

Situations d'urgence et précarité

Bibliographie thématique : les références sont classées par ordre chronologique décroissant au sein de chaque rubrique.

■ Perspective historique : la société, l'hôpital et les exclus	2
■ Populations et pathologies	5
■ Actions mises en œuvre face à la précarité et l'urgence : accès aux soins, structures, acteurs, logements	16
■ Protection sociale et financement	31
■ Ethique et précarité	34
■ Réglementation et textes de référence	38
■ Commentaires sur la législation	38
■ Textes officiels	41
■ Sites Internet	41

Mise à jour : Août 2015

Contact : nathalie.hoeben@aphp.fr

■ Perspective historique : la société, l'hôpital et les exclus

HAU (Emmanuelle)

Accès aux soins en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie. *DROIT DEONTOLOGIE ET SOIN*, 2013/09, vol. 13, n°3, 283-285. 13 réf.

Le sort des plus vulnérables ne cesse d'empirer, non seulement en termes d'accès aux services de soins, mais également quant aux autres déterminants de la santé, tels que le degré d'exclusion sociale, l'éducation, le logement et les conditions de vie générales, la qualité du régime alimentaire, la vulnérabilité à la violence. Médecins du Monde témoigne et prend à témoin. (R.A.).

FLORES LONGUET (Sandrine)

La crise et son impact chez les publics les plus fragiles. *REVUE FRANCAISE DE SERVICE SOCIAL (LA)*, 2013/09, n°250, 60-67. réf. bibl.

Assistant(e)s de service social dans une circonscription de service social d'un département dit 'défavorisé' de la région Ile-de-France, nous recevons tous les jours un public fragilisé par la crise financière et économique. Tout service social polyvalent a pour mission d'accueillir et d'accompagner tout public sans discrimination. Depuis la crise, les catégories de personnes les plus fragilisées sont principalement affectées par la précarité. De ce fait, les professionnels restent en alerte face aux problématiques toujours plus complexes. (Extrait du texte).

MOQUET (Marie-José)

De la précarité aux inégalités sociales : les enjeux d'une lutte contre l'injustice sociale. *SANTE DE L'HOMME*, 2012/09, n° 420, 35-37. 18 réf.

Les questions liées à la précarité et à la pauvreté ont toujours été présentes dans les articles de La Santé de l'homme. Dans les premiers numéros, les problèmes de restrictions alimentaires, d'habitat et de maladies infectieuses qui touchaient les populations les plus pauvres étaient mis en avant. Malgré l'amélioration globale de la santé, la revue s'est fait ensuite l'écho des écarts qui se creusaient entre catégories sociales, résultant d'une inégale répartition des déterminants socio-environnementaux. Aujourd'hui, le débat sur les inégalités sociales de santé est ouvert au niveau international.

Article en texte intégral sur le site de l'INPES :

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-420.pdf>

ELGHOZI (Bernard)

L'accès aux soins des publics vulnérables entre la ville et l'hôpital : l'expérience de Créteil. 1ère partie.

CAHIERS HOSPITALIERS, 2012/05, n° 289, 33-36.

Bernard Elghozi, médecin généraliste, préside l'Association Créteil Solidarité depuis sa création en 1987. Il revient sur le contexte de la création de cette structure dont l'objectif principal est de faciliter l'accès aux soins des publics en situation de vulnérabilité, par le biais de pratiques communes associant professionnels de santé libéraux, travailleurs sociaux et équipes hospitalières. Il présente son évolution, et des éléments de méthode facilitateurs de telles expériences.



HERFORT (Sophie)

HERFORT (Florence), collab.

Les dossiers brûlants de l'Hôtel-Dieu : révélations sur le plus vieil hôpital de Paris.

Jarjeau : Dorval éditions, 2012, 285p., réf. 6p.

L'Hôtel-Dieu, fondé par l'évêque parisien Saint Landry sous Clovis II, est au coeur de l'ancienne Lutèce. Cette institution doit son nom à sa vocation première : être la maison du pauvre et donc celle de Dieu. Mais comment cette fondation est-elle passée d'une résidence pour mendiants à la somptueuse bâtisse qui orne le parvis Notre-Dame ? Très tôt, l'histoire de l'Hôtel-dieu est marquée par une vraie politique sanitaire. L'accès à la médecine du pauvre est lancé et la gratuité des soins sera prise en charge par le royaume dès le Moyen Âge. L'Hôtel-Dieu de la Cité

est le grand précurseur de la sécurité sociale ! Populaire et très demandée, sa structure accueille aujourd'hui plus de 30 000 patients hospitalisés et 300 000 consultations externes par an. (Tiré de la 4^{ème} de couv.).

Cote : HOP 1 HER

BELLAMY (Yvette)

Histoire sociale chez les hospitaliers du Moyen-Age à nos jours : 'une histoire extraordinaire'. Pantin : Le temps des cerises, 2010, 305p., phot.

Cet ouvrage relate la situation et l'évolution des personnels hospitaliers, de ce qui n'est d'abord qu'une lointaine ébauche d'hôpital dès le Moyen-Âge jusqu'à l'institution hospitalière des années 70. Cote : HOP 1 BEL

CHEVANDIER (Christian)

L'hôpital dans la France du XX^e siècle. Paris : Perrin, 2009, 490p., index. Réf. 10p.

Cet ouvrage retrace l'évolution de l'hôpital entre la fin du XIX^e et le début du XXI^e siècle. Réservé autrefois aux indigents, il accueille aujourd'hui l'ensemble de la société. Hier lieu d'accueil mais de relégation, l'hôpital est devenu un endroit où s'exerce la citoyenneté. Dans sa démarche, l'auteur ne néglige pas l'évolution de la médecine, de l'économie et du droit hospitalier, et a recours à la sociologie des professions et des institutions. (Extrait du R.A.).

Cote : HOP 1 CHE

BOUREE (Patrice)

De l'hospice parisien des incurables à l'hôpital Laennec.

REVUE DU PRATICIEN : MONOGRAPHIE, 2009/10/20, n° 8, 1176-1181, fig., phot. 10 réf.

Fermé définitivement depuis peu, l'hospice des Incurables, à Paris, avait été fondé au XVII^e siècle pour abriter les malades pauvres «qu'on ne peut espérer guérir». Sous le nom d'hôpital Laennec, il devint ensuite un centre très réputé d'étude et de lutte contre la tuberculose. (R.A.).

AGENIE (Claire) ; HUET (Claudine)

La place du social dans la santé : l'évolution de la mission sociale de l'hôpital public.

REVUE FRANCAISE DE SERVICE SOCIAL (LA), 2009, n° 233, 44-51.

Dès son origine, l'hôpital était le lieu d'accueil des plus pauvres. La fonction sociale était essentielle. Progressivement, le niveau de soins fut reconnu par l'ensemble de la population. Dès 1941, l'hôpital public est ouvert à tous, aux pauvres comme aux riches. L'hôpital est identifié aussi comme acteur de lutte contre l'exclusion sociale. Il joue un rôle très important pour assurer la mission d'aide et d'accès aux droits, mission assurée depuis sa création. Grâce à ses compétences en matière d'évaluation et d'expertise, le Service Social hospitalier est au coeur de l'articulation du sanitaire et du social. Il peut offrir à l'hôpital une véritable pertinence (faisabilité et performance) dans ses actions de partenariat, médiation et formalisation de réseaux dans le champ médico-social et social. (Extrait de l'édito.).

CARREZ (Jean-Pierre)

Aux origines de la Salpêtrière de paris : l'enfermement des mendiants et des filles débauchées. *REVUE DU PRATICIEN : MONOGRAPHIE*, 2007/05/15, n° 9, 1038-1041, 1 réf.

En 1656, un édit royal proclame l'enfermement des dizaines de milliers de mendiants et vagabonds qui errent dans les rues de Paris. Tandis que les hommes sont internés à Bicêtre, les femmes sont conduites à la Salpêtrière, un nouvel établissement qui va se remplir très vite... (Intro.).

MAREC (Yannick), éd.

Accueillir ou soigner ? L'hôpital et ses alternatives du Moyen Age à nos jours. Rouen : Université de Rouen, 2007, 453p., index, fig., réf. bibl.

Cet ouvrage retrace l'histoire des hôpitaux, ses transformations (passage d'un lieu d'accueil et de soins pour les pauvres à de véritables établissements de soins) et les différentes offres de soins alternatives qui sont venues les concurrencer et les compléter (les gouttes de lait, le secours à domicile, les dispensaires, les sanatoriums, le transport sanitaire). Cote : HOP 1 MAR

EMMANUELLI (Xavier)

L'action du SAMU social.

