuffisance des revenus, statut pour les personnes en demande d'asile, etc.

La vulnérabilité doit être étudiée comme un processus dynamique dans lequel l'impossibilité d'accéder à certains droits ou services fait courir le risque d'une dégradation de la situation sociale et d'une désaffiliation pour les personnes concernées.

Le rendez-vous de la stratégie nationale de santé

En lançant la stratégie nationale de santé, les pouvoirs publics ont souhaité définir les voies de transformation de notre système de santé pour les 15 années à venir. Cette démarche est fondamentale pour notre système de santé car elle permet aux responsables politiques de dessiner le système de santé dont nous aurons besoin demain. Un système dans lequel la santé des personnes vulnérables devra être une préoccupation de premier plan, ce qui, pour la FHF et Médecins du Monde, milite pour que la stratégie nationale de santé fasse de la vulnérabilité un objectif prioritaire.

La vulnérabilité doit être un levier fort, à même de faire évoluer notre système de santé vers plus d'égalité et d'efficacité. **La FHF et Médecins du monde souhaitent dans ce rapport réaffirmer haut et fort la nécessité d'une mobilisation de tous (gouvernement, hospitaliers, usagers, monde associatif).** La situation sanitaire dégradée des personnes les plus fragiles nous commande en effet de passer à l'action pour améliorer durablement l'accès aux soins de toute la population.

Les changements, que la FHF et Médecins du Monde appellent de leurs vœux, constituent à la fois **une urgence pour les personnes dans le besoin et une chance de faire évoluer notre système de santé vers toujours plus d'équité.**

Au regard des enjeux qui affectent notre système de santé, de la tension subie par notre pacte social, il faut aujourd'hui réaffirmer avec fierté notre ambition d'agir pour améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population. **D'ores et déjà, les professionnels qui travaillent dans les établissements de santé publics œuvrent au quotidien pour la prise en charge des plus fragiles.** De nombreux programmes et actions sont mis en place dans toute la France. Mais tous ces dispositifs, aussi efficaces soient-ils, ne pourront, seuls, changer la donne. Ils doivent être renforcés pour mieux répondre aux besoins de la population : c'est le sens de nos propositions.

Ce mouvement ne se fera pas sans des actes forts des pouvoirs publics pour lever les barrières qui entravent le développement de filières d'accès aux soins pour les personnes vulnérables. Aujourd'hui, le financement à l'activité, l'absence de formation spécifique des professionnels de santé aux questions de vulnérabilité ou encore la difficulté à mettre en place des coopérations durables entre les acteurs de la santé et du social constituent autant de limites pour développer efficacement ces filières favorisant l'accès aux soins des personnes les plus fragiles.

La FHF et Médecins du monde s'engagent ensemble

Au-delà de leurs histoires respectives, des différences dans leurs modes d'intervention dans le débat public, de leurs cultures propres, **la FHF et Médecins du monde ont décidé, pour la première fois, d'unir leurs voix et de s'engager ensemble afin d'améliorer durablement l'accès aux soins et la santé des personnes vulnérables.** Leur mobilisation conjointe est un signe fort adressé aux pouvoirs publics : le signe qu'il est désormais temps d'agir.

L'accès aux soins doit être réaffirmé comme un élément central du «vivre ensemble», de la

cohésion sociale et du lien social dans une société qui a tendance à refuser de reconnaître la vulnérabilité et de la regarder en face. Cette approche est primordiale dans une période où la société française est traversée par d'importantes tensions. Toutes les propositions contenues dans ce rapport trouvent leur source dans cet engagement que la FHF et Médecins du Monde partagent et revendiquent. **Elles ont été élaborées avec l'objectif d'intégrer les soins et la prévention à destination des personnes les plus fragiles dans le droit commun et de développer des filières d'accès aux soins qui prennent en compte la vulnérabilité des personnes.**

Pour atteindre cet objectif, la FHF et Médecins du monde identifient **9 chantiers** prioritaires et formulent **35 propositions** visant à améliorer la prise en charge des personnes vulnérables à l'hôpital.

Ce travail et ces propositions s'adressent d'abord aux pouvoirs publics qui ont la responsabilité de la définition, de l'organisation et du financement de notre système de santé. Ils s'adressent aussi aux établissements et professionnels de santé dont l'engagement pour améliorer la qualité des services de santé à toute la population est permanent. Cette mobilisation ne peut être celle de quelques militants ou individus isolés. Elle doit être celle de tous les acteurs qui œuvrent au quotidien auprès des publics vulnérables et, plus largement, celle des usagers et de l'ensemble des citoyens.

**AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES
VULNÉRABLES À L'HÔPITAL**



OBJECTIF 1

Renforcer la place des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) dans les établissements de santé



Lors de leur création, les Pass ont été pensées comme un pivot de la coordination intra et extrahospitalière des parcours de soins, une interface ville-hôpital pour une orientation adaptée des patients.

La spécificité des Pass

Aujourd'hui, les Pass ont des modes de fonctionnement, des objectifs et des moyens très hétérogènes en fonction des établissements. Cependant, en dépit de certaines faiblesses, leurs atouts sont considérables et reconnus de tous : la polyvalence et une forte ouverture qui leur a permis de développer un réseau incluant, entre autres, les structures d'aval du territoire.

Les Pass se placent dans une temporalité du soin différente des autres services hospitaliers. L'accompagnement de personnes présentant des problématiques sociales complexes implique une approche globale. Les professionnels, en plus des soins, doivent, sur le terrain, prendre en compte les questions de soutien psychologique, de logement ou encore, plus largement, de réinsertion sociale. Dès lors, du fait des spécificités de prise en charge de ces personnes, de la complexité de leurs situations, le risque est réel de les éloigner des filières de soins « classiques » et de les marginaliser dans des lieux qui leur seraient dédiés. Pour la FHF et Médecins du Monde, il est essentiel que les personnes vulnérables ne soient pas prises en charge dans des structures spécifiques mais que leur place dans les établissements soit réaffirmée, au même titre que l'ensemble des usagers du système de santé.

Une visibilité insuffisante

La question de l'accessibilité et de la visibilité des Pass doit être posée. La trop grande méconnaissance de l'existence de cette offre par les acteurs qui accompagnent les personnes vulnérables, par les professionnels de santé et par les patients eux-mêmes, peut rendre difficile l'orientation des personnes vers les structures adaptées.

INITIATIVE TERRAIN

La Pass, une interface ville-hôpital pour optimiser les parcours de santé

Dr Claire Georges – Responsable médicale Pass –
Hôpital Saint-Louis (AP-HP)

« Au-delà de leur mission d'accueil des démunis, les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) constituent des dispositifs performants de coordination et de rationalisation des parcours de santé.

Plusieurs modèles de Pass existent. La "Pass dédiée" est une consultation de médecine générale/médecine interne avec accès sans rendez-vous. Complétée par la présence d'infirmières, d'assistantes sociales et parfois d'autres professionnels (psychologues, diététiciennes, juristes, etc), la Pass constitue une micro-unité de médecine ambulatoire particulièrement efficace.

La Pass permet une prise en charge/un suivi des situations complexes (sur le plan médical ou médico-social) dans un temps donné, dans la perspective d'un retour vers une prise en charge de droit commun en ville.

Ce modèle de Pass permet de réguler les recours au système hospitalier grâce à ses spécificités, la polyvalence, le décloisonnement pluri-professionnel et l'expertise de la complexité.

C'est également un lieu de coordination intra-hospitalière, permettant d'éviter des recours inadaptés aux urgences, de rationaliser les recours en spécialités et en hospitalisations. C'est un modèle d'interface opérationnelle qui permet de faciliter les parcours de santé entre la ville et l'hôpital.»

Il faut donc conforter la fonction des Pass en matière d'insertion et d'orientation vers le droit commun. Cela passe par le renforcement de leur positionnement dans le parcours de soins des patients vulnérables. Mais aussi par une plus grande lisibilité de leur fonctionnement et par le développement d'outils et de moyens pouvant appuyer les professionnels dans leurs missions spécifiques.

Un dispositif au cœur de la prise en charge

Les Pass doivent constituer le dispositif privilégié pour améliorer la prise en charge des personnes vulnérables. Redéfinir et clarifier leur place au sein des hôpitaux est un enjeu majeur, conformément au référentiel annexé à la circulaire récente du 18 juin 2013. Elles doivent ainsi assurer à la fois :

- Une mission d'accès aux soins et d'accompagnement soignant et social des patients vulnérables dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun ;
- Une mission d'information à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients et construire un partenariat institutionnel élargi.

Cette circulaire, qui marque une étape majeure, consacre les Pass comme le dispositif central pour améliorer l'accès aux soins à l'hôpital des personnes qui en sont éloignées. En cela, elle constitue une avancée majeure. Aujourd'hui, il est de la responsabilité des hospitaliers et des autorités de tutelle d'appliquer pleinement ces recommandations et d'agir pour que les Pass disposent de l'appui et des moyens nécessaires afin de remplir les missions qui sont les leurs.

Des portes d'entrée vers le droit commun

Les Pass doivent être de véritables portes d'entrée vers les soins de droit commun.

Cela implique d'intégrer pleinement les Pass dans la stratégie des établissements de santé en réaffirmant leur rôle et en valorisant leur place dans l'offre de soins. **Il s'agit de donner l'envie et les moyens aux professionnels de santé de s'y impliquer d'avantage, de les amener à travailler de façon pluridisciplinaire avec des acteurs spécialisés dans la gestion des problématiques psychologiques et sociales.**

PROPOSITIONS

1. Faire des Pass hospitalières un réel pivot de la coordination intra et extrahospitalière des parcours de soins, des interfaces ville-hôpital, adossées ou intégrant une offre de médecine et comportant des moyens de suivi social, socio-juridique et psychologique.
2. Offrir des consultations externes publiques sans dépassement d'honoraires, avec tiers payant et avec des délais de rendez-vous raisonnables.
3. Valoriser et développer au sein de l'hôpital des programmes de prévention, d'éducation thérapeutique et d'éducation à la santé à destination des personnes en situation de vulnérabilité.
4. Inciter les médecins, les internes, les étudiants en médecine et l'ensemble des professionnels à participer pleinement au fonctionnement des Pass, notamment en y effectuant des consultations et des astreintes.

