

**samusocial**deParis

9 PROPOSITIONS

POUR UNE MEILLEURE ACCESSIBILITE AU SYSTEME DE SANTE DES PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE EXCLUSION

De par ses missions d'écoute, d'orientation, d'accueil et de prise en charge notamment médicalisée des personnes en situation de grande exclusion, le Samusocial de Paris se retrouve en première ligne pour mesurer les difficultés d'accès aux soins des personnes précaires. Si la question de l'égalité d'accès aux soins, ou du droit à la santé, est depuis longtemps intégrée dans divers programmes et réformes du système de santé, force est de constater que loin de se réduire, les inégalités de santé ne cessent de s'accroître. Pour les plus précaires, l'exclusion du système de soin vient fréquemment s'ajouter à l'exclusion sociale : complexité des démarches d'ouverture de droits, refus de prise en charge ou prises en charge « au rabais » conséquences de pressions budgétaires dont les plus vulnérables font les frais, les exemples sont nombreux. Et les prochaines réformes laissent craindre une amplification de ce phénomène. Quelles seront les conséquences d'une réduction de la durée d'hospitalisation, par exemple, pour les personnes sans domicile ?

A l'heure où le gouvernement réfléchit à une nouvelle stratégie nationale de santé, le Samusocial de Paris a souhaité attirer son attention sur l'importance d'une prise en compte des populations les plus démunies en lui faisant parvenir **9 propositions** sur l'ouverture des droits, le rôle essentiel tenu par les PASS, le développement de l'hospitalisation à domicile dans les lieux d'accueil, le déficit en lits halte soins santé et lits d'aide médicalisée, la prévention du retour à la rue post hospitalisation, les défaillances en matière de repérages de troubles psychiatriques, la prise en charge des addictions, la sensibilisation des équipes soignantes à la spécificité des prises en charge de personnes sans-domicile, et l'importance d'expérimenter et évaluer les dispositifs mis en œuvre.

La réflexion sur des stratégies inclusives ressort du devoir citoyen. Loin de représenter une charge supplémentaire, elle peut en outre contribuer à réduire les coûts induits par une prise en charge tardive, inadaptée voire déficiente. Des modalités innovantes de prise en charge, s'inscrivant à la fois dans une logique de santé publique, de respect des personnes et d'attention aux équilibres budgétaires sont possibles. Le Samusocial de Paris en est convaincu : il s'agit seulement d'une question de volonté politique.

FACILITER L'OUVERTURE DES DROITS

Le Samusocial de Paris accompagne de très nombreuses personnes en situation de précarité dans l'ouverture de leurs droits sociaux. La complexité de ces démarches conduit en effet fréquemment les personnes exclues à préférer renoncer à leurs droits, d'autant que parmi elles nombreuses sont celles qui maîtrisent mal le Français. Tout accès aux soins devient alors problématique, notamment en situation d'urgence. Il conviendrait donc de simplifier les procédures d'ouverture de droits (CMU, AME), de réduire les délais d'instruction des dossiers, et de permettre une ouverture de ces droits au sein même des hôpitaux à l'aide de permanences de personnels de l'Assurance maladie. Le Samusocial de Paris a pu observer à son accueil de jour (Espace Solidarité Insertion) qu'une permanence de ce type facilitait l'entrée des personnes dans une démarche de soins. Par ailleurs, une information simple, pédagogique, en plusieurs langues doit être disponible, et des actions d'accès à la langue française menées, notamment à travers des ateliers « vie pratique » ; elles constitueraient à la fois un moyen de favoriser l'accès aux soins et à plus long terme d'entamer un indispensable travail d'intégration. Le Samusocial de Paris partage également le souhait de nombreuses associations de voir disparaître l'AME, perçue comme l'assurance maladie des sans-papier, au profit d'un accès généralisé à la CMU et CMU-c.

HARMONISER LES PASS POUR RENFORCER LEUR ROLE DE PORTE D'ENTREE DANS LE SYSTEME DE DROIT COMMUN

Les PASS tiennent aujourd'hui un rôle essentiel dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Les PASS doivent demeurer un lieu d'accueil visible et lisible facilitant l'accès au système de droit commun et offrant un accompagnement adapté à des personnes aux problématiques sociales multiples et souvent complexes. Elles ne doivent pas devenir un lieu de prise en charge pour les plus précaires, doté de moyens réduits.

Il importe également que leur existence et leur rôle soient mieux connus des différents acteurs. Les réunions d'information organisées par la PASS de l'hôpital Saint-Antoine apportent par exemple aux associations de lutte contre l'exclusion une meilleure connaissance du mode de fonctionnement et des ressources que représentent ces permanences. Harmoniser leurs modes de fonctionnement, mieux communiquer sur leur rôle, et faciliter leurs relations avec les acteurs concernés est essentiel.