LAENNEC, 2007, n° 4, 37-47, réf. bibl.

Fondateur du SAMU social, l'auteur en décrit l'origine, les principes et les différentes composantes, et insiste sur l'importance de la "post-urgence" dans le travail accompli auprès des personnes dans l'exclusion. (Adapté du R.A.).

BUBIEN (Yann)/NERBARD (Gaëlle)

L'exception sanitaire française.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, 2004/09-10, n° 500, 23-36, 6 réf.

"Il est impossible, écrit Jean Imbert, de comprendre la situation actuelle du système hospitalier français sans en retracer l'évolution au cours des siècles précédents" L'hôpital contemporain, en effet, si neuf qu'il se veuille, est le produit de multiples héritages : un héritage millénaire touchant sa mission d'accueil, un héritage deux fois centenaires s'agissant de sa tradition médicale et de son organisation administrative, et celui plus près de nous, de l'Etat providence dont il subit la crise et les contradictions. De ces héritages, l'hôpital d'aujourd'hui, pour s'en être cru délié, en supporte le poids sans en comprendre le sens. Crise économique et sociale aidant, le voici rattrapé par un passé dans lequel il ne se reconnaît pas, mais qu'il découvre à l'oeuvre dans son présent. Tous ces héritages se superposent en strates successives dans la sensibilité et la mémoire collective, façonnant nos comportements et nos mentalités comme nos choix politiques en matière sanitaire et sociale. C'est le poids de ce passé que les auteurs vont brièvement évoquer en retraçant les grandes étapes historiques de notre système hospitalier.

BOIS (J.P.)

Exclusion et vieillesse : introduction historique.

GERONTOLOGIE ET SOCIETE, 2002, n° 102, 13-24, réf.bibl.

A la cadence des grands cycles démographiques au cours desquels s'affirme l'existence des personnes âgées, les vieillards ont toujours été menacés d'exclusion. Confondus avec les pauvres au Moyen Age, ils sont pourchassés au XVI^e siècle, enfermés à partir du XVII^e, ce qui est à la fois protection et retranchement. Que l'on ne s'y trompe pas : après les hôpitaux généraux, après les hospices, les structures désormais réservées aux vieillards dépendants sont des lieux contemporains d'exclusion. Attention : incapable d'accompagner la grande vieillesse, le XXI^e siècle justifie déjà l'euthanasie. Après l'exclusion de la vie, voici l'exclusion par la mort.

SEILHEAN (Danielle)

La fondation de l'Hôpital Général : de la charité à l'ordre social (1656-1666).

REVUE DU PRATICIEN : MONOGRAPHIE, 2001, n° 10, 1053-1055, 10 réf.

L'édit de Renfermement des pauvres en 1656, qui fonda l'Hôpital général, est interprété comme un signe précurseur de la monarchie absolue. Pourtant, l'idée d'aménager des bâtiments dans les faubourgs de Paris (Bicêtre, La Salpêtrière) pour y héberger les plus démunis germaient depuis longtemps dans les milieux bourgeois et parlementaires. Ce projet, dans lequel ont été impliqués Vincent de Paul (fig. 1) et une grande partie de l'élite active du pays, est né de la nécessité, au début du XVII^e siècle, d'adapter aux changements sociaux la prise en charge de la pauvreté.

SASSIER (Philippe)/BEC (Colette)/IMBAULT HUART (Marie-José)/et al/Assistance publique-Hôpitaux de Paris (A.P.-H.P.). Musée de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

Depuis 100 ans, la société, l'hôpital et les pauvres. Vélizy : Doin/Paris : AP-HP, 1996, 235p. (Histoire des hôpitaux)

Catalogue d'une exposition du musée de l'AP-HP, (24 oct.1996 - 2 mars 1997) . Cet ouvrage relate l'histoire et l'évolution du rôle de l'hôpital au sein de notre société. Hier, lieu d'accueil et de soins des pauvres, aujourd'hui puissante "machine à guérir", orgueilleuse et performante. Pourquoi trente ans ont-ils suffi à remettre en cause une mission et une organisation millénaire ? (d'après la 4^{ème} de couv.)

Cote : HOP 1 ASS



■ Populations et pathologies

CHARBONNEL (Jean-Michel) ; GELOT (Didier) ; GRELLEY (Pierre) ; et al.

Le vécu de la pauvreté. *INFORMATIONS SOCIALES*, 2014/03-04, n°182, 1-149. réf.bibl.

Les analyses de la pauvreté portent généralement sur le recensement et le repérage des caractéristiques de l'ensemble des personnes pauvres. Or, avec la crise, la population touchée s'est diversifiée. La pauvreté n'a pas les mêmes effets selon l'âge, la configuration familiale, le territoire où l'on vit. Parallèlement, les dispositifs de lutte contre la pauvreté ont eux-mêmes subi ces dernières années un certain nombre d'évolutions conduisant à des transformations des missions et des pratiques des intervenants sociaux. La première partie du numéro appréhende les différentes catégories de la pauvreté sous l'angle non seulement des ressources disponibles mais aussi de la gestion budgétaire, le logement ou les opportunités dont les personnes bénéficient, en fonction des territoires, ou de leur formation. La deuxième partie du numéro poursuit l'analyse des conditions de vie à travers des expériences quotidiennes (mobilité, consommation) ou en termes d'accès à des services comme la culture, en particulier. La troisième partie s'interroge sur l'adaptation de l'intervention publique aux transformations des formes de pauvreté mais aussi à la diversité des publics concernés. (R.A.)

GUYAVARCH (Emmanuelle) ; LE MENER (Erwan)

Les familles sans domicile à Paris et en Ile-de-France : une population à découvrir.

POLITIQUES SOCIALES ET FAMILIALES, 2014/03, n°115, 80-86, graph., tabl. Réf. 1p.

A partir d'enquêtes statistiques, cet article analyse le nombre et le type de population (familles) vivant sans logement à Paris et en Ile-de-France. Ces familles sont hébergées par exemple, par le pôle d'hébergement et de réservation hôtelière (PHRH), basé au Samusocial de Paris, et qui assure l'hébergement en hôtel de ces familles, relevant de différentes plateformes, de Paris et de départements voisins.

NOBLET (Pascal)

Pourquoi les SDF restent dans la rue. La Tour d'Aigues : Ed. de l'Aube, 2013, 283p. Réf. 3p.

Pourquoi tant de gens dorment-ils dans la rue ? Pourquoi ne trouve-t-on pas de solutions efficaces ? Selon Pascal Noblet, la raison principale du fait que les SDF restent dans la rue est leur instrumentalisation politique. Plutôt que d'essayer de comprendre leurs trajets et leurs véritables problèmes, les uns offrent des réponses uniquement de court terme au nom d'une politique de l'urgence, les autres s'illusionnent en se concentrant sur la politique du logement qui serait la solution miracle. (4ème de couv.)

Cote : SAN 5.7 NOB

FAUCON MARTIN (Hélène)/HOVER (Jacques)/LE TULLE (Edith)/et al.

Dossier : Les réseaux de santé en psychiatrie.

SOINS PSYCHIATRIE, 2013-07-01, n° 287, 11-34. réf. bibl.

Au sommaire : Une construction commune centrée sur la personne. Enjeux et perspectives du travail en réseau. Le conseil local de santé mentale, outil concret du travail en réseau. Vers une ouverture des soins en psychiatrie. L'Equipe Mobile Précarité : un outil pour travailler le lien. Le réseau, pour un partenariat très concret.

MARQUES (Ana)

Des équipes mobiles de psychiatrie-précarité : une forme d'articulation entre les champs social et psychiatrique.

SOCIOGRAPHE (LE), 2013/06, n° 42, 67-77. réf. 1p.

L'articulation entre les champs social et psychiatrique n'est pas une question nouvelle, mais depuis une vingtaine d'années elle se pose de façon plus aiguë. Si bien que des Equipes mobiles de psychiatrie-précarité ont été créées pour favoriser cette articulation. Il s'agit de discuter comment la nécessité de cette articulation s'est constituée en tant que problème public, puis comment ces équipes mobiles ont émergé en tant que solution. (R. A.).



RHENTER (Pauline)

Vers un chez-soi : l'accompagnement de personnes sans abri ayant des troubles psychiques.

SOCIOGRAPHE (LE), 2013/06, n° 42, 59-66. réf. bibl.