OBJECTIF 2 Développer et diversifier les dispositifs hospitaliers



Si les Pass représentent le principal dispositif hospitalier en matière d'accès aux soins des personnes vulnérables, leur action doit s'articuler et se compléter avec d'autres structures et d'autres outils.

Les lits haltes soins santé (LHSS) et les lits d'accueil médicalisés (LAM)

En plus d'être des lieux de soins, les LHSS et les LAM sont, pour les patients, des lieux de réapprentissage des codes sociaux et de resocialisation. Les personnels soignants et les personnels spécialisés dans la gestion des problèmes psychologiques, psychiatriques et sociaux jouent un rôle crucial dans ce processus. Ce travail de fond effectué en parallèle des soins permet à un certain nombre de patients d'intégrer par la suite des structures de droit commun qui, auparavant, refusaient de les accueillir par peur de ne pas savoir comment faire face à leur pathologie sociale.

Les équipes mobiles précarité

Il est fondamental de développer des moyens pour agir au plus près des personnes, que celles-ci soient en structures d'accueil ou d'hébergement, dans la rue ou à leur domicile. Les équipes mobiles remplissent cette fonction.

Que ces équipes soient spécialisées dans les prises en charge psychiatrique, gériatrique ou dans d'autres champs d'intervention, leurs professionnels doivent être formés aux questions de précarité. Par ailleurs, quand elles en ont les moyens, les Pass doivent développer leur mobilité à l'intérieur de l'établissement en appuyant les autres services ou, à l'extérieur, en intégrant des équipes mobiles.

INITIATIVE TERRAIN

Une action au plus près des patients

François Riette - Cadre de Santé au sein de l'équipe mobile psychiatrie précarité - CHS de la Savoie

« L'équipe intervient sur l'ensemble des dispositifs d'urgence, d'insertion et de transition, par le biais de permanences (entretiens, accompagnement ou activités de groupe) à partir des demandes directes ou émanant des partenaires.

Outre cette intervention directe, l'équipe cherche à créer des liens avec l'ensemble des partenaires, par le biais de participation à des réseaux (centrés sur des prises en charge ou sur des échanges de fonctionnement), dont les conseils locaux de santé mentale de plusieurs villes du département et plus particulièrement de Chambéry, avec participation du médecin et du cadre à l'animation d'une commission des situations complexes. L'équipe intervient également via des actions d'information ou de formation. »

Les réunions de concertation pluridisciplinaire précarité

Des temps de concertation autour des prises en charge complexes qui mêlent des problématiques sanitaires et sociales doivent pouvoir être institués dans les services hospitaliers. Les professionnels doivent se donner les moyens de traiter les situations dans leur globalité, notamment en y associant l'ensemble des acteurs concernés et, quand cela est possible, le premier intéressé : le patient.

INITIATIVE TERRAIN

Le patient, acteur de son programme de soins

Dr Anne Festa – Directrice du réseau de santé Oncologie 93

« Nous avons fait, il y a deux ans, l'hypothèse que, si nous pouvions, dès l'annonce de la maladie, repérer les personnes les plus fragiles, nous pourrions peut-être éviter l'aggravation de leur vulnérabilité. C'est à l'aide du score d'évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'exams de santé (Epices) que nous pouvons détecter de façon plus objective les personnes fragiles et leur proposer immédiatement un accompagnement personnalisé, de proximité, en provoquant une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) sociale, en dehors des murs de l'hôpital. Cette RCP va rassembler des acteurs de terrain tels que des associations, des partenaires impliqués sur des sujets comme la nutrition, les addictions, la psychiatrie, l'exclusion, l'ethnopsychiatrie, l'aide sociale à l'enfance, etc. Ensemble, nous allons pouvoir discuter et construire, avec la personne concernée, un projet de vie qui lui convienne et qui prenne en compte toutes les dimensions (sociales, médicales, culturelles, financières, etc.) Cette RCP peut, pourra aussi, dans certains cas, éclairer la stratégie médicale quant au meilleur parcours de soins, pour le rendre accessible et plus efficace.

Ce travail a permis de montrer que, pour 62% des personnes incluses dans le réseau et qui bénéficient de cet accompagnement, le score Epices s'améliore. »

PROPOSITIONS

5. Favoriser la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) « sociales » en y incluant, en plus des professionnels soignants et médicaux, les travailleurs sociaux et, quand cela est possible, le patient concerné.
6. Développer, en lien avec les Pass, des équipes mobiles formées et habilitées à intervenir dans les structures d'accueil, dans la rue ou au domicile des personnes en situation de vulnérabilité.

OBJECTIF 3

Soutenir les professionnels hospitaliers et s'engager résolument à leurs côtés



La prise en charge de patients dont les problématiques sociales sont importantes et complexes laisse souvent les soignants désemparés, sans réponse. Nombreux sont ceux qui témoignent du besoin d'être soutenus, rassurés, accompagnés, notamment en matière d'approche éthique. Ils ont aussi besoin d'être formés à la prise en charge de la vulnérabilité, aux mots, aux comportements adéquats. Ils ont besoin d'apprendre à répondre aux situations difficiles.

INITIATIVE TERRAIN

Le rôle essentiel du service social hospitalier dans l'accompagnement des usagers

Corinne Lamouche – Cadre supérieure socio-éducative –
Coordination des services sociaux hospitaliers de l'AP-HP

« L'accompagnement des plus précaires est un modèle pour l'accompagnement de tous les usagers. En effet, comment ne traiter un patient diabétique que du point de vue médical, sans considérer son mode et niveau de vie, sans évaluer sa capacité à faire face à ses besoins vitaux quotidiens (nourriture, hébergement, etc.), sans s'assurer qu'il s'inscrit, de plein droit, dans la société, sans se préoccuper de ses charges familiales éventuelles (parents âgés ou handicapés à domicile, enfant en bas âge, etc.) ?

L'objectif du service social hospitalier est d'accompagner l'utilisateur vers plus d'autonomie afin qu'il s'approprie son parcours de soins – et ce dans le respect du droit, des capacités et des libertés de chacun. Il est une des composantes professionnelles de cette facette de l'hôpital, qui inscrit l'humain au centre de ses préoccupations, quitte à être dans la tourmente des objectifs et des injonctions paradoxaux. »

Le rôle moteur des dirigeants hospitaliers

Ce besoin d'accompagnement sur les questions de santé et de vulnérabilité est souvent exprimé par les directeurs d'hôpital et les présidents des commissions médicales d'établissement (CME). Ceux-ci doivent pouvoir disposer d'outils et de connaissances afin d'intégrer efficacement la question de la prise en charge des personnes vulnérables dans la stratégie, le fonctionnement et l'organisation des établissements. Les responsables des établissements doivent donc être davantage sensibilisés et formés aux modalités de financement spécifiques et aux questions d'éthique pour pleinement intégrer les enjeux de l'accès aux soins des plus vulnérables – et pour les placer dans les priorités des projets de leurs établissements.

Un accompagnement pour dépasser la barrière de la langue

La problématique de la non-maîtrise du français est souvent évoquée comme un obstacle à l'accès aux droits et aux soins de nombreux étrangers vivant en France et comme un frein à une prise en charge de qualité. Dans les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde, un interprète est nécessaire dans 44% des cas⁷. Or, s'il existe normalement dans les hôpitaux et dans les Pass des budgets fléchés pour avoir recours à des interprètes professionnels, dans la réalité, ceux-ci sont sous-utilisés.

INITIATIVE TERRAIN

Les apports d'un groupe multi-culturalité

Dr Isabelle Marin, responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs, Catherine Le Samedi, cadre du service social, et Guillaume Chesnel, directeur adjoint – Centre hospitalier Saint-Denis

« La vivacité du groupe multi-culturalité est le reflet de l'appropriation par des acteurs de la problématique de la non-maîtrise du français. Ce groupe multi-partenarial est moteur dans la sensibilisation des différents partenaires et dans leur implication auprès de nos patients originaires de plus de 80 pays, patients souvent non francophones et ne comprenant pas toujours le système de soins tel qu'il est conçu en France.

Pour dépasser cette barrière, le groupe a travaillé et travaille sur l'accès à l'interprétariat, sur la création d'un poste de médiateur à mi-temps pour accompagner les populations roms ou encore sur la formation aux techniques de l'interprétariat et de la médiation de professionnels bilingues. Ces différentes ressources ont permis d'accompagner et de modifier les approches des soignants et ainsi de favoriser l'accueil des patients étrangers. »

L'accompagnement de tous les professionnels et à tous les niveaux doit être renforcé. Les établissements doivent s'engager pour développer en leur sein une culture de la prise en compte des vulnérabilités sociales des patients.

INITIATIVE TERRAIN

Une meilleure organisation pour une plus grande fluidité des parcours

Virginie Valentin - Secrétaire générale – CHU de Bordeaux

«Le CHU de Bordeaux, quatrième établissement hospitalo-universitaire de France, s'est engagé, en 2013, dans la définition d'un véritable projet institutionnel de prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité accueillies dans ses services. Ce projet, dénommé "Précarité santé", repose principalement sur la mobilisation des différentes permanences d'accès aux soins de santé dont il dispose sur ses sites d'urgence (deux Pass généralistes, une Pass dentaire).

Pour cela, il a notamment mis en place une fédération "Précarité santé" dont les missions sont, entre autres, de coordonner les intervenants pour permettre une meilleure organisation et une plus grande fluidité des prises en charge, de favoriser la mise en place de projets communs et concertés entre les Pass et les services et pôles du CHU ou encore de contribuer au développement d'actions de formation et de recherche sur la précarité en santé.»