DEVELOPPER L'HOSPITALISATION A DOMICILE DANS LES LIEUX D'ACCUEILS (CHU, CHRS, LHSS)

CHU, centres de stabilisation et LHSS constituent pour les personnes sans domicile des lieux de vie à part entière. Ces lieux d'accueil pourraient constituer, pour les personnes sans domicile, dont la prise en charge hospitalière peut nécessiter plus de temps voire se poursuivre faute de possibilités de sortie, des alternatives adaptées à la prise en charge post hospitalisation. Pour ce faire, il conviendrait toutefois d'y développer des formes d'accompagnement médicalisé en fonction des besoins des personnes à travers l'intervention de SSIAD ou le recours à la HAD. Des équipes mobiles de professionnels soignants et médicaux pourraient également être développées en partenariat avec les PASS. Autant de mesures pouvant entrer dans le cadre des objectifs de réduction des durées de séjour hospitalier et des coûts de ces prises en charge.

ACCROITRE LE NOMBRE DE PLACES EN LAM ET LHSS

LAM et LHSS permettent aux personnes sans domicile de recevoir des soins ne nécessitant pas (ou plus) une hospitalisation ; il convient de faire remarquer que si l'entrée dans ces structures est liée à une pathologie aiguë, la majorité de ces personnes présente de nombreuses comorbidités devenues pour la plupart très chroniques. Avec 100 % de taux d'occupation pour les Lits d'aide médicalisés (25 places) et 95% pour les lits halte soins santé (170 places), le Samusocial de Paris est contraint chaque semaine de refuser des admissions, et mesure ainsi le besoin supplémentaire de structures adaptées aux soins des personnes sans domicile. Au-delà des soins, ces lieux offrent des occasions pour initier ou conforter un travail de sortie de rue qui nécessite souvent du temps, comme en témoigne la durée moyenne de séjour : 50 nuits en LHSS et 456 nuits en LAM.

UNE LOGIQUE DE SOINS DURABLES : EVITER LES RETOURS A LA RUE POST SOINS

Une véritable politique de prévention du retour à la rue des sans-abri après hospitalisation doit être mise en place. En effet la vulnérabilité renforcée de la personne du fait de sa maladie, entraîne quelques semaines ou mois plus tard un retour à l'hôpital qui aurait pu être évité grâce à un meilleur suivi des personnes dans un parcours de soins individualisé et adapté. Le rôle des LAM et LHSS est ici important et un meilleur maillage entre l'hôpital et ces structures serait nécessaire, en clarifiant le rôle que ces derniers peuvent tenir : ils ne doivent pas être considérés comme des lieux d'orientation par défaut de prise en charge hospitalière, ni servir de palliatifs à une prise en charge écourtée.

Ils peuvent en revanche constituer des lieux de transition entre l'hôpital et des solutions d'hébergement durables, à condition d'accroître les possibilités de sortie de ce dispositif. Comme indiqué dans le point 3, l'hospitalisation à domicile dans les lieux d'accueil constitue

une première solution pour fluidifier les parcours. Permettre un meilleur accès à des appartements de coordination thérapeutique (ACT) en est une autre et une coordination de cette offre serait de nature à améliorer la visibilité en assurant plus de transparence dans l'octroi de places. Il semble nécessaire pour cela d'intégrer une dimension soins dans les SIAO : cela passe par la participation de soignants à ces instances et par l'élargissement du périmètre des places régulées par les SIAO aux LHSS, aux LAM et aux ACT.

Permettre des sorties positives de LAM, dans lesquelles la moyenne d'âge est de 59 ans, impose de travailler à un meilleur maillage avec les EHPAD, et de réfléchir à des lieux d'accueil pérennes pour des personnes pour qui il n'existe aucune autre perspective. Des modes de financement alternatif à l'aide sociale légale doivent être trouvés pour permettre des prises en charges adaptées des personnes pour lesquelles l'ouverture de droits est compromise sachant que le prix de journée y est souvent moins élevé que dans les LAM. Cela permettrait également d'accueillir des personnes sans domicile en situation de handicap dans des établissements adaptés du secteur médico-social.

En l'absence de travail sur les parcours post hôpital, les soins prodigués ne peuvent qu'être en permanence remis en question par les retours à la rue, entraînant des va-et-vient coûteux tant humainement que financièrement.