En France, le programme de recherche Un Chez soi d'abord mis en place en 2011 expérimente une stratégie inédite d'accompagnement dans le logement de personnes sans abri ayant des troubles psychiatriques dits sévères. Sont interrogés ici les rapports entre savoirs professionnel, expérientiel et profane qui structurent le travail d'équipes au service d'un public dont les problématiques se situent au croisement de la santé mentale et du travail social. (R. A.).

Association Mieux Prescrire. Paris. FRA

Santé précaire des personnes étrangères placées en rétention administrative.

PRESCRIRE, 2013/06, n° 356, 464-. 9 réf.

En France, des personnes étrangères en situation dite irrégulière sont placées en "rétention administrative" dans l'attente de leur éloignement du territoire. Une enquête effectuée au Centre de rétention de Bobigny pendant la période 2008-2009 a montré une grande fréquence de symptômes liés à un état de précarité sanitaire et sociale préexistant, aggravés par la privation de liberté et l'inquiétude d'une expulsion. (Extrait du texte)

GRANGER (Odile)

Prise en charge hospitalière des femmes souffrant de VIH.

AIDE SOIGNANTE (L'), 2013/05, n° 147, 25-27. 8 réf.

La prise en charge du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les femmes se heurte à des problématiques spécifiques au genre. Le choc psychologique face au diagnostic, associé à une précarité sociale, les effets secondaires des traitements avec leurs conséquences sur le corps sont autant de facteurs qui multiplient les mesures d'accompagnement : soutien psychologique, éducation thérapeutique, prévention. Au sein du service des maladies infectieuses du centre hospitalier Bichat-Claude Bernard (AP-HP, Paris, 75), une équipe multidisciplinaire assure - en consultations ou en hôpital de jour - le suivi des femmes vivant avec le VIH. Cet article décrit cette prise en charge hospitalière ainsi que les particularités du travail infirmier dans ce service. (Adapté de l'introd. et du texte).

SARLAT (Rachel)

DEYA (Jérôme), photogr.

Deux jours avec des sages-femmes territoriales.

DOSSIERS DE L'OBSTETRIQUE, 2013/05, n° 426, 4-8.

Aujourd'hui en France, près de 20% des femmes enceintes sont dans une situation de précarité, d'après la dernière enquête nationale périnatale de 2010. Ces femmes sont doublement vulnérables puisqu'elles conjuguent une fragilité naturellement liée à la grossesse et des conditions de vie difficiles. L'enquête nationale périnatale de 2010, comme celle de 2003, établit un lien entre ces situations de vulnérabilités, un suivi médical aléatoire et des complications obstétricales. Ainsi, le Plan Périnatalité 2005-2007 préconisait, en association avec les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins, une amélioration d'accès aux droits et aux soins de ces femmes. Le plan insistait sur l'importance d'un accompagnement psychosocial et désignait la PMI comme l'acteur clef pour le soutien à ces familles. Service public territorialisé, intervenant autant dans les centres qu'à domicile, la PMI joue un rôle indispensable pour la prévention et la prise en charge prénatale globale. Les sages-femmes territoriales se trouvent donc au cœur d'un dispositif essentiel pour ces femmes déstabilisées économiquement, socialement, psychologiquement. (Extrait de l'introduction).



PAGNEUX (Florence)

Offrir une place aux personnes sans domicile vieillissantes.

ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES, 2013/04, n° 2805, 24-27.

Problèmes de santé, pathologies psychiatriques, addictions tenaces..., les personnes ayant vécu dans la rue connaissent un vieillissement prématuré. De plus en plus de structures d'accueil réfléchissent à une prise en charge adaptée dans le champ de l'exclusion ou des personnes âgées. Mais les solutions sont encore loin de répondre aux besoins. (R.A.).

SPEIRS (Vivienne)/JOHNSON (Maree)/JIROJWONG (Sansnee)

A systematic review of interventions for homeless women.

Un examen systématique des interventions pour les femmes sans-abri.

JOURNAL OF CLINICAL NURSING, 2013/04, n° 7-8, 1080-1093, tabl. Réf. 2p.

Aims and objectives. The aim of this research is to undertake a systematic review of the existing literature to determine effective physical and psychosocial interventions for homeless women. Background. Homelessness is an increasing problem worldwide. Homelessness results in considerable risk to the health and social and psychological well-being of those without permanent shelter. Community nurses require effective interventions to assist homeless women to improve their health; however, little is known about effective interventions for this unique group. Methods. A search of several databases was conducted. Seven hundred and fifteen papers were initially identified, with only six studies meeting the inclusion criteria. Results The methodologies included the following: randomised controlled trials (2), quasi-experimental (3) and a comparative study (1). Due to the diversity of the designs, measurement tools, interventions and outcomes of these studies, narrative synthesis was used to appraise their effectiveness. Study interventions such as structured education and support sessions (with and without advocates or support persons) and therapeutic communities reduced psychological distress and healthcare use, improved self-esteem, reduced drug and alcohol use within some limitations. Conclusions. The aspects of the effective interventions could form the basis of community nursing programmes for our communities. Further research is required to ensure that homeless women and their children receive effective nursing interventions. Relevance to clinical practice. Community nursing can develop and trial programmes for homeless women including content within group sessions, counselling or advocacy within or without a therapeutic community, as presented in this review. (R.A.).

Ce que les roms révèlent : la fabrique de la précarité.

JOURNAL DU DROIT DES JEUNES, 2013/04, n° 324, 10-13.

L'expérience de notre association, Intermèdes Robinson à partir de son travail d'éducation informelle et d'accès à l'éveil d'enfants de milieu précaire, nous a permis de travailler au plus près de la population d'un des plus grands et plus anciens bidonvilles de l'Essonne, récemment expulsé (le 28 mars 2013). Ce travail de longue haleine, inhabituel par sa durée (près de cinq années) et par le nombre de ses bénéficiaires nous a donné en tant qu'acteur un terrain d'observation intéressant du point de vue de l'impact et des effets des politiques sociales ou sécuritaires auprès de cette population. Ce travail nous paraît essentiel ; il permet de mieux comprendre pourquoi et comment des mesures et des services de protection, et d'éducation peuvent passer sous silence, ne pas traiter ou rejeter des situations qui dans un autre contexte les mobiliseraient. Quels sont les leviers institutionnels et liés aux positionnements professionnels qui permettent une telle cécité ? (Extrait de l'introduction).

Grande précarité et fin de vie. [dossier] JUSQU'A LA MORT ACCOMPAGNER LA VIE, 2013/03, n°112, 11-99. 37 réf.

[BDSP. Notice produite par CDRN FXB 8IR0xBDI. Diffusion soumise à autorisation]. Jalmarv consacre un dossier concernant la 'Grande précarité et fin de vie'. Il est composé des articles suivants : Prendre soin des personnes en grande précarité atteintes de maladies graves et en fin de vie - Vers la reconnaissance du travail social palliatif ? - Figures de la mort et de la disparition dans le champ de l'errance et de la grande précarité - Spécificités de l'accompagnement des grands précaires en fin de vie - Soins aux personnes en situation de grande pauvreté ou d'exclusion, soins palliatifs : des similitudes ? - Précarité, fin de vie, accompagnement. Le dossier se termine avec des témoignages.

REBOUL (Pierre)

Spécificités de l'accompagnement des grands précaires en fin de vie. JUSQU'A LA MORT ACCOMPAGNER LA VIE, 2013/03, n°112, 47-57. 7 réf.

[BDSP. Notice produite par CDRN FXB 9GE8R0xo. Diffusion soumise à autorisation]. L'auteur, bénévole d'accompagnement et chargé de l'accueil de personnes en précarité, décrit les particularités liées à l'hospitalisation des exclus en fin de vie. Celle-ci est compliquée pour l'institution hospitalière et pour les soignants, de par la réticence des grands précaires à accepter les soins et accorder leur confiance à des personnes qu'ils ne connaissent pas.

RAYNAL (Florence)

Santé mentale des SDF : "La seule technique : savoir être en lien".

INFIRMIERE MAGAZINE (L'), 2013/02/01, n° 316, 28-29. 4 réf.

Nombre de personnes à la rue sont en souffrance psychique. Le psychiatre Alain Mercuel livre ici sa réflexion sur le "prendre soin" dans ces situations de précarité extrême et met l'accent sur les maux et les défenses des sans-abri.

FERRE (Sandra)/BODIN (Gérard)

De la rue à l'hôpital et de l'hôpital à la rue. Le coût de l'absence de prise en charge médico-sociale. Dossier. De l'éthique/2.