Des professionnels mobiles en appui des services

Toutes les équipes hospitalières doivent pouvoir être appuyées et accompagnées au quotidien. Cet appui peut passer par la création d'une entité interne, unique, souple et mobile, en capacité d'aller au-devant des soignants en difficulté dans la prise en charge de personnes en situation de vulnérabilité. Cette entité disposerait des moyens nécessaires pour anticiper la problématique de la sortie du patient fragile et permettrait d'acculturer progressivement l'ensemble des personnels des différents services à la prise en charge de ces patients et de l'ensemble de leurs problématiques, qu'elles soient sanitaires ou sociales.

PROPOSITIONS

7. Accompagner et former les professionnels de santé pour mettre en place des dispositifs de repérage de la fragilité sociale et constituer des filières de soins internes (liens Pass/consultations spécialisées ou Urgences/Pass, etc.).

8. Inclure dans la formation initiale des directeurs d'hôpital un module "Santé et vulnérabilité", et proposer aux directeurs ainsi qu'aux présidents des CME de se former à ces questions dans le cadre de la formation continue.

9. Désigner dans chaque établissement un directeur et un médecin de la CME comme responsables du suivi des actions relatives à l'amélioration de l'accès aux soins des personnes vulnérables.

10. Réinvestir un outil de dépistage de la fragilité sociale afin d'explicitier les choix qui sont faits en milieu hospitalier au moment de l'orientation des patients.

11. Communiquer sur l'existence des budgets consacrés à l'interprétariat dans les établissements de santé et en créer dans les établissements où ils n'existent pas.

12. Mutualiser les moyens pour faciliter l'accès à des interprètes professionnels (liste d'interprètes, plates-formes téléphoniques).

OBJECTIF 4

Consolider la dimension territoriale de l'action des hôpitaux



La prise en charge des personnes vulnérables ne saurait incomber à la seule institution hospitalière. À l'heure où notre système doit identifier les parcours de soins, les soins doivent être gradués et faire appel à une multiplicité d'acteurs dans une prise en charge organisée. Cette ambition doit être celle de la future stratégie nationale de santé.

Des prises en charges tardives et par défaut

L'hôpital public est trop souvent, pour ceux pour qui rien n'a été fait en amont, un lieu de premier recours. Les personnes éloignées des soins, n'ayant pas eu accès aux réseaux de soins de ville et aux actions de prévention, se retrouvent, par défaut et tardivement, orientées vers l'hôpital public. Il est parfois trop tard tant leur état de santé est dégradé.

Dans de nombreux cas, une prise en charge plus précoce et mieux organisée permettrait d'éviter les complications ainsi que l'inflation associée des coûts humains et matériels pour l'hôpital.

INITIATIVE TERRAIN

Travailler en réseau et investir son territoire

Marina Lazzari - coordinatrice du réseau Santé Solidarité Lille Métropole

« Dès 2005, neuf membres fondateurs se structurent en un réseau de santé afin d'organiser la prise en charge médico-psycho-sociale des personnes en situation de grande vulnérabilité sur la métropole lilloise.

Le réseau Santé Solidarité Lille Métropole contribue au fonctionnement des deux centres de santé qui préviennent le stade de l'urgence en réalisant plus de 11 000 consultations médicales et 6 500 entretiens sociaux pour près de 3 000 nouveaux patients par an. Le réseau organise également la continuité des soins par la régulation des 33 lits halte soins santé (LHSS) de la métropole. Il forme enfin les professionnels du sanitaire et du social dans le cadre d'un diplôme universitaire (DU) "Santé précarité" en partenariat avec Médecins du Monde, la faculté de médecine de Lille et le centre hospitalier de Tourcoing.

De façon transversale, le réseau Santé Solidarité Lille Métropole travaille à un véritable décloisonnement institutionnel et construit une culture commune entre ses membres en créant notamment des espaces de concertation grâce à l'outil performant de gestion des cas complexes que sont les "interventions santé précarité". »

Un système cloisonné

Cette situation s'explique notamment par le fort cloisonnement du système de santé français, en particulier entre les secteurs sanitaire et social. En effet, en dépit de la création des Agences régionales de santé (ARS), les coopérations efficaces et durables entre les acteurs concernés par la prise en charge des personnes vulnérables restent insuffisantes. L'enjeu est de renforcer l'ancrage territorial des hôpitaux – et de développer de nouvelles coopérations.

L'engagement des élus locaux

Dans ce contexte, il est de la responsabilité des acteurs et professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice et leur périmètre d'intervention, d'inventer de nouveaux lieux et de nouvelles méthodes de coopération. Bien entendu, seuls, ils ne peuvent changer les choses : l'engagement des élus locaux est essentiel. Cela passe notamment par le développement des contrats locaux de santé (CLS), outils de coordination capitaux. Les politiques doivent créer les conditions qui favorisent les mises en relation et le travail commun et qui garantissent la pérennité des financements dédiés ainsi que la valorisation des actions menées.

INITIATIVE TERRAIN

La responsabilité des élus locaux

Alexandra Siarri – Adjointe au maire de Bordeaux
en charge de la Cohésion sociale et du Territoire

« À Bordeaux, animer les réseaux de santé a toujours été pour nous une priorité alors même que la loi ne nous y contraignait pas. Nous avons mis en place des "ateliers santé ville" pour expérimenter la co-construction d'actions innovantes, notamment autour de la santé buccodentaire et de la souffrance psychologique, dans les quartiers prioritaires.

La mise en place du contrat local de santé (CLS) fin 2013 nous permet d'inscrire notre volontarisme dans un cadre juridique engageant autour de six axes : santé des enfants, santé des jeunes, soutien à la parentalité, bien vieillir, aller au-devant et accompagner les plus vulnérables, santé et environnement et, enfin, observation et évaluation. Le CLS devra être un outil indispensable à la cohésion sociale dans notre ville, un lien entre les différents acteurs du soin de ville, du soin hospitalier et du médico-social. »

La place de l'hôpital, son organisation et ses activités doivent être pensées en prenant en compte son environnement et les besoins de la population. L'hôpital public doit renforcer et affirmer son rôle de charnière en matière d'accès aux soins des populations d'un territoire. Pour cela, il se doit d'être au cœur des diagnostics territoriaux à réaliser en lien avec l'ensemble des acteurs concernés.

PROPOSITIONS

13. Renforcer les liens et collaborations entre les hôpitaux et les autres acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux du territoire, en s'appuyant notamment sur les réseaux déjà constitués par les Pass.
14. Caractériser, en lien avec les usagers, les professionnels, les tutelles, les élus et les chercheurs, les besoins de la population au niveau des infra-territoires de santé afin d'y répondre de manière coordonnée et pertinente.
15. Faire des contrats locaux de santé (CLS) le lieu de travail commun des différents professionnels sanitaires, sociaux, médico-sociaux et des élus, et renforcer ou conforter la place et l'action des hôpitaux en leur sein.
16. Développer des systèmes intégrés sur le modèle des réseaux de santé précarité dans un souci d'amélioration de la coordination entre l'hôpital, la médecine de ville et les structures de prise en charge des personnes vulnérables.
17. Consolider l'action des ARS sur les questions de santé et de vulnérabilité.

OBJECTIF 5 Réviser les modes de financement



La prise en charge des personnes vulnérables par les hôpitaux publics représente une charge financière considérable loin d'être compensée par les crédits alloués par le ministère. Les activités et actions mises en place par les établissements sont contraintes, notamment du fait de l'insuffisance et de la non pérennité des financements. Aussi, **seul un investissement financier de la part des pouvoirs publics permettra de donner corps à un programme ambitieux d'amélioration de l'accès aux soins des plus vulnérables**. Les hôpitaux doivent être accompagnés financièrement, et la question des modes de financement doit être prise à bras le corps.

Des moyens financiers aujourd'hui insuffisants

Les établissements qui accueillent de nombreuses personnes vulnérables bénéficient actuellement d'un financement « Mission d'intérêt général (MIG) Précarité ». Cependant, le système de financement à l'activité ne prend pas suffisamment en compte les problématiques sociales, et les moyens alloués à travers les MIG sont souvent dérisoires au regard de ceux mobilisés par les établissements pour répondre aux besoins des populations concernées. Ainsi, en 2012, la MIG Précarité représentait 202 millions d'euros, soit moins de 0,5% du total du champ Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

Cela ne couvre bien entendu pas les charges réelles que représente, pour les établissements, la prise en charge des personnes vulnérables et qui s'expriment par des durées plus longues de séjour.

La complexité de certaines situations sanitaires et sociales peut amener l'hôpital à mobiliser des moyens humains supplémentaires et à allonger les durées d'hospitalisation. Ce constat ne peut souffrir d'aucune contestation. De nombreuses études, dont la dernière en date menée par l'hôpital Robert-Debré (cf. ci-dessous), montrent la corrélation entre la situation sociale des personnes et la durée moyenne des séjours. Dans le cas de cette étude, la variable « précarité »⁸ est associée à une augmentation de 36% de la durée des séjours. Les explications sont nombreuses : pathologies multiples et complexes aggravées par les conditions de vie et par le retard des soins, sorties tardives en cas d'absence de domicile ou d'insalubrité de celui-ci ou encore en cas d'absence d'accompagnement humain.

INITIATIVE TERRAIN

Impact de la précarité en pédiatrie

Stéphanie Decoopman – Directrice – Hôpital universitaire Robert-Debré (AP-HP)

« L'expérience montre que la prise en charge hospitalière des enfants mobilise, plus que chez l'adulte, l'environnement familial. La décision de sortie après la prise en charge d'une pathologie aiguë ou chronique fait généralement suite aux échanges entre les équipes soignantes et l'environnement familial et est souvent conditionnée par la capacité de l'entourage à surveiller les enfants convalescents ou à risque d'aggravation secondaire. Sur la base de ces constats émanant des pratiques quotidiennes des services de l'hôpital Robert-Debré, nous avons fait l'hypothèse que le niveau de précarité socio-économique était un facteur influençant de façon significative la décision de sortie d'hospitalisation, et donc sa date. Nous avons testé cette hypothèse en analysant la base du programme de médicalisation des

systèmes d'information (PMSI) de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

L'équipe d'épidémiologie clinique du Pr Corinne Alberti a pu mettre en évidence l'impact des marqueurs de précarité sur la durée moyenne des séjours pédiatriques effectués à l'AP-HP.