FAVORISER LE REPERAGE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES DES PERSONNES SANS-DOMICILE POUR UNE PRISE EN CHARGE ADAPTEE

Il convient de distinguer souffrance psychique, fréquente chez les personnes sans domicile (80% des personnes prises en charge en LHSS) et troubles psychiatriques, aujourd'hui mal diagnostiqués. L'enquête SAMENTA, en 2011, indiquait qu'un tiers de la population sans-domicile souffre de troubles psychiatriques sévères : troubles psychotiques (13%), troubles de l'humeur (troubles dépressifs sévères essentiellement – 7%) et troubles anxieux (12%). La pratique quotidienne des équipes du Samusocial de Paris, que ce soit en maraudes, en CHU ou en LHSS, témoigne également d'une prévalence importante. En l'absence de repérage, de diagnostic et donc de prise en charge de ces pathologies, tout travail d'accompagnement social et de réinsertion (sortie de rue) s'avère vain. Il conviendrait ainsi de mettre en place des équipes mobiles sectorisées pouvant intervenir dans les lieux d'accueil, en complément de l'action de l'équipe mobile du réseau santé précarité qui intervient auprès des personnes dans la rue. Ces équipes pourraient une fois le diagnostic posé, entamer un travail de prise en charge thérapeutique et travailler en partenariat avec les intervenants sociaux des lieux d'accueil, notamment au sein de réunions de concertation pluridisciplinaires. Aujourd'hui, demeure un manque de lien entre équipes du Samusocial de Paris et maraude psy qui circule une fois par semaine ou acteurs du RSP qui peut ponctuellement intervenir : l'absence de communication du diagnostic, et l'absence de traitement mis en place entraînent un découragement des équipes.

FAIRE PROGRESSER LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

Fréquente chez les personnes prises en charge par le Samusocial de Paris, l'addiction à l'alcool présente des difficultés particulières. Interdite à l'intérieur des structures, la consommation d'alcool reste problématique pour des équipes mal formées au sevrage. Dans la pratique, certains sans-abri parviennent le temps de leur prise à charge à accepter le sevrage mais reprennent leur consommation une fois de retour à la rue. Un accompagnement par un spécialiste en alcoologie, ainsi que des liens avec des lieux de cure assureraient à certains de résoudre leur problème d'addiction à l'alcool, facilitant le travail d'accompagnement vers la sortie de rue. Les LHSS pourraient dès lors, en formant ses équipes infirmières, servir de lieu de post cure, travaillant en parallèle avec le SIAO à l'orientation des personnes.

Par ailleurs, la présence d'un alcoologue dans les structures permettrait de faire évoluer des règles d'interdiction qui sont en pratique diversement appliquées et trop souvent excluantes.

L'addiction aux autres drogues, du fait des liens existant entre associations et Samusocial, se révèle moins problématique, celles-ci ayant pris l'habitude de pouvoir intervenir dans nos structures. Nos équipes observent toutefois de nombreux problèmes d'abcès depuis le changement de formule du Subutex destiné à éviter l'injection. Loin de dissuader les consommateurs, cette nouvelle formule tend à provoquer de multiples infections.

SENSIBILISER ET FORMER LES EQUIPES SOIGNANTES A L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SANS-DOMICILE

Nombreuses sont les personnes accueillies en CHU ou LHSS à rapporter une mauvaise qualité de prise en charge hospitalière : prise en charge par des externes, sorties accélérées d'hôpital, régulièrement sans passage par les services de soins de suite après intervention chirurgicale, raccourcissement des délais de traitements, ou encore choix de matériaux de second ordre, par exemple pour les plâtres. Peu éthiques, au regard de la perte de chance pour ces patients, ces prises en charge de mauvaise qualité sont également la plupart du temps un mauvais calcul économique dans la mesure où elles conduisent la personne à retourner à l'hôpital en repassant par les urgences.

Inclure dans le cursus de formation des équipes soignantes une sensibilisation à la prise en charge des personnes en situation de grande exclusion permettrait de changer le regard vis-à-vis des publics, d'améliorer la compréhension et de sensibiliser à la spécificité de leurs besoins. Dans le cadre de la formation continue, des sessions régulières de sensibilisation

par les acteurs de la lutte contre l'exclusion permettraient d'actualiser les connaissances mais également de tisser des liens entre acteurs au contact des publics précaires.

AMELIORER LA REMONTEE D'INFORMATIONS, EVALUER LES DISPOSITIFS ET EXPERIMENTER DES ACTIONS POUR L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE

Une meilleure connaissance des besoins des populations, des spécificités et des difficultés rencontrées dans l'accès aux soins est indispensable si l'on souhaite s'engager dans une politique d'accès aux soins des personnes en situation de précarité, efficace et rentable. Mieux suivre les parcours de soins de ces publics, en reliant ces données aux informations d'accompagnement social et au parcours d'hébergement permettrait d'observer les modalités de prise en charge les plus adaptées à ces publics.

Un recueil d'informations médico-sociales communes permettrait d'objectiver les difficultés d'accès aux soins des publics précaires, et de mesurer les progrès permis par les actions et dispositifs mis en œuvre. En améliorant les connaissances, il éviterait également sans doute la stigmatisation d'une population au final souvent peu consommatrice de soins.