GESTIONS HOSPITALIERES, 2013/02, n° 523, 99-103, tabl. réf.bibl.

En observant le parcours des "grands précaires", il apparaît que ceux-ci sont régulièrement admis au centre hospitalier (CHU) de Bordeaux. Ces admissions hospitalières récurrentes renseignent sur l'état psychique et physique de ces personnes et sur la relation que l'on peut établir entre leur état de santé et leurs conditions de vie. Le trajet de la rue à l'hôpital, de l'hôpital à la rue, témoigne aussi de l'inadaptation des structures d'accueil et du dysfonctionnement des modes de prise en charge de ces personnes polyhandicapées et précaires, une forme inacceptable de maltraitance.

RIVOLLIER (Elisabeth)/PIEGAY (Elisabeth)/SCANVION (Adeline)

Exclusion. Quelles prises en compte par l'hôpital ? Quelles liaisons avec le territoire ?

Précarités et inégalités en santé.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, 2013/01-02, n° 550, 41-46. réf.bibl.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) accueillent des personnes en situation de précarité, cumulant des difficultés pour accéder aux droits et en position d'exclusion quant aux soins. Constituée de professionnels de formations différentes, ces dispositifs hospitaliers ambulatoires travaillent en lien étroit avec d'autres acteurs internes ou externes (service des urgences, médecins généralistes, CPAM, etc.) et doivent mener un travail de communication et d'information régulier auprès de ceux-ci afin d'accroître leur visibilité et sensibiliser au repérage des situations d'exclusion.

GRASSINEAU (Dominique)/CORUBLE (Gérard)/MARCELLESI (Marie-Cécile)/et al.

Effizienz d'une permanence d'accès aux soins de santé médico-sociale. L'exemple marseillais. Précarités et inégalités en santé.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, 2013/01-02, n° 550, 47-50. réf.bibl.

Créée en 2007, la PASS médico-sociale Rimbaud de l'AP-HM a fait l'objet d'une grande attente de la part des partenaires locaux et régionaux. Intégrée au pôle de médecine interne de l'hôpital de la Conception, lieu de stage en médecine générale, espace d'expérimentation et d'innovation sur les questions de prise en charge sanitaire des sans-abri, elle est le fruit d'une réflexion interpartenariale et d'un décloisonnement médico-administratif qui illustre la possible appropriation, par les établissements de santé, d'un projet de santé publique au profit de la grande précarité.

BONHOMME (Catherine)

Souffrance psychique et précarités. Quels dispositifs ? Précarités et inégalités en santé.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, 2013/01-02, n° 550, 54-56. réf.bibl.

Entretien avec Alain Mercuel, responsable du service d'appui Santé mentale et exclusion sociale (SMES) du centre hospitalier Saint-Anne et auteur de l'ouvrage "souffrance psychique des sans-abri : vivre ou survivre" publié en 2012. Alain Mercuel revient sur les données de l'enquête Samenta réalisée par l'Observatoire du Samu social de Paris et aborde l'histoire et les caractéristiques des dispositifs spécialisés en santé mentale et dédiés aux personnes précaires : les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) psychiatriques et les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP).



FRANCES (Pierre)/DAGUZAN (Pascale)/BISMUTH (Serge)

Prise en charge médico-sociale de personnes sans domicile fixe : étude observationnelle prospective d'un an dans les Pyrénées-Orientales.

REVUE DU PRATICIEN : MONOGRAPHIE, 2013/01, n° 1, 29-34, tabl. 19 réf.

En 2007, une évaluation de nombre de personnes "sans domicile fixe" (SDF) a permis d'avancer le chiffre de 800 000 en France ; 10 % d'entre elles vivent de manière continue dans la rue, souvent très désocialisées, et dans des conditions précaires. De ce fait, les SDF restent difficilement accessibles à une prise en charge médicale et sociale. Afin d'identifier les besoins médico-sociaux de cette population, nous avons conduit une étude observationnelle prospective d'un an dans deux centres d'accueil de Perpignan. Cet article nous en présente les résultats.

JAMOULLE (Pascale)

Santé mentale en contexte social et pratiques du récit de vie.

POLITIQUE SOCIALES (LES), 2013/01, n° 1-2, 56-69. Réf. 3p.

La santé mentale en contexte social s'inscrit dans une histoire récente, évolutive, qui prend en compte les origines sociales et transculturelles de la souffrance psychique. Dans cette perspective, les enquêtes de terrain, basées sur de longs récits de vie contextualisés, sont centrales. Elles donnent accès à l'expérience directe des personnes éprouvées, aux logiques de leurs parcours, aux codes, contraintes et ressources de leurs milieux de vie. Les récits de vie sont aussi une pratique de dialogue, de reconnaissance mutuelle, qui (ré)active l'échange social et reformule les identités narratives. Ils stimulent les créativité professionnelle et interrogent les politiques publiques. (R.A.).

DELCROIX (Catherine)

On n'est pas toujours "au top". Précarité et variabilité de l'énergie subjective.

POLITIQUE SOCIALES (LES), 2013/01, n° 1-2, 25-39. Réf. 2p.

Un stéréotype pèse sur les (très nombreuses) personnes qui se trouvent en situation de précarité : on leur attribue de faibles degrés d'activité et de réflexivité. Mais qu'en sait-on empiriquement ? Une étude de cas est présentée ici, celle d'une jeune femme qui a été placée dans une famille d'accueil et dont la trajectoire de vie a été marquée par des turbulences. L'analyse de son récit montre qu'à certains moments de sa vie elle a été très active et à d'autres moins par manque de moyens et démolition. Cet exemple illustre un processus récurrent : la variation du degré d'activité au cours d'une vie en fonction de la situation et du contexte. Il est bon de le rappeler en ces temps de généralisation de dispositifs d'« évaluation » des personnes en fonction de leur biographie. Au lieu de contribuer à séparer les « bons » des « mauvais » pauvres, l'observation sociologique peut aider à identifier les configurations favorisant leur mobilisation. (R.A.).

DENIS (Frédéric)/COQUAZ (Christine)/MILLERET (Gérard)

Affections psychiatriques de longue durée et soins bucco-dentaires.

SANTÉ MENTALE, 2013-01-01, n° 174, 14-18. 22 réf.

Les effets secondaires et perturbations métaboliques engendrées par les psychotropes ont un effet délétère sur la santé orale. Si l'importance des soins dentaires dans la prise en charge des patients présentant des pathologies psychiatriques est aujourd'hui reconnue, leur mise en oeuvre s'avère difficile. Le reste à charge peut compliquer l'accès aux soins de patients souvent en situation de précarité. Une prise en charge à 100% des soins dentaires dans le cadre de la reconnaissance d'une affection de longue durée (ALD) pourrait représenter un premier pas, à condition que la demande soit faite avec précision et exhaustivité. (R.A.).

CHAMPEL (Flore)

Les patients de la rue : regard étudiant sur la précarité.

LAENNEC, 2013, n° 1, 22-26.

La prise en charge des personnes en situation de grande précarité est souvent complexe et difficile dans la durée, ce qui soulève la question de la réversibilité d'une telle situation : une étudiante en médecine témoigne de sa rencontre avec les patients de la rue. (R. A.).



ATETE LEBLANC (R.)/BRECHAT (P.H.)/MOREL (O.)/THOURY (A.)/FRATI (A.)/BARRANGER (E.)

Parturientes précaires et réhospitalisation : étude pilote au groupe hospitalier Lariboisière-Fernand-Widal de Paris.

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET FERTILITE, 2012/12, n° 12, 753-758, tabl. 30 réf.

OBJECTIFS : Savoir si des parturientes présentant des handicaps sociaux bénéficient de réhospitalisations évitables et s'il y a sélection de ces patientes. PATIENTES ET METHODE : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur 127 parturientes, présentant des handicaps sociaux, ayant accouchés par voie basse dans un établissement public de santé. La recherche s'est appuyée sur l'analyse de données issues du programme de médicalisation du système d'information (PMSI), de textes législatifs et de documents. RESULTATS : Entre la mi-mars 2007 et la mi-juin 2009, 27 des 127 parturientes suivies ont bénéficié de 35 réhospitalisations. Les réhospitalisations sont espacées de $171,5 \pm 255,1$ jours. Il n'y a pas eu deux réhospitalisations le jour même pour une même patiente. Selon les critères de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf), aucune des réhospitalisations n'a été jugée évitable. Aucune des parturientes n'a été réhospitalisée pour un motif non médical. Les patientes réhospitalisées présentent des handicaps sociaux moyens et forts et ont 79,6 % de diagnostics codés supplémentaires par rapport à leur première hospitalisation. Ce service remplit sa mission de service public de lutte contre l'exclusion sociale. DISCUSSION ET CONCLUSION : Cette étude pilote apporte plusieurs informations encourageantes mais précise aussi les limites de notre approche. Nous avons néanmoins souhaité explorer si par cette initiative sans grand moyen logistique, des marqueurs intéressants se dégagent, ce qui semble être le cas. (R.A.). © 2011 Elsevier Masson SAS.