Ces résultats appellent plusieurs commentaires et ont de nombreuses implications pour l'organisation hospitalière en pédiatrie. Tout d'abord, il serait certainement utile que les équipes soignantes aient connaissance de cette association entre niveau socio-économique et modalités de préparation de la fin de l'hospitalisation pour recueillir, de façon plus systématique, les éléments pertinents à l'admission et en tenir compte pour planifier les organisations. Il serait certainement utile de développer, de façon prioritaire pour cette population plus fragile, et afin de diminuer la durée des séjours, des alternatives à l'hospitalisation, telles que l'hospitalisation à domicile ou la mise en place d'équipes mobiles de suivi en aval de l'hospitalisation. Enfin, il paraît indispensable, après réplique de notre étude sur une population plus large, de prendre en compte ces marqueurs de précarité dans la valorisation des séjours.»

Des conséquences sur les relations soignants-soignés

La question des financements peut aussi avoir parfois des conséquences sur la relation soignant-soigné. La crainte de factures impayées ou d'un allongement des durées de séjour, (en raison d'un retour à domicile difficile ou d'un transfert en moyen séjour impossible en l'absence de couverture sociale garantie), peut poser des difficultés dans les services et dégrader la relation soignant-soigné.

Pour des financements forfaitaires et sanctuarisés

Le système de financement actuel doit être revu afin de pérenniser et de renforcer les financements alloués à la prise en charge des personnes vulnérables par les hôpitaux du service public.

La solution qui consisterait à créer une tarification à l'activité spécifique à la prise en charge de la fragilité ou à prendre en compte des critères sociaux dans le mode de financement actuel complexifierait un système qui l'est déjà suffisamment. Comme cela a déjà été abordé dans le présent rapport, les situations de vulnérabilité sont complexes, multiples et évolutives. Il conviendrait d'ajouter un nombre important de critères sociaux aux critères médicaux, ce qui, inévitablement, complexifierait et rendrait encore moins lisibles les modes de financement actuels. **Pour la FHF et Médecins du Monde, la piste d'un financement forfaitaire est donc la seule à privilégier.**

La création d'un forfait doit répondre à l'objectif de conforter l'action des établissements de santé pour l'accès aux soins de toute la population. Celui-ci constituerait un mode de financement simplifié et juste au regard de l'activité de chaque établissement.

La définition des moyens alloués à la mission de service public de prise en charge des personnes vulnérables devra se faire à l'échelle des territoires, à partir d'une enveloppe définie par région en fonction des besoins sanitaires et sociaux des populations. Cette enveloppe devra ensuite être répartie par les Agences régionales de santé (ARS) selon la réalité de l'activité et des besoins des établissements et les populations que ceux-ci prennent réellement en charge. Afin de ne pas complexifier les clés de répartition, les critères retenus pourraient être le nombre de bénéficiaires de la CMU, CMU-C et AME et de personnes sans domicile fixe pris en charge annuellement dans chaque établissement.

Le financement des structures transversales et innovantes

Les hôpitaux s'engagent souvent, aux côtés d'autres acteurs de la santé et du secteur social, dans des structures innovantes qui favorisent la coopération et une approche transversale en matière d'accès aux soins des plus vulnérables. Cependant, ces organisations sont trop souvent freinées ou menacées dans leur action du fait de l'instabilité de leurs financements.

Ces structures, de par leur caractère innovant, la diversité des acteurs qui s'y inscrivent ou la nature de leurs activités, sont, par nature, plus fragiles que les structures hospitalières ou que les collectivités territoriales. Le mode de financement doit donc renforcer et non fragiliser leur action qui s'inscrit souvent dans des logiques de coopération et de prise en charge à moyen et long terme.

Ce mode de financement devra permettre de sortir de l'annualité et de garantir, en cohérence avec les logiques des plans régionaux, des financements à moyen terme pour les structures. De même, la reconduction et l'évolution de ces financements doit être le résultat d'une évaluation conduite par les tutelles suffisamment en amont de l'échéance des financements.

L'évaluation médico-économique des actions à destination des publics vulnérables

Pour valoriser leur mission et pérenniser les programmes favorisant l'accès aux soins de toute la population, les pouvoirs publics, les établissements et l'ensemble des acteurs de santé doivent développer les évaluations médico-économiques de la prise en charge des personnes fragiles et des programmes spécifiques pour l'accès aux soins de ces mêmes publics.

Ces études permettront de mettre en lumière les effets économiques et sanitaires des actions à destination des personnes vulnérables. Ainsi les établissements de santé pourront se positionner comme promoteurs d'une logique de financement et d'organisation des soins portée vers le plus long terme et le développement d'actions de prévention.

Pour cela, une réflexion doit être menée afin de déterminer les meilleurs outils d'évaluation : intégration de critères sociaux aux données PMSI, développement d'outils et indicateurs existants (par exemple, le score Epices).

INITIATIVE TERRAIN

Intégrer la vulnérabilité dans l'analyse stratégique des établissements

Laurence Rolland-Burger – Mission précarité/Pass - AP-HP

« Faciliter l'accès aux soins au sens des "soins les plus adaptés, quelles que soient les circonstances", est un élément premier de la qualité de prise en charge des patients du service public hospitalier.

Les actions stratégiques 2010-2014 de l'AP-HP sont :

- La création d'un comité de pilotage Précarité AP-HP et au sein des groupes hospitaliers ;
- Le développement d'un logiciel de saisie des activités pratiquées pour les patients précaires dans deux sites AP-HP.
- L'organisation d'une Journée AP-HP annuelle "Prise en charge des patients précaires" ;
- La mise en place d'une première étude sur plusieurs Pass afin de préciser l'état médical et le statut social des patients précaires (Observatoire de la précarité hospitalière). »

PROPOSITIONS

18. Créer, pour les hôpitaux publics, un mode de financement forfaitaire pour l'accueil et la prise en charge des personnes vulnérables.
19. Sanctuariser les financements alloués à la prise en charge des personnes vulnérables et mettre en œuvre un mode de financement pluriannuel pour sécuriser les actions et dispositifs innovants.
20. Développer les études médico-économiques sur les activités en lien avec la prise en charge des personnes vulnérables.

OBJECTIF 6

Garantir l'accès aux droits à l'assurance et à la complémentaire maladie



De trop nombreuses personnes sont aujourd'hui exclues des soins du fait du non recours aux droits sociaux ou de la difficulté à ouvrir leurs droits. Ainsi, selon Philippe Warin, responsable scientifique à l'Observatoire des non recours aux droits et services (Odenore), le taux de non-recours à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est de 70%⁹. De même, parmi les personnes prises en charge par Médecins du Monde dans les Casos, 77% sont éligibles à un dispositif de couverture maladie (CMU, CMU-C, AME), mais seuls 12% ont des droits ouverts¹⁰. **La complexité des démarches, le manque d'accès à l'information ou le défaut d'accompagnement sont autant de facteurs qui expliquent le non recours aux droits d'assurance et de couverture maladie.**

Les conséquences du non recours aux droits sont désastreuses tant sur le plan de la santé des personnes que sur celui des charges que cela entraîne pour le système de protection sociale et pour les établissements de santé.

Un parcours du combattant

La complexité des démarches pour l'ouverture des droits constitue souvent un obstacle insurmontable pour des personnes en difficulté sociale. Afin de faciliter l'accès aux droits à l'assurance et à la complémentaire maladie par tous, les procédures doivent être simplifiées et les lieux d'ouverture de ces droits rapprochés des lieux de prise en charge.

Ce rapprochement doit permettre de réduire les délais de prise en charge et de simplifier l'orientation des personnes dites vulnérables vers les acteurs de soins de droit commun. En définitive, **l'hôpital doit se donner pour objectif de rétablir les droits sociaux des patients qui passent dans ses murs.**

Un travail de coopération pour l'accès aux droits

Un travail de fond collaboratif doit être organisé avec les organismes de sécurité sociale. Celui-ci doit permettre de remédier aux incohérences existantes et d'unifier les pratiques sur le territoire national en matière d'accès aux droits et d'accueil des personnes vulnérables.

PROPOSITIONS

21. Constituer un réseau entre la Pass, les assistantes sociales hospitalières et le bureau des entrées afin d'obtenir l'ouverture des droits pour toutes les personnes vulnérables ne disposant pas de droits ouverts.
22. Renforcer la formation des professionnels des organismes de protection sociale aux questions de santé, de santé mentale et de vulnérabilité en faisant appel aux professionnels du social et de la santé.
23. Signer des conventions de coopération entre les établissements et les Caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) pour faciliter l'accès aux droits des personnes prises en charge.
24. Intégrer, quand cela est possible et nécessaire, des permanences des organismes de protection sociale dans les établissements de santé.
25. Accompagner les personnes dans l'ouverture, la compréhension et l'appropriation de leurs droits par la création de nouveaux métiers dans le champ de la médiation sanitaire.

OBJECTIF 7

Réaffirmer le rôle d'acteur des usagers



Si un certain nombre de réflexions ont été menées sur la prise en charge des personnes vulnérables, bien souvent, ces dernières, pourtant premières concernées, n'y ont été que peu, voire pas du tout, associées. Le même constat peut être dressé quant à la participation des associations et de ces personnes dites vulnérables à la vie des établissements et à l'élaboration des politiques de santé.