BODENMANN (Patrick)

L'accès aux soins des migrants en Suisse.

REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL, 2012/09-10, n° 5, 869-879, graph.

Présentant d'abord le système de santé suisse et dressant le portrait de l'immigration en Suisse, l'auteur décrit ensuite la situation des "migrants forcés", requérants d'asile et/ou sans papiers : état de santé, accès aux soins, prise en charge sanitaire.

DELAVELLE (Anne-Catherine)

Cadres de santé face aux précarités : point de vue du médecin du travail. Cadres de santé : gouvernance et nouveaux enjeux.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, 2012/07-08, n° 547, 16-18.

Face à une situation de précarité impliquant un agent hospitalier, quatre acteurs institutionnels interviennent en étroite synergie : aux côtés de la direction des ressources humaines, du médecin du travail et de l'assistante sociale, le cadre de santé, qu'il soit de proximité ou de pôle, joue un rôle majeur dans sa détection et sa prise en charge. Si l'assistante sociale appréhende naturellement cette problématique, comment le médecin du travail perçoit-il le rôle du cadre dans cette nouvelle pathologie sociale ?

CONVERS (M.) / LANGERON (A.) / SASS (C.) / MOULIN (J.J.) / AUGIER (A.) / VARLET (M.N.) / SEFFERT (P.) / CHENE (G.)

Intérêt de l'échelle d'évaluation de la précarité EPICES en obstétrique.

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET FERTILITE, 2012/04, n° 4, 208-212, tabl., fig., 33 réf.

Décrire une échelle d'évaluation validée et multifactorielle de la précarité pour étudier la relation précarité et morbidité périnatale. L'échelle EPICES pourrait constituer un outil épidémiologique pertinent pour identifier les femmes enceintes en état de précarité. (R.A.).

RAUTUREAU (Pascal), coord.

L'accès aux soins et les gens du voyage.

REVUE DE L'INFIRMIERE, 2012/04, n° 180, 17-29. réf. bibl.

À l'hôpital comme à domicile, prendre soin des gens du voyage requiert quelques clés de compréhension, notamment dans le rapport au soin, tant du côté des soignants que des voyageurs. Maintenant des traditions séculaires et un mode de transmission culturelle uniquement orale, les gens du voyage (Manouches, Gitans, Roms) ont un mode de vie communautaire impliquant toute la famille dans ce qui peut advenir à l'un de ses membres,

notamment la maladie. D'une manière générale, le recours aux soins est tardif, l'hôpital fait peur et les messages de prévention sont peu entendus. Avec une espérance de vie inférieure de quinze ans par rapport à celle de la population générale, la communauté tsigane mérite certainement plus d'attention pour tenter de réduire ces inégalités. (Introd.).

HELFTER (Caroline)

Renoncement aux soins : une épidémie à bas bruit.

ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES, 2012-02, n° 2748, 22-25.

Notre système de santé est considéré comme un des meilleurs au monde, pourtant une proportion importante de la population renonce chaque année à des soins. La première raison est financière, mais d'autres facteurs, liés au milieu social, interviennent également. Des voix s'élèvent pour dénoncer cette exclusion sanitaire grandissante. (R.A.).

EID (Ariane)

La santé bucco-dentaire des enfants en nette amélioration. Promouvoir la santé bucco-dentaire.

SANTE DE L'HOMME, 2012/01-02, n° 417, 21-.

Le programme de prévention bucco-dentaire du Val-de-Marne évalue régulièrement la santé bucco-dentaire des enfants dans le département. Après vingt ans d'existence de ce dispositif, l'atteinte carieuse à 6 ans a été divisée par trois et par deux et demi à 12 ans. Mais il reste beaucoup à faire en direction des enfants et des adolescents, notamment lorsque des situations de précarité freinent l'accès aux soins.

Article en texte intégral sur le site de l'INPES :

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-417.pdf>

LAUDE (Anne)/BERNARD (Olivier)/PACE (Paola)

Migrations, santé et droit.

REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL, 2012, n° HS, 163p, réf.bibl.

Le phénomène des migrations est révélateur de questions de fond parmi lesquelles celle de l'accès aux soins de santé et celle des inégalités sociales de santé : les migrations ne sont-elles pas de nature à accroître les discriminations ?

BRAUD (Rosane)

Education thérapeutique des "migrants" diabétiques : quel partage des pouvoirs d'agir sur la maladie. Les migrants face à leur santé : la réappropriation de soi.

MIGRATIONS SANTE, 2012, n° 144-145, 47-78. réf. 3p.

Alliant l'analyse des effets des catégories ethnicisées et l'analyse de la relation soignant-soigné dans un contexte de mise en pratique de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques, cet article interroge le caractère réversible de la conception du pouvoir d'agir, impliquée dans cette nouvelle pratique de soin. Alors que cette pratique vise à développer l'autonomie du patient et favoriser le partage des pouvoirs d'agir sur la maladie, elle contribue également à faire évoluer le modèle biomédical vers un modèle centré sur le patient, en redessinant la place des acteurs de la relation de soin. Cet article cherche à comprendre pourquoi, depuis une dizaine d'années, des difficultés concrètes de mise en oeuvre de cette relation auprès de publics immigrés ou d'origine étrangère apparaissent comme une barrière à l'éducation thérapeutique pour les professionnels de santé. L'auteure montre que le pouvoir d'agir partagé sur la maladie entre soignants et soignés nécessite la reconnaissance initiale des capacités et compétences de chacun des acteurs, sans quoi l'"autonomie" des patients et l'action éducative des soignants ne seraient que l'artéfact d'une "logique soignante d'observance", imposant des choix d'action sur la maladie strictement conformes aux normes biomédicales, décontextualisés des réalités d'existence des patients contraignant leur action, et renforçant ainsi les inégalités sociales de santé. (R.A.)



BERNARD (B.)

Estime de soi, fragilité sociale, précarité et cancer.

PSYCHO-ONCOLOGIE, 2011/12, n° 4, 263-268, ann. 9 réf.

Le manque ou la perte de l'estime de soi oriente certains sujets vers des erreurs de choix stratégiques inconscients qui peuvent les fragiliser socialement et augmenter les facteurs

d'inégalités de santé (au sens OMS du terme) par un déficit de conduites et de prises en charge sanitaire. Les conséquences peuvent être un état dépressif latent, des décompensations fréquentes, des addictions. Le déni de la dépression conduit à une absence de soins considérés alors comme inutiles...En cancérologie, cela est responsable de pertes de chance et aggrave les inégalités en santé. Le fil rouge du Plan cancer 2009/2013 est la réduction de ces inégalités en santé et les mesures qui visent à atteindre cet objectif seront rappelées. Mais elles ne seront efficaces de façon concrète pour les populations en situation de précarité que si celles-ci retrouvent « leur estime de soi ». (Extrait du R.A.).

DUBOIS FABING (Delphine) / PICHON (Philippe) / ARNEVIELHE (Alizée) / et al.

Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en centres de santé de Grenoble.

SANTE PUBLIQUE, 2011/11-12, n° 6 suppl., S97-S111, tabl. 38 réf.

En France, le rôle des médecins généralistes en santé mentale pour des populations fortement précarisées est peu documenté. Cette étude vise à mieux connaître la place de la santé mentale dans leur pratique dans les centres de santé implanté en ZUS en estimant la fréquence des troubles mentaux et de la souffrance psychique perçue et en décrivant les particularités de leur prise en charge. L'étude montre une forte proportion de troubles mentaux diagnostiqués dans les centres de santé des quartiers vulnérables ainsi que le rôle des médecins généralistes dans la prévention et le soin en santé mentale.

MERSON (Frédéric) / PERRIOT (Jean)

Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique.

SANTE PUBLIQUE, 2011/09-10, n° 5, 359-370, tabl. 40 réf.