L'utilisateur acteur du système de santé

Pour la FHF et Médecins du Monde, l'amélioration des prises en charge et la lutte contre les inégalités d'accès aux soins ne peut se faire sans les usagers. **Il faut aujourd'hui agir pour faire « avec » et non « pour » les usagers.**

INITIATIVE TERRAIN

Les médiateurs-pairs

Florence Arnoux, Directrice de la stratégie -Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM)

« L'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM) a décidé de déployer sur le terrain urbain une équipe mobile psychiatrie-précarité, dite MARSS (Mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et social). L'originalité de cette équipe a été de s'appuyer sur la compétence de médiateurs-pairs, anciens sans-abris ayant eu l'expérience de la maladie mentale mais s'inscrivant dans un processus avancé de rétablissement. La novation, d'un point de vue de la prise en charge psychiatrique, réside dans le fait qu'il s'agit de la première équipe d'intervention en France à avoir proposé une approche d'inspiration anglo-saxonne très différente de celle que l'on connaît dans l'Hexagone, car se revendiquant de la "philosophie du rétablissement" et de la logique de "réduction des risques". »

Il est aujourd'hui temps de permettre aux patients vulnérables d'être de véritables acteurs du système de santé et de leur parcours de santé. Ce changement de paradigme est possible, notamment en impliquant les anciens patients, qui ont connu ou connaissent encore des situations de précarité, dans la formation et la sensibilisation des personnels hospitaliers aux problématiques sociales. Mais également en reconnaissant et en valorisant le rôle joué par les associations et par les acteurs du secteur social. La reconnaissance de leur engagement et la valorisation de leurs actions aux côtés des personnes vulnérables permettraient une meilleure coordination de la prise en charge et un meilleur suivi de ces personnes après leur sortie d'hospitalisation.

Une image redorée

Enfin pour que les usagers puissent être de réels partenaires de leurs soins, il est indispensable de leur en donner les moyens, notamment en communiquant fortement sur les questions d'accès aux soins et en rendant les informations accessibles et intelligibles au plus grand nombre.

La parole aux usagers

ATD Quart Monde

Propositions relatives à la démocratie sanitaire et au renforcement de la participation des personnes vulnérables énoncées dans le cadre des travaux du Mouvement ATD (Agir Tous pour la Dignité) Quart Monde¹¹.

Le principal écueil à la participation des plus pauvres à la démocratie sanitaire est de convaincre des personnes souvent résignées, persuadées de n'être rien, sans aucune culture de la concertation, d'en être des acteurs.

Des personnes connaissant ou ayant connu la grande pauvreté ont ici accepté de livrer leurs témoignages, leurs expériences et leurs propositions sur les approches développées pour permettre aux personnes vulnérables de participer à la démocratie sanitaire¹². Elles nous posent trois grandes questions.

Comment construire ensemble leur statut de participant ?

Est établie tout d'abord la nécessité d'une rencontre, d'un tremplin vers un élan commun, d'une dynamique porteuse qui leur permettra de rompre avec leur ressenti d'exclusion : «*Résignés ! Ils n'en ont rien à faire d'être représentés à l'hôpital, tellement ils ont le sentiment d'être rien*», d'être assez forts pour ne pas être écrasés par le système ; «*Le représentant d'usagers à l'hôpital, quand il va avoir 20 médecins et 20 administrateurs autour de lui, comment va-t-il parler ? Si c'est juste un alibi ?*», d'avoir les moyens de mieux représenter leurs pairs : «*À ceux d'entre nous qui entrent dans cette démarche, relativiser, voir le côté positif et collectif de la représentation, travailler pour obtenir une distanciation face à nos propres souffrances est indispensable pour mieux représenter les autres*» (démarches de construction et de croisement des savoirs dans le cadre du Mouvement ATD Quart Monde : universités populaires, focus groupes santé, laboratoire d'idée). «*Il faut savoir qu'on est là, présents, mais on représente des personnes qui ne peuvent pas se déplacer, qui ont tellement de soucis ! C'est important parce qu'on ne nous donnait jamais la parole auparavant ! Tous ceux qui ne sont pas là aujourd'hui, je pense à tous ceux-là et c'est pour tous que je suis là aujourd'hui.*» Mais une attention particulière doit être apportée à la vulnérabilité des situations afin de ne pas «*étouffer la participation des populations elle-même au profit de bénévoles aidants.*» Enfin cela doit permettre d'inscrire les démarches dans la durée : «*La démocratie sanitaire, c'est aussi une démarche participative qui accepte de retrouver chaque acteur dans sa temporalité.*»

Comment permettre de croiser les regards des différents acteurs de cette démocratie sanitaire ?

La vraie démocratie participative est celle qui permet à tous les représentants des instances d'apprendre en miroir à déconstruire leurs représentations pour aller vers un respect commun, une rencontre qui favorise la construction et la réalisation commune de propositions et d'améliorations. Cet aspect de la représentation n'est pas sans danger et il faut prévenir et soutenir les personnes qui sont désignées, qu'elles soient issues du monde des professionnels ou des plus pauvres. Car l'exigence de ce travail conjoint entre des mondes qui s'interpénètrent peu est parfois déstabilisant.

Comment enfin permettre de croiser les savoirs ? De la participation à la co-formation ?

Croiser les connaissances entre professionnels et personnes en grande difficulté sociale est un levier pour une nouvelle approche de la santé, particulièrement dans la rencontre soignant-soigné. C'est un facteur essentiel si l'on veut améliorer la santé des personnes en situation de grande pauvreté. Les acteurs du champ médical et institutionnel se trouvent confrontés à de grandes difficultés (multiplicité des déterminants, difficultés dans la relation entre professionnels et personnes concernées). Pour comprendre ce que les professionnels jugent comme des attitudes allant à l'encontre d'une démarche de santé, l'expertise des personnes concernées est indispensable. Avec les outils issus du programme expérimental Quart Monde Partenaire¹³, des professionnels peuvent bénéficier de formations croisées. L'idée de départ est qu'il existe trois types de savoirs : le savoir universitaire, le savoir professionnel (d'action), et le savoir issu de l'expérience vécue. Ce dernier est un véritable savoir d'analyse de la vie dans la misère, mais aussi du monde environnant qui la fait subir. Les deux premiers savoirs sont reconnus et organisés, ce qui n'est pas le cas de celui de l'expérience vécue. Sans les trois types de savoirs, sans celui des personnes qui vivent la misère, les solutions mises en place peuvent ne pas être pertinentes.

En conclusion nous souhaitons que «*la démocratie sanitaire soit le lieu où professionnels, politiques, citoyens acceptent de croiser leurs connaissances même celles, mal reconnues, des personnes vivant la misère pour construire ensemble une connaissance enrichie – une connaissance mobilisatrice de tous*» et pour tous qui permette de mettre en place des solutions efficaces et concertées.

Alors, à cette question récurrente : «*Que pouvons-nous faire pour ceux qui vivent la misère ?*», nous pourrions répondre par celle-ci : «*Que peuvent faire ceux qui vivent la misère pour humaniser le monde de la santé ?*»

PROPOSITIONS

26. Expérimenter des programmes de médiation par les pairs au sein des établissements de santé, à l'instar des programmes mis en place par ATD Quart Monde.

27. Mettre en place, à destination des professionnels, des formations coréalisées par des usagers précaires, afin d'améliorer les connaissances des professionnels et de faire tomber les méfiances réciproques qui peuvent exister.

28. Accueillir comme «expert associé» à la commission des relations avec les usagers (CRU) de l'hôpital un représentant d'associations engagées en matière de «santé précarité» pour qu'il exprime les difficultés rencontrées à l'hôpital par les populations précaires.

29. Inciter les CME à se saisir de la question de la vulnérabilité, notamment en étudiant le bilan des Pass et en réévaluant les stratégies de l'établissement.

30. Valoriser auprès des professionnels et de la population les actions mises en place par les établissements et leurs partenaires sur les questions de la vulnérabilité et de l'accès aux soins : communiquer positivement pour sortir de l'image négative que peuvent véhiculer certaines prises en charge.

OBJECTIF 8

Lancer des programmes de formation des professionnels de santé à la thématique «vulnérabilité et santé»



Les médecins et les soignants sont encore trop peu formés et sensibilisés à la prise en charge et à l'accompagnement des populations en situation de vulnérabilité. Cette méconnaissance des problématiques sociales et des dispositifs génère des *a priori* sur l'accueil de certains publics et des difficultés pour les professionnels à prendre à charge ces situations de façon globale.

INITIATIVE TERRAIN

Dépasser les obstacles culturels

Bruno Barral – directeur général adjoint - Hospices civils de Lyon

«Sensibiliser et former les professionnels (dans le cadre des plans de formation institutionnels) à la connaissance des populations vulnérables :

- Pour que les professionnels repèrent, dès l'admission, les personnes en difficulté qui rejettent toute démarche de soins ;

- Pour que les professionnels comprennent les conditions de vie des patients fragiles et proposent des prises en charge adaptées à celles-ci (par exemple : un interne des urgences qui prescrit un médicament à une personne qui vit dans un squat sans organiser la délivrance de celui-ci avec la pharmacie hospitalière) ;

- Pour que les professionnels informent les patients dans un langage compréhensible (les efforts réalisés pour ces publics seront bénéfiques pour tous les patients) ;

- Pour que les professionnels ne jugent pas sur l'apparence ou évitent de culpabiliser, mais cherchent à mieux comprendre le contexte des personnes et leurs défenses psychiques face à leurs situations très difficiles ;

- Pour que les professionnels travaillent davantage en pluridisciplinarité avec les assistantes sociales, ces dernières facilitant l'interface avec les services sociaux de ville qui accompagnent ces populations après l'hospitalisation et qui faciliteront la sortie.

La formation en matière de "santé précarité" peut être inscrite comme une priorité dans les plans de formation continue des hôpitaux, elle doit également être introduite ou valorisée dans la formation initiale (université, Institut de formation en soins infirmiers, etc).»

En plus des programmes de formation, il est fondamental de donner aux professionnels des occasions de travailler ensemble sur leurs pratiques (évaluation des pratiques professionnelles) et de réfléchir collectivement à des pistes d'amélioration et à la mise en place de nouvelles coopérations.

PROPOSITIONS

31. Intégrer des modules spécifiques et obligatoires dans les formations initiales et continues des professionnels de santé, que ceux-ci soient paramédicaux, médicaux ou administratifs.
32. Mettre en place des formations complémentaires structurées dans un cadre universitaire et/ou extra-universitaire permettant à des soignants de compléter leurs connaissances
33. Favoriser l'organisation de temps de partage entre professionnels de santé autour des pratiques et modes de coopération dans la prise en charge des publics vulnérables.

OBJECTIF 9

Promouvoir l'enseignement et la recherche universitaire autour des problématiques de la vulnérabilité



La recherche autour de la vulnérabilité, de sa prise en charge et de ses conséquences a jusque-là été un champ peu investi par les universités françaises. Deux des raisons de ce faible investissement sont le manque de visibilité de la stratégie de la recherche française en la matière et la perception de ce champ de recherche comme un domaine réservé à une médecine militante.

Il est indispensable de faire de cette thématique un véritable domaine de recherche reconnu et valorisé. Ceci est, en effet, une des conditions pour faire des questions de « santé et vulnérabilité » un sujet de mobilisation citoyenne et politique.

INITIATIVE TERRAIN

Un diplôme universitaire (DU) « Santé précarité »

Pr Fabrice BONNET - PU-PH au CHU de Bordeaux, professeur des universités, coordonnateur du DU Santé, précarité, solidarité (Isped Bordeaux)

« Le DU "Santé précarité" de l'université de Bordeaux a été mis en place sous l'impulsion de Médecins du Monde et de praticiens du CHU de Bordeaux en 2010. Il est soutenu par l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped) de l'université. Il a permis la formation d'une quinzaine de professionnels par an, issus du monde médical, social, paramédical et associatif sur des thématiques telles que l'accès aux soins, les problématiques de l'immigration, l'anthropologie, la sociologie, les addictions, la psychiatrie, entre autres. Des échanges entre les différents participants et enseignants naissent de nombreuses réflexions qui alimentent des questions de recherche très diverses. »

Le développement d'équipes de recherche pluri-thématiques et translationnelles doit aussi être soutenu pour permettre de développer des recherches fondamentales et opérationnelles autour de questions aussi variées que l'accès aux soins, l'application des mesures de prévention en situation de vulnérabilité, le dépistage de la précarité en elle-même, l'accompagnement des maladies chroniques, la gestion des traitements au long cours et de leurs effets secondaires.

Au final, la structuration et la valorisation de la recherche autour de cette thématique est indispensable afin de constituer des équipes pérennes au sein des universités et de créer une dynamique dans laquelle les jeunes soignants, médecins et chercheurs pourront se retrouver.

PROPOSITIONS

34. Favoriser le développement d'équipes de recherche pluri-thématiques au sein des universités.

35. Définir une méthodologie de recueil de l'information commune pour développer des recherches-actions opérationnelles sur les questions de vulnérabilité dans le système de santé.

NOS DEVOIRS DE SOLIDARITÉ



« L'égalité fondamentale de tous les êtres humains en dignité et en droit doit être respectée de manière à ce qu'ils soient traités de façon juste et équitable¹⁴. »

Dans sa campagne de mobilisation nationale de 2012, «Le meilleur système de santé du monde ?», Médecins du Monde posait un constat : «le système de santé est malade et ce sont les personnes précaires qui en souffrent le plus.» L'association témoignait d'une «détresse sanitaire» qu'avec d'autres elle s'efforce d'atténuer dans le cadre de ses interventions humanitaires : 85% des personnes qu'elle accueille sont dépourvues de la moindre couverture sociale...

Urgence et sollicitude publique

Aussi paradoxale que puisse apparaître *a priori* l'observation, d'autres vulnérabilités affectent, elles aussi, des personnes malades qui bénéficient pourtant d'une solidarité dans l'accès à des traitements parfois sophistiqués. Atteintes de maladies chroniques, elles éprouvent, dans la difficulté et trop souvent la relégation, ce parcours incertain fait de luttes au quotidien pour préserver une certaine dignité, une existence sociale entravée par des contraintes et des injustices qui finissent par la rendre invivable.

Qu'elles soient démunies économiquement (exclues du système de santé par l'arbitraire de décisions peu conciliables avec nos valeurs démocratiques) ou du fait de circonstances liées à une maladie au long cours (qui bouleverse les acquis et précipite dans l'incertitude), les personnes malades devraient être reconnues dans des droits qui leurs sont encore trop souvent discutés¹⁵.

Au moment où la santé publique revient sur la scène publique dans la perspective d'une législation qui lui sera consacrée en 2014, il conviendrait de ne plus se satisfaire de considérations de principe, et d'interroger davantage la justification des arguments privilégiés dans les prises de décisions. Qu'en est-il du souci accordé à l'effectivité de nos responsabilités à l'égard des personnes les plus fragiles parmi nous ? La stratégie nationale de santé¹⁶ témoigne de cette attention qui pourrait certainement prendre en compte les préconisations concrètes et innovatrices du rapport *La Prise en charge des personnes vulnérables : agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé* proposé par la FHF et Médecins du Monde.

Au vif des enjeux les plus délicats de la vie en société, le soin est sollicité par des demandes et des attentes chaque jour plus fortes. Garant dans son domaine si particulier des valeurs démocratiques, notre système hospitalier s'efforce encore de constituer, dans un contexte contraint, un espace d'exception. C'est vers l'hôpital public, en effet, que sont dirigées les fragilités et les souffrances de la vie, mais également d'autres attentes ou espérances qui ne trouvent plus audience ailleurs.

Face aux vulnérabilités de la maladie et aux souffrances qui affectent la personne dans sa dignité et dans sa vie quotidienne, des professionnels de santé avec des membres d'associations s'efforcent, chacun dans leur domaine de compétence, de préserver une conception de la vocation et de la fonction soignantes. «Prendre soin¹⁷», assumer en pratique — autrement que sur un mode incantatoire — les exigences du *care*, c'est tenter de préserver les droits de ces personnes qui, dépourvues de cette ultime sollicitude, erreraient sans refuge, sans recours, jusqu'à ne plus avoir le sentiment d'exister, reconnues et respectées au sein de la cité. Notre vie démocratique, une certaine conception du vivre ensemble se reformulent, se réhabilitent et se renforcent ainsi, parfois aux marges, là où les fascinations et les performances biomédicales perdent parfois en crédibilité. J'y vois une expression remarquable du souci de vigilance, l'exigence de maintenir — en dépit d'atteintes profondes — les conditions indispensables à «notre pacte social¹⁸».

Les missions traditionnelles dévolues à l'hospitalité caritative doivent désormais se penser en termes d'urgence et de sollicitude publique, en des résolutions qui ne faiblissent pas lorsque des modèles imposés à marche forcée risquent de pervertir l'esprit même d'un engagement inconditionnel, et de détourner l'hôpital public de ses responsabilités premières. «*C'est là un des paradoxes hospitaliers : accueillir chaque patient dans ce qu'il a de plus humain et être en permanence à la pointe de la technique. Or la technique ne saurait effacer l'Homme. Se poser en permanence la question de l'autre dans la relation de soins est l'un des fondements de la démarche éthique.*¹⁹»

Une avancée politique décisive qui témoigne de l'attention portée à «la question de l'autre dans la relation de soins» est intervenue le 27 octobre 1946, elle mérite d'être rappelée. La Constitution de la République proclamait en effet que la «protection de la santé» relevait de l'engagement de la Nation²⁰. Ce principe de solidarité était ainsi affirmé de manière solennelle à l'égard de tous les citoyens. Il s'agit même d'un «droit fondamental» reconnu par la communauté internationale dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)²¹. La nécessité d'accorder notre considération aux plus vulnérables, notamment dans nos objectifs de santé publique, sera néanmoins rappelée, tant les principes trouvent difficilement une transposition dans les faits²². Il convient d'en être conscient lorsque certaines logiques détournent parfois l'hôpital public de son «devoir d'aide et d'assistance publique»²³. Dans un avis du 27 juin 2007, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) insiste sur cette mission «indispensable à la préservation du lien social dans la cité»²⁴.

Les considérations éthiques qu'inspire une confrontation aux aspects trop habituellement méconnus de l'activité hospitalière concernent des situations humaines et des domaines de la vie sociale qui n'accèdent pas toujours, comme il le faudrait, au statut de questions politiques. Le dédain ou le mépris semblent prévaloir lorsque la condition humaine nous ramène à l'ordinaire de circonstances qui dénoncent nos incuries, déjouent nos stratégies d'évitement — ces renoncements caractéristiques d'une perte de sensibilité, voire d'une altération des principes démocratiques. Rejetés aux confins de ce que la cité intègre ou tolère encore, les parias ont souvent pour figure celle de ces malades qui déstabilisent les certitudes, perturbent les procédures, défient les solidarités, contestent les inerties et dénoncent les insuffisances.

Les positions incarnées et défendues par les professionnels de santé ainsi que les membres d'associations investis sur le front du soin, dans cette fonction soignante en charge de missions qui lui échoient au terme d'un cumul de désistements, apparaissent dès lors significatives d'une posture de résistance. Lorsque l'on soigne, l'attention éthique caractérise un sens de la responsabilité, de la faculté de manifester une préoccupation humaine dont bien souvent l'existence même de la personne malade dépend, et tout autant une certaine conception de l'idée d'humanité.

Mobiliser compétences et solidarités

L'accessibilité, la disponibilité et la permanence de l'accueil visaient à satisfaire une obligation impartie au service public hospitalier, souvent considérée emblématique de sa fonction au cœur de la cité. Qu'en est-il désormais, en pratique, dans un contexte de restrictions et de contraintes peu compatibles avec les politiques ainsi consenties aux exclus du système de santé, de ces demandes urgentes et souvent complexes qui ne savent plus où aboutir, de la continuité d'accompagnement d'un parcours de soin dont dépend si étroitement la trajectoire, voire le fil tendu d'une existence ?

Désormais, nombre de choix stratégiques sont plutôt conditionnés par des critères d'ordre essentiellement gestionnaire : ils érigent des normes, façonnent des modèles, induisent des mentalités, produisent des indicateurs, soumettent à des évaluations qui trouveraient une pertinence et plus d'acceptabilité dans un contexte également soucieux d'autres conceptions des finalités des soins²⁵. « L'hôpital entreprise » est assigné, en dépit d'autres urgences humaines et sociales trop hâtivement évincées, à produire indifféremment « des biens de santé », à démontrer ses performances, à prouver sa compétitivité scientifique, à gagner en efficacité, en rentabilité, au risque de ne plus être concerné que par une médecine dite d'excellence, accessible aux seules personnes en capacité de bénéficier des financements, des conseils et autres formes de soutiens indispensables à un parcours de soin complexe et incertain.