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact de la précarité et de la perspective temporelle sur le sevrage tabagique avec pour finalité d'améliorer l'aide à l'arrêt du tabagisme des fumeurs en situation de précarité sociale. Elle portait sur une population de 192 patients motivés à l'arrêt (45% en situation de précarité). Les personnes en situation de précarité, comparativement aux non précaires, arrêtent d'avantage de fumer pour des raisons financières et leurs tentatives sont plus souvent marquées d'échec.

LEVESQUE (M.C.) / BEDOS (C.)

Valeurs sociales, tensions régulatrices et pratiques professionnelles auprès de populations défavorisées. Application au système de santé bucco-dentaire du Québec.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS, 2011/07, n° 3, 195-204. 32 réf.

Les dentistes éprouvent des réticences face aux personnes bénéficiaires de l'aide sociale et tendent à les considérer négativement. Ces difficultés affectent la qualité de la relation thérapeutique et même l'accès aux soins de cette clientèle. La compréhension de ces interactions entre professionnels et patients ne peut se faire qu'en appréhendant les contextes macroscopiques qui participent à leur structuration. Ce travail examine donc les influences systémiques des relations interpersonnelles afin de mieux comprendre un important déterminant de l'accès aux soins dentaires des bénéficiaires de l'aide sociale. (Extrait du R.A.).

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Paris. FRA

Etat de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011. Paris : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011/11, 23p.

Ce rapport présente une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France. Il constitue la cinquième édition de suivi des objectifs de la loi de santé publique. Outre une synthèse et une présentation d'indicateurs de santé transversaux, le rapport comprend une analyse spécifique pour 99 objectifs.(R.A.).

Consultable sur le site de la Documentation française :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000698/index.shtml>



DANET (Sandrine) / TRUGEON (Alain) / CHAUVIN (Pierre) / et al.

Les caractéristiques des inégalités sociales de santé. Les inégalités sociales de santé. *ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE*, 2010/12, n° 73, 8-20. réf.bibl.

Particulièrement marquées en France, les inégalités sociales de santé ont tendance à s'accroître. Elles concernent l'ensemble de la population selon un gradient continu et n'ont pas la même ampleur selon la situation géographique. Au-delà de leur caractère injuste, elles présentent un poids pour l'économie.

GERY (Yves) / GIRARD (Vincent)

Nous travaillons avec les sans-abri pour qu'ils se reconnectent à leur histoire.

SANTE DE L'HOMME, 2010/07-08, n° 408, 11-14. 1 réf.

Comment améliorer les parcours de soins et de vie des personnes sans-abri ? Trois experts - Vincent Girard, psychiatre, Pascale Estecahandy et Pierre Chauvin, médecins - ont remis fin 2009 aux pouvoirs publics un rapport qui inclut des propositions d'action. Entretien avec Vincent Girard, pilote de cette mission, responsable d'une équipe d'intervention de psychiatrie de rue à Marseille, composée de professionnels et de sans-abri, qui aide les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères. Un encadré est consacré à la question des femmes vivant seules, sans chez soi.

Article en texte intégral sur le site de l'INPES :

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-408.pdf>

OLM (Christine)

Les jeunes, les personnes âgées et les difficultés de logement : trois priorités pour l'action sociale.

CONSOMMATION ET MODES DE VIE, 2010/06, n° 230, 4p.

Cet article rend compte des résultats d'une enquête menée auprès d'intervenants en contact direct avec des personnes pauvres, destinée à observer des phénomènes émergents en matière de pauvreté. Les réponses font ressortir cinq catégories d'individus particulièrement fragilisés : des personnes qui n'arrivent plus à payer les dépenses essentielles ; des jeunes en rupture avec leur milieu familial ; des personnes qui ont des problèmes de santé physique ou psychologique ; des immigrés qui ont du mal à s'intégrer. Les personnes interrogées mettent en avant l'importance croissante de trois problématiques : les difficultés rencontrées par les jeunes, celles des personnes âgées et celles liées au logement.

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Paris. FRA

Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2009-2010 : bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise. Paris : Documentation française, 2010/02, 168p., ann. réf. 13p.

Voir le lien ci-dessous : résumé du rapport sur le site de la Documentation française.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000099/index.shtml>



LAPORTE (Anne), éd. / CHAUVIN (Pierre), éd.

Observatoire du Samusocial de Paris. Paris. FRA ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA

La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Paris : INSERM, 2010/01, 227p., tabl., ann. Réf. 8p.

Ce rapport présente les premières analyses des données de l'enquête Samenta, répondant à une demande de la Préfecture de Paris et de la Mairie de Paris, concernant l'estimation des troubles psychiatriques et des addictions parmi les personnes sanslogement personnel en Ile-de-France. Elle répond également à une demande sociale croissante au sujet de la santé des personnes sans logement personnel en général (Girard et al., 2010) et de leur santé mentale en particulier (Orain et Chambaud, 2008). Plus de dix ans après l'enquête de référence française sur les troubles psychiatriques chez les personnes sans logement (Kovess et Mangin-Lazarus, 1996) et près de dix ans après la dernière enquête de l'Insee sur les sans domicile, Samenta permet d'actualiser et d'approfondir nos connaissances sur la santé mentale et les addictions, au sein de cette population. (Extrait du résumé).

Consultable sur le site de l'INSERM :

<http://www.inserm.fr/content/download/8550/63979/version/1/file/samenta.pdf>

CESAR (Christine)

Que sait-on sur l'aide alimentaire ? Populations précarisées : l'accessibilité de l'alimentation.

SANTE DE L'HOMME, 2009/07-08, n° 402, 31-32. 4 réf.

Environ 2 millions de Français ont recours à l'aide alimentaire pour se nourrir au quotidien. Conséquence de la crise, ce chiffre atteint des niveaux record selon les associations. Deux enquêtes (Abena et E3A) montrent que cette aide ne peut suffire à garantir un niveau d'alimentation décent pour la population. Les destinataires de l'aide alimentaire ne peuvent dépenser que 2,6 euros par jour par personne en moyenne. Leur état de santé s'en ressent et est qualifié de 'très critique' par des experts : surpoids et obésité deux à trois fois plus fréquents, anémie, carences.

Article en texte intégral sur le site de l'INPES

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-402.pdf>

DELAMAIRE (Corinne)

Alimentation des plus démunis : ce que prévoit le Plan national nutrition-santé.

Populations précarisées : l'accessibilité de l'alimentation.

SANTE DE L'HOMME, 2009/07-08, n° 402, 36-.

Le Programme national nutrition santé 2006-2010 (PNNS 2) prévoit un volet sur l'accessibilité à une alimentation appropriée pour les plus démunis.

Article en texte intégral sur le site de l'INPES

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-402.pdf>

TAILLENS (Françoise)

Reportage au Point d'Eau : une source dans le désert.

SOINS INFIRMIERS : KRANKENPFLEGE, 2009/12, n° 12, 46-49.

Au Point d'Eau, à Lausanne (Suisse), une consultation infirmière répond aux besoins de soins des personnes qui vivent dans la précarité. Cet article présente cette structure ayant dix ans d'existence, dont la vocation première est de répondre aux besoins de la population démunie, en matière d'hygiène et de soins. Elle offre également des consultations médicales, dentaires et ostéopathiques, des massages et des soins de pied. Le fonctionnement s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire de salariés et sur un grand réseau de professionnels bénévoles, comme l'indique une des infirmières du centre dont l'interview figure en encadré.

LECLERCQ (Vincent)

Pour lutter contre le Sida : promouvoir la participation des plus vulnérables.

LAENNEC, 2009, n° 1, 25-35. réf. bibl.

Répondre à la fragilité par la solidarité : la défense des droits des populations les plus vulnérables face au Sida requiert d'urgence l'élaboration de nouvelles stratégies, le refus de l'exclusion et surtout l'aide à la prise en main par chaque malade de sa propre vie. (Résumé de la revue).

GUIMELCHAIN BONNET (Michèle), coor.

La précarité.

AIDE SOIGNANTE (L'), 2008/03, n° 95, 11-20, 4 réf.

La précarité, c'est l'incertitude absolue des lendemains. Sont considérés comme précaires les personnes au chômage, en fin de droits ou sans indemnisation, les RMistes, les personnes ayant de faibles revenus de solidarité et les sans domicile fixe. Le mot précarité recouvre donc les situations de nombreuses personnes pour qui l'hébergement, l'alimentation, la santé, les relations avec autrui sont difficiles et aléatoires générant des conséquences graves, en termes de santé publique, au plan physique et psychique. Ce dossier explore cette thématique à travers le sommaire suivant : - La précarité aujourd'hui en France. - Santé et précarité. - Les troubles psychiatriques des personnes en situation de précarité. - L'image de soi de la personne en situation de précarité. - Institutions et associations face à la précarité.