Comment admettre comme un fait irrévocable ces pratiques médicales et ces dispositifs institutionnels qui deviennent discriminatoires à l'égard des plus démunis, dans un pays qui s'honorait jusqu'à présent de son système social et présentait au monde les symboles forts de la Couverture maladie universelle²⁶ (CMU) ou de l'Aide médicale d'État²⁷ (AME) ?

La précarisation du système de santé, selon des logiques peu recevables, compromet les acquis d'une législation soucieuse des droits réels de la personne malade, tout particulièrement dans sa faculté d'accéder à des soins de qualité en situation de vulnérabilité²⁸. On observe l'écart flagrant entre les prouesses biomédicales dispendieuses, ces célébrations d'une science qui fait reculer les limites du possible, et l'accessibilité à un suivi médical « routinier » dans des

conditions dignes et justes. Du reste, certains médecins ont compris que, du point de vue de leur reconnaissance institutionnelle, mieux valait s'intéresser à des thématiques de recherche dites « porteuses » parce que valorisantes d'un point de vue scientifique, qu'au soin ordinaire, d'autant plus délicat lorsqu'il concerne des personnes en situation de précarité sociale. Mais les médecins ont également compris qu'il leur incombe de se préoccuper prioritairement de la rentabilité de leurs pratiques selon les normes de la tarification à l'activité (T2A) : elle conditionne l'évaluation de leurs performances. Inscrit dans la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité sociale, ce mode de financement des établissements hospitaliers est souvent mis en cause du fait de « ses effets pervers potentiels », notamment en termes d'obstacles à « l'égal accès à des soins de qualité »²⁹. La rationalité gestionnaire appliquée aux aspects les plus délicats de la fonction soignante (maladie chronique, handicap, fin de vie, par exemple) équivaut dans certains cas à un rationnement préjudiciable à la mise en œuvre des politiques de santé publique pourtant inscrites dans la loi. À cet égard, il n'est pas anodin de mentionner que la Pass pour les personnes précaires était assurée jusqu'à présent dans 91% des cas par le service public, l'hôpital privé limitant son effort de solidarité dans ce domaine à 9% des prises en charge.

Il nous faut assumer ensemble des questions difficiles, ne serait-ce que pour partager avec d'autres des enjeux essentiels et ne pas renoncer à nos engagements. Accueille-t-on dans nos hôpitaux selon les principes que devrait rendre tangible un service public moderne, efficace, reconnu dans les valeurs fortes issues de son histoire, et doté des moyens de fonctionnement qui lui sont indispensables ? Par quelles approches renouvelées mieux « prendre en soin » les exclus de la vie sociale, ceux qui ne parviennent plus à faire valoir des droits qu'on leur dénie, ces sans-voix qui perdent ainsi progressivement toute citoyenneté ? Certains membres d'associations éprouvent comme une provocation, une insulte faite aux conquêtes de la démocratie sanitaire ces renoncements cumulés aux idéaux inscrits dans les fondements de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cela les incline parfois à déplorer l'état de précarisation de notre système de santé, alors même que la collectivité nationale y consacre des efforts financiers considérables. Même si leur constat peut paraître excessif, il convient d'en tenir compte et de ne pas nous exonérer d'une exigence et d'une ambition à la hauteur de nouveaux défis, tout particulièrement auprès des plus démunis³⁰.

Évoquer le concept de « démocratie sanitaire » c'est affirmer la dimension, voire la mission politique de la fonction soignante au cœur de la vie de la cité, mais également à ses marges, là où les vulnérabilités humaines bénéficient encore de cette hospitalité témoignant d'une conscience qui n'abdique et ne déserte pas. L'exercice de cette démocratie s'impose comme une urgence ; elle se traduit par une mobilisation dans le soin qui serve mieux encore celle et celui qui attendent de la société un message de confiance, un geste de sollicitude. Il serait dès lors souhaitable d'aspirer à l'avènement d'une authentique démocratie hospitalière.

Le rapport *La Prise en charge des personnes vulnérables : agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé* nous propose des modes d'approche et des perspectives d'action d'une pertinence qui trouve sa juste place dans la réflexion suscitée par la stratégie nationale de santé. C'est ainsi, également, que son appel à notre vigilance est précieux et d'une si grande actualité. Au moment où notre démocratie aspire à renouer avec ses valeurs.

Emmanuel Hirsch

professeur d'éthique médicale, Université Paris Sud

Renforcer la place des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) dans les établissements de santé

1. Faire des Pass hospitalières un réel pivot de la coordination intra et extrahospitalière des parcours de soins, des interfaces ville-hôpital, adossées ou intégrant une offre de médecine et comportant des moyens de suivi social, socio-juridique et psychologique.
2. Offrir des consultations externes publiques sans dépassement d'honoraires, avec tiers payant et avec des délais de rendez-vous raisonnables.
3. Valoriser et développer au sein de l'hôpital des programmes de prévention, d'éducation thérapeutique et d'éducation à la santé à destination des personnes en situation de vulnérabilité.
4. Inciter les médecins, les internes, les étudiants en médecine et l'ensemble des professionnels à participer pleinement au fonctionnement des Pass, notamment en y effectuant des consultations et des astreintes

Développer et diversifier les dispositifs hospitaliers

5. Favoriser la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) « sociales » en y incluant, en plus des professionnels soignants et médicaux, les travailleurs sociaux et, quand cela est possible, le patient concerné.
6. Développer, en lien avec les Pass, des équipes mobiles formées et habilitées à intervenir dans les structures d'accueil, dans la rue ou au domicile des personnes en situation de vulnérabilité.

Soutenir les professionnels hospitaliers et s'engager résolument à leurs côtés

7. Accompagner et former les professionnels de santé pour mettre en place des dispositifs de repérage de la fragilité sociale et constituer des filières de soins internes (liens Pass/consultations spécialisées ou Urgences/Pass, etc.).
8. Inclure dans la formation initiale des directeurs d'hôpital un module « Santé et vulnérabilité », et proposer aux directeurs ainsi qu'aux présidents des CME de se former à ces questions dans le cadre de la formation continue.

9. Désigner dans chaque établissement un directeur et un médecin de la CME comme responsables du suivi des actions relatives à l'amélioration de l'accès aux soins des personnes vulnérables.

10. Réinvestir un outil de dépistage de la fragilité sociale afin d'explicitier les choix qui sont faits en milieu hospitalier au moment de l'orientation des patients.

11. Communiquer sur l'existence des budgets consacrés à l'interprétariat dans les établissements de santé et en créer dans les établissements où ils n'existent pas.

12. Mutualiser les moyens pour faciliter l'accès à des interprètes professionnels (liste d'interprètes, plates-formes téléphoniques).

Consolider la dimension territoriale de l'action des hôpitaux

13. Renforcer les liens et collaborations entre les hôpitaux et les autres acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux du territoire, en s'appuyant notamment sur les réseaux déjà constitués par les Pass.

14. Caractériser, en lien avec les usagers, les professionnels, les tutelles, les élus et les chercheurs, les besoins de la population au niveau des infra-territoires de santé afin d'y répondre de manière coordonnée et pertinente.

15. Faire des contrats locaux de santé (CLS) le lieu de travail commun des différents professionnels sanitaires, sociaux, médico-sociaux et des élus, et renforcer ou conforter la place et l'action des hôpitaux en leur sein.

16. Développer des systèmes intégrés sur le modèle des réseaux de santé précarité dans un souci d'amélioration de la coordination entre l'hôpital, la médecine de ville et les structures de prise en charge des personnes vulnérables.

17. Consolider l'action des ARS sur les questions de santé et de vulnérabilité.

Réviser les modes de financement

18. Créer pour les hôpitaux publics un mode de financement forfaitaire pour l'accueil et la prise en charge des personnes vulnérables.

19. Sanctuariser les financements alloués à la prise en charge des personnes vulnérables et mettre en œuvre un mode de financement pluriannuel pour sécuriser les actions et dispositifs innovants.

20. Développer les études médico-économiques sur les activités en lien avec la prise en charge des personnes vulnérables.

Garantir l'accès aux droits à l'assurance et à la complémentaire maladie

21. Constituer un réseau entre la Pass, les autres assistantes sociales hospitalières et le bureau des entrées afin d'obtenir l'ouverture des droits pour toutes les personnes vulnérables ne disposant pas de droits ouverts.

22. Renforcer la formation des professionnels des organismes de protection sociale aux questions de santé, de santé mentale et de vulnérabilité en faisant appel aux professionnels du social et de la santé.

23. Signer des conventions de coopération entre les établissements et les Caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) pour faciliter l'accès aux droits des personnes prises en charge.

24. Intégrer, quand cela est possible et nécessaire, des permanences des organismes de protection sociale dans les établissements de santé.

25. Accompagner les personnes dans l'ouverture, la compréhension et l'appropriation de leurs droits par la création de nouveaux métiers dans le champ de la médiation sanitaire.

Réaffirmer le rôle d'acteur des usagers

26. Expérimenter des programmes de médiation par les pairs au sein des établissements de santé, à l'instar des programmes mis en place par ATD Quart Monde.

27. Mettre en place à destination des professionnels, des formations coréalisées par des usagers précaires, afin d'améliorer les connaissances des professionnels et de faire tomber les méfiances réciproques qui peuvent exister.

28. Accueillir comme «expert associé» à la commission des relations avec les usagers (CRU) de l'hôpital un représentant d'associations engagées en matière de «santé précarité» pour qu'il exprime les difficultés rencontrées à l'hôpital par les populations précaires.

29. Inciter les CME à se saisir de la question de la vulnérabilité, notamment en étudiant le bilan des Pass et en réévaluant les stratégies de l'établissement.