ROMAND (Dorothee)

Prise en charge du diabète chez les personnes en grande précarité.

SOINS, 2008/01, n° 722, 19-22. 6 réf.

La prise en charge des personnes en grande précarité atteintes de diabète est une préoccupation majeure du personnel des centres d'hébergement d'urgence. Un débat public sur ce thème, organisé à Paris le 24 octobre 2007, a donné lieu à des recommandations établies par un consensus d'experts. (R.A.).

THIBON (Maryse)/DANGAIX (Denis)

"Nous sommes confrontés à des étudiants en grande précarité". La santé : un défi pour les étudiants.

SANTE DE L'HOMME, 2008/01-02, n° 393, 28-29,

Assistante sociale au centre régional des oeuvres universitaires et scolaires de Montpellier, Maryse Thibon souligne dans cet interview que les étudiants ont heureusement un bon "capital santé" vu leur jeune âge, mais elle constate une montée incontestable de la précarité depuis dix ans; à tel point que certains étudiants étrangers sont dénutris, faute d'une alimentation suffisante. Avec les autres professionnels, elle fournit une aide au cas par cas : Ticket-Repas, accès aux droits, à une mutuelle, soutien financier ponctuel. Le premier poste sacrifié par les étudiants en difficulté est la santé.

Article en texte intégral sur le site de l'INPES :

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-393.pdf>

LORTHOLARY (Olivier)

Pathologies infectieuses et précarité en France.

LAENNEC, 2007, n° 4, 6-14,

L'auteur s'appuie sur des études récentes pour mettre en évidence le redoutable cercle vicieux qu'entretiennent maladies infectieuses et conditions de vie précaires dans la France de 2007. (Adapté du R.A.).

BOUCHAUD (Olivier)

Prise en charge des migrants en situation de précarité.

LAENNEC, 2007, n° 4, 48-58,

La précarité que vivent certains malades migrants déborde la seule dimension économique. L'auteur présente l'expérience de "prise en charge globale" développée par le service des Maladies infectieuses et Tropicales de l'hôpital Avicenne. (R.A.).

FASSIN (Didier)

La santé des étrangers : une question politique. La santé des migrants.

SANTE DE L'HOMME, 2007/11-12, n° 392, 15-17,

Contrairement à ce que l'on croit souvent, il n'existe plus guère de pathologie spécifique liée à l'immigration. La santé des étrangers n'est en fait, comme la santé des nationaux, que le produit de leur condition sociale et notamment des inégalités dont ils sont victimes. C'est dire la contradiction que représente la conjonction d'une politique de l'immigration restrictive et d'une politique de la santé généreuse. Dans cet article "Point de vue", Didier Fassin, professeur à l'université Paris-Nord et à l'École des hautes études en sciences sociales, discute le coût financier, sanitaire et humain de ce qu'il considère comme une schizophrénie.

Article en texte intégral sur le site de l'INPES :

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-392.pdf>



■ Actions mises en œuvre face à la précarité et l'urgence : accès aux soins, structures, acteurs, logements

DESFORGES (Camille) ; MONTAZ (Laurent)

Soins palliatifs et précarité : l'impossible équation ? Étude sur l'hébergement social en unité de soins palliatifs. *MEDECINE PALLIATIVE*, 2015/03, vol. 14, n°1, 31-39, tabl., fig.. 11 réf.

Objectifs : À l'heure de la rationalisation des soins, la question se pose de l'adéquation entre l'offre de soins palliatifs et les besoins générés par la précarité sociale en fin de vie. Les objectifs étaient d'évaluer la réalité de l'hébergement social en unité de soins palliatifs et d'en déterminer les facteurs causals. Matériel et méthode : Cette étude prospective a été réalisée entre février et juillet 2013 auprès de quatre unités de soins palliatifs (Nantes, Tours, Angers et Poitiers). Les données étaient recueillies par un questionnaire à j21 de tous les séjours qui atteignaient cette borne, afin de distinguer parmi les séjours prolongés ceux qui l'étaient pour des raisons d'ordre social. L'hébergement social était défini par le délai entre le jour où le patient était jugé médicalement sortant et le jour de la sortie effective. Parmi les facteurs prédictifs définis, les facteurs contrariant le projet de sortie du patient ont alors été identifiés : familiaux, financiers et structurels. Résultats : Sur les 44 séjours identifiés, 16 ont été prolongés pour des raisons d'ordre purement social, pour un taux de nuitées d'hébergement social mesuré à 10,3 %. L'hébergement social apparaissait comme le résultat du cumul d'au moins deux facteurs de précarité parmi la pauvreté, l'isolement et le mal-logement, empêchant alors le retour à domicile, sans que soit disponible d'alternative à l'hospitalisation. Conclusion : L'hébergement social est une réalité, qu'elle soit assumée par l'unité de soins palliatifs ou déplacée en aval. Face aux pressions budgétaires qui contraignent l'hôpital, d'autres solidarités doivent être envisagées pour répondre aux besoins des patients jeunes et précaires en fin de vie. © 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

LEGAL (Anne)

97 000 jeunes en grande précarité bénéficient du fonds d'aide aux jeunes en 2013.

ETUDES ET RESULTATS, 2015/01, n°903, 6p.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE AR0x8m87. Diffusion soumise à autorisation]. Aide départementale de dernier recours destinée à l'insertion sociale et professionnelle, le fonds d'aide aux jeunes (FAJ) a bénéficié en 2013 à 97 000 jeunes de 18 à 25 ans en grande difficulté sociale. Le montant moyen des aides s'élève à 189 euros. Le fonds octroie essentiellement des aides financières individuelles versées à titre subsidiaire. La moitié d'entre elles répondent à des besoins de subsistance, le FAJ étant aussi fréquemment sollicité pour des aides au transport ou à la formation. Une aide sur cinq est allouée en urgence. 60% des aides sont accordées à des jeunes sans ressource financière et 35% à des jeunes en situation de précarité vis-à-vis du logement. Le fonds finance également des actions collectives dans la moitié des départements. Son budget global, essentiellement financé par les conseils généraux, s'élève à 36 millions d'euros.

URIBELARREA (Gabriel)

Entre médical et social : la transmission des informations dans l'accès aux soins des personnes sans-abri. *FORUM : REVUE DE LA RECHERCHE EN TRAVAIL SOCIAL*, 2015/01, n°143, 24-30. réf. bibl.

À partir d'une enquête ethnographique, cet article revient sur quelques unes des pratiques d'une équipe médicosociale qui travaille sur l'accès aux soins des personnes sans-abri. Leur analyse permet d'interroger la place de la santé au sein de l'urgence sociale ainsi que l'importance et les enjeux de la transmission d'informations entre des acteurs (soignants, travailleurs sociaux, patients) aux compétences et connaissances différentes. (R. A.).



JOUAUX (Lucile)

Pour une pratique innovante dans l'accompagnement de personnes SDF : itinérances et liens d'accompagnement. Paris : L'Harmattan, 2014, 213p., ann., tabl.. Réf. 3p.

L'auteure a été assistante sociale durant plusieurs années dans des structures accueillant le public SDF. Dans cet ouvrage, elle s'appuie sur son expérience de terrain, sur le journal de bord de ses permanences, et sur le témoignage de professionnels de terrain pour montrer comment son itinérance entre les différentes structures permettait de favoriser la rencontre avec le public SDF, d'entrer en relation, de participer à la coopération entre les différents acteurs (professionnels et bénévoles), et d'impulser le mouvement permettant de passer de la logique de l'urgence sociale à celle du 'droit commun'. (Tiré de la 4ème de couv.)

Cote : SAN 5.7 JOU

NOBLET (Pascal)

Les enfants de Don Quichotte : de la 'stabilisation' au 'logement d'abord'.

SOCIOGRAPHE (LE), 2014/12, n°48, 11-20. réf. bibl.

Sans véritable boussole, la politique en direction des personnes sans domicile semble aujourd'hui se limiter à l'organisation des Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO). Cependant, depuis les années 1990, le dispositif d'hébergement a connu une transformation qualitative. Désormais plus du tiers des personnes accueillies sont hébergées dans des 'logements associatifs', considérés à tort comme des logements temporaires et susceptibles de permettre l'expérimentation véritable de la 'stabilisation' et du 'logement d'abord'. (R. A.).