30. Valoriser auprès des professionnels et de la population les actions mises en place par les établissements et leurs partenaires sur les questions de la vulnérabilité et de l'accès aux soins : communiquer positivement pour sortir de l'image négative que peuvent véhiculer certaines prises en charge.

Lancer des programmes de formation des professionnels à la thématique «vulnérabilité et santé»

31. Intégrer des modules spécifiques et obligatoires dans les formations initiales et continues des professionnels de santé, que ceux-ci soient paramédicaux, médicaux ou administratifs.

32. Mettre en place des formations complémentaires structurées dans un cadre universitaire et/ou extra-universitaire permettant à des soignants de compléter leurs connaissances

33. Favoriser l'organisation de temps de partage entre professionnels de santé autour des pratiques et modes de coopération dans la prise en charge des publics vulnérables

Promouvoir l'enseignement et la recherche universitaire autour des problématiques de la vulnérabilité

34. Favoriser le développement d'équipes de recherche pluri-thématiques au sein des universités.

35. Définir une méthodologie de recueil de l'information commune pour développer des recherches-actions opérationnelles sur les questions de vulnérabilité dans le système de santé

NOTES

¹ Barère, *Premier rapport fait au nom du Comité de Santé Public sur les moyens d'extirper la mendicité dans les campagnes et sur les secours que doit accorder la République aux citoyens indigents*, séance de la Convention Nationale du 22 floréal An II (1794).

² Témoignage d'un jeune médecin allemand, externe des hôpitaux de Paris, 1820.

³ Observatoire du Samu social de Paris, Inserm, *Santé mentale et Addictions chez les personnes sans logement d'Île-de-France*, 2009.

⁴ Drees, *Les Bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins*, 2008.

⁵ Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France – Rapport 2012*, octobre 2013.

⁶ Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France – Rapport 2012*, octobre 2013.

⁷ Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France – Rapport 2012*, octobre 2013.

⁸ Les patients bénéficiaires de la couverture médicale universelle, de la couverture médicale universelle complémentaire, de l'aide médicale d'Etat, de l'aide médicale d'Etat soins urgents ou les personnes sans domicile fixe représentent 21% du total des séjours.

⁹ Philippe Warin, dans *Libération*, http://www.liberation.fr/economie/2012/11/13/le-non-recours-aux-droits-un-scandale-social_859808

¹⁰ Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France – Rapport 2012*, octobre 2013.

¹¹ *Démarche participative : réflexions sur une méthodologie et ses conditions de réussite*, Huguette Boissonnat-Pelsy, responsable santé, ATD Quart Monde, Chantal Sibue-De Caigny, sociologue Etudes et Développement, membres de l'équipe de recherche « Le croisement des savoirs dans la relation soignant-soigné (Recherche-action : 2000-2003). Intervention au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, mai 2005.

¹² « *Inégalités de santé : les plus pauvres interrogent notre système de santé ?* » Journée du 5 mars 2011 à la Cité des Sciences de la Villette préparatoire au séminaire santé du Mouvement ATD Quart Monde du 11 septembre 2011 « Santé, Précarités, Développement durable : quelles perspectives ? »

¹³ Charte du Croisement des Savoirs et des Pratiques - ATD Quart Monde http://www.atd-quartmonde.org/IMG/pdf/Charte_ACSP_3_.pdf

¹⁴ Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, Unesco, 19 octobre 2005, art. 10 – « Égalité, justice et équité ».

¹⁵ « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux

NOTES

de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. », Code de la santé publique, art. L. 1110-1.

¹⁶ « Deux principes doivent guider l'action des pouvoirs publics : • mener des actions touchant l'ensemble de la population, en portant une attention particulière aux plus démunis, dont toutes les études montrent qu'ils profitent moins des dispositifs habituels de prévention, quand bien même ils seraient gratuits ; • mener des actions dans le champ de la santé (accès aux droits, aux soins, à la prévention), mais également sur l'ensemble des déterminants de la santé, car les réponses se situent largement hors du cadre du soin, même si l'administration et les professionnels de la santé ont un rôle majeur, pour sensibiliser les autres autorités, institutions et professionnels susceptibles d'agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. » Stratégie nationale de santé, « Feuille de route », 23 septembre 2013.

¹⁷ « Prendre soin, c'est donc assumer notre métier pour en faire peut être le dernier rempart face à l'indifférence de notre monde, le dernier refuge de l'humanité de notre société. », Didier Sicard, « Prendre soin », *La Lettre de l'Espace éthique AP-HP*, n° 15-18, hiver/été 2002, p. 2.

¹⁸ « Les valeurs qui sous-tendent l'hôpital public sont le reflet de valeurs qui fondent notre pacte social : des valeurs humanistes traduisant en termes de santé physique et morale le respect de tout individu, la non-discrimination et l'égalité de traitement dû à tout citoyen. », Éric Molinié, « L'hôpital public en France : bilan et perspective », Avis et Rapport du Conseil économique et social, 2005, La Documentation française, p. 42.

¹⁹ Claude Évin, in *La Révolution hospitalière. Une Démocratie du soin*, E. Hirsch, Paris, Bayard, 2002, p. 9.

²⁰ « Art. 11 - Elle (la Nation) garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. », Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

²¹ « Préambule - La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. », Constitution de l'OMS, 22 juillet 1946 (revue en 1977, 1984, 2005).

²² « Art. L. 1411-1-1 - L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'État ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées. », Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

²³ « Il est au moins deux droits fondamentaux pour lesquels toute personne malade demande aujourd'hui à la société de la protéger : l'accès aux soins et l'assurance de la qualité du système de soins. », Claude Évin, « Les droits des malades », « Le pouvoir médical », in *Pouvoirs*, n° 89, Paris, Seuil, 1999, p. 24.

NOTES

²⁴ « Au-delà de sa mission fondamentale traditionnelle de soin et d'attention aux patients, qui inclut la prise en charge médicale, l'enseignement, la recherche et l'innovation thérapeutique, l'hôpital est investi d'un devoir d'aide et d'assistance sociale. Sans en être l'aspect le plus visible, cette aide est indispensable à la préservation du lien social dans la cité, au-delà de l'obligation de permanence des soins, l'hôpital étant pratiquement le seul service public ouvert nuit et jour. », CCNE, Avis n° 101, « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier », 28 juin 2007.

²⁵ « L'objectif des soins de santé est de prévenir, diagnostiquer ou traiter toute maladie ainsi que de maintenir et promouvoir la santé des populations. Le contrôle de la qualité des soins vise à l'amélioration continue de la qualité des services fournis aux patients et à la population et des méthodes et moyens mis en œuvre pour fournir ces services. Le but ultime est d'améliorer à la fois la santé du patient et celle de la population. », Déclaration sur les directives pour l'amélioration continue de la qualité des soins de santé, Association médicale mondiale (AMM), 2009 - Préambule, 1.

²⁶ « Il est créé, pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection assurance complémentaire et à la dispense d'avance de frais "tiers payant" du code de la sécurité sociale. », Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU), article 1^{er}.

²⁷ Articles L. 251-1, L. 251-2 et L. 251-3 du Code de l'action sociale et des familles.

²⁸ « Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies mentionnés au 3° de l'article L. 1434-2, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes. », Code de la santé publique – art. L. 6112-6.

²⁹ Code de la santé publique - art. L. 6112-3, 1°.

³⁰ « Les vulnérables sont ceux pour qui les principes d'autonomie, de dignité ou d'intégrité, sont à même d'être menacés. Tout individu capable de dignité est protégé par ce principe. [...] De ces prémisses s'ensuit un droit positif à l'intégrité et à l'autonomie, qui fonde la pertinence des idées de solidarité, de non-discrimination et de communauté », Déclaration de Barcelone, Propositions politiques à la Commission Européenne par des partenaires du BIOMED-II Projet, sur les Principes éthiques de base en bioéthique et biodroit, novembre 1998.

Notre système de santé reste marqué par de fortes inégalités. Cela est vrai tant pour l'état de santé constaté des personnes qu'en matière d'accès aux soins et aux actions de prévention.

La prise en charge des publics en situation de vulnérabilité est une mission consubstantielle à l'hôpital public, pour laquelle les hospitaliers ont toujours œuvré avec humanité, conviction et détermination. Aujourd'hui, les hôpitaux publics assument avec quelques associations dont Médecins du Monde cette mission de prise en charge des plus vulnérables. Pour les équipes hospitalières, la fragilité des moyens et des dispositifs d'accompagnement se révèle source de malaise. C'est le constat que font aujourd'hui un grand nombre de professionnels qui, face à la nécessité d'adapter le parcours de soins aux caractéristiques de ces publics, se sentent souvent démunis.

Il y a donc urgence à agir alors que l'impact de la crise économique sur l'aggravation de la précarité est de plus en plus tangible. Il y a surtout urgence à agir pour inventer un nouveau modèle de prise en charge des personnes vulnérables dans les hôpitaux.

L'apparition de nouvelles formes de vulnérabilité conjuguée à l'évolution des organisations hospitalières conduit les établissements et les professionnels à repenser et à réaffirmer leur vocation d'hospitalité afin d'assurer à chacun la meilleure prise en charge possible. L'hospitalité est en effet un sujet majeur et pleinement d'actualité, recouvrant des aspects aussi bien humains, techniques, économiques, que de recherche.

Conscient de la responsabilité de l'hôpital public, et dans le souci de maintenir un dispositif d'accès aux soins pour tous, la Fédération hospitalière de France et Médecins du Monde ont décidé d'unir leur force. À l'heure où se construit la future stratégie nationale de santé, la FHF et Médecins du monde n'acceptent pas la fatalité, ne se résolvent pas à l'inaction et unissent leurs voix pour améliorer concrètement la prise en charge des personnes vulnérables à l'hôpital.

Les propositions portées par la FHF et Médecins du Monde visent à nourrir le débat public d'aujourd'hui et à se transformer, dès demain, en actes. Pour cela, les pouvoirs publics et tous les acteurs de la santé doivent prendre leurs responsabilités, et mettre la question de la santé des personnes les plus fragiles au cœur des politiques publiques.