GUILLER (Audrey) ; BASTIEN (Pascal)

Plus loin que le soin. *ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES*, 2014/04/11, n°2855, 24-27. 1 réf.

A Nantes, le Service de Coordination et D'Accompagnement Médico-Psycho-Social (SCAMPS) propose aux personnes précaires malades du cancer un suivi médico-social mobile et de proximité. Il les aide dans leurs démarches médicales et sociales, afin que leur situation ne mette pas leurs soins en échec...et vice versa. (R.A.)

CLAVAGNIER (Isabelle), coor.

La santé humanitaire en France. *REVUE DE L'INFIRMIERE*, 2014/04, n°200, 15-28. réf.bibl.

La pauvreté augmente en France et ses répercussions sur la santé sont de plus en plus visibles. Elle réinterroge le principe d'égalité inhérent au droit à la santé et l'accessibilité aux soins préventifs, éducatifs et curatifs pour les personnes en situation précaire. De nombreuses équipes pluriprofessionnelles, salariées ou bénévoles, prodiguent des soins de qualité auprès des personnes démunies dans une approche holistique complexe, où les domaines du sanitaire et du social s'imbriquent étroitement. (R.A.). Après un entretien avec le directeur des missions France de Médecins du Monde, ce dossier se penche sur l'aide à la santé apportée à certaines catégories de personnes en situation de précarité (sans domicile fixe - précarité rurale - centre de rétention administrative - femmes des quartiers nord de Marseille - prostitution).

PFISTER (Valérie) ; GUIBOUX (Loriane) ; NAITALI (Juliane)

Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner. *INFORMATIONS SOCIALES*, 2014/03-04, n°182, 102-107. 6 réf.

A l'interface du médical et du social, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (Pass) permettent aux personnes les plus démunies, souvent sans droits, d'accéder à des soins ainsi qu'à leurs droits. Ces dispositifs hospitaliers ambulatoires sont très hétérogènes, ce qui ne facilite pas leur évaluation. Les Pass doivent s'adapter à l'augmentation et à la diversification de la population accueillie, lesquelles témoignent d'une progression silencieuse de la précarité en France.



DARMON (Laetitia)

Collectivités locales : les CCAS, avant-postes de l'action sociale. *TSA*, 2014/03, n°50, 15-22.

Amortisseurs de crise, postes avancés du social : les centres communaux d'action sociale sont bien repérés comme outils privilégiés de l'action sociale de proximité. A la veille des élections

municipales, zoom sur ces structures, parfois remises en cause, qui disposent pourtant d'atouts notoires face au défi de la précarité et du délitement du lien social. (R.A.).

HELFTER (Caroline)

Permanences d'accès aux soins de santé : le bouclier social de l'hôpital. *ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES*, 2014/03/14, n°2851, 32-35. réf.bibl.

Offrir un accueil et un accompagnement spécifiques aux personnes ne situation de précarité pour qu'elle puissent se soigner au sein de l'hôpital puis à l'extérieur, telle est la vocation des permanences d'accès aux soins de santé. Mais ces dispositifs, qui participent à la lutte contre les inégalités de santé, doivent encore et toujours 'batailler' pour se faire connaître et reconnaître. (R.A.)

CALVO (Mathieu) ; LEGAL (Anne)

Les conditions de logement des bénéficiaires de minima sociaux en 2012 : difficultés d'accès, surpeuplement et contraintes financières. *ETUDES ET RESULTATS*, 2014/02, n°872, 6p..

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xCIHJ9. Diffusion soumise à autorisation]. Fin 2012, plus du tiers des bénéficiaires de minima sociaux sont locataires du secteur social, et près d'un quart ne dispose pas de son propre logement : 18% sont hébergés par des proches ou occupent un logement prêté, 2% vivent dans des foyers ou des résidences sociales et 3% à l'hôtel, en centre d'hébergement, dans une habitation mobile ou sont sans domicile. Le logement est surpeuplé pour un allocataire sur cinq, soit trois fois plus que dans la population générale et plus d'un tiers d'entre eux n'ont pu faire face à leurs dépenses de logement au cours des douze derniers mois. Les bénéficiaires du RSA, plus fréquemment locataires en secteur social, sont ceux qui disposent le plus souvent de leur propre logement mais un allocataire du RSA socle majoré sur trois vit dans une habitation surpeuplée. Les bénéficiaires de l'ASS et de l'AAH sont les moins confrontés aux situations de surpeuplement.

ROBERT (Christophe)

Logement : y a-t-il encore une place pour les plus défavorisés ? *JOURNAL DE L'ACTION SOCIALE*, 2014/01/15, n°183, 19-26, phot.

Les '10èmes Rencontres sociales' ont eu lieu à Toulouse en novembre 2013, avec pour thématique 'Logement-Hébergement : une dualité à l'épreuve de la réalité'. L'occasion de mieux comprendre les raisons d'une crise qui s'amplifie mais aussi d'envisager de nouvelles réponses.

FERENCIKOVA (Vanda) ; PRUNELLE (Frédérique) ; DENIAUD (François)

Prise en charge médico-psycho-sociale des personnes en précarité. *REVUE DU PRATICIEN : MEDECINE GENERALE*, 2013/12, vol. 27, n°912, 868-869. 3 réf.

Cet article traite de l'intérêt du partage de compétences et de l'approche multidisciplinaire en soins de premier recours auprès des personnes en situation de précarité.

DA SILVA (Eric) ; GAROT (Matthieu) ; DA SILVA (Eric) ; et al.

Dossier : de la précarité à l'exclusion : quel soutien psychologique ? *JOURNAL DES PSYCHOLOGUES*, 2013/11, n°312, 16-52, phot. réf. 1p.

Au sommaire de ce dossier sur la prise en charge psychologique des précaires : 'la parentalité institutionnelle : une clinique de la précarité' : l'ensemble des équipes mobiles psychiatrie-précarité oeuvrent pour implanter au coeur de la cité une veille sociale, un 'prendre soin' singulier, une forme de parentalité institutionnelle. 'Intervenir en milieu de grande précarité : entretien avec Sylvie Quesemand-Zucca'. 'Etre au plus près des personnes en situation précaire : le travail en EMPP' : les personnes en précarité ne se dirigent pas spontanément vers des structures de soins qui pourraient les prendre en charge. Réfléchir à de nouvelles modalités pour aller à leur rencontre... tel est l'enjeu des équipes mobiles psychiatrie-précarité. 'Des fonctions subjectives de l'errance chez des adolescents et des jeunes adultes'. 'Maternités à l'épreuve de l'errance migratoire'. 'Ces regards qui racontent une histoire'.



GAGNE (Louis)

Soins aux immigrants. *PERSPECTIVE INFIRMIERE*, 2013/09-10, vol. 10, n°4, 16-17.

Offrir des soins de santé à une clientèle issue de l'immigration représente un défi en raison de la langue, des croyances et des valeurs culturelles qui lui sont propres. La clinique Projet Migrants de Médecins du Monde Canada a ouvert ses portes en 2011 pour aider les personnes migrantes sans papiers. Depuis l'automne dernier, la clinique reçoit des demandeurs d'asile dont les soins de santé primaires et complémentaires ne sont plus pris en charge par le gouvernement fédéral. Elle accueille aussi d'autres types de réfugiés, incertains de la couverture qui leur est offerte par la réforme du Programme fédéral de santé intérimaire. Commentaires et témoignages.

LANGLARD (Gaétan) ; BOUTEYRE (Evelyne)

Etude comparative de dix sujets SDF fréquentant un centre d'hébergement d'urgence et de dix sujets SDF vivant uniquement dans la rue : acceptation et refus de l'hébergement d'urgence. *ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES*, 2013/09, vol. 171, n°8, 531-537, tabl.. 30 réf.

OBJECTIFS : Ces dernières décennies ont vu naître une augmentation du nombre de personnes sans domicile fixe (SDF) dans nos sociétés occidentales. Les autorités publiques ont développé un massif dispositif d'assistance visant à traiter ce « problème » SDF par l'hébergement d'urgence. Ce type d'hébergement ne pose généralement aucune condition d'admission et répond à une nécessité de mise à l'abri immédiate de la personne. Pourtant, de nombreuses personnes SDF refusent l'hébergement d'urgence, même en hiver. Elles préfèrent dormir dehors dans des conditions de vie extrêmes. L'objectif de cet article est d'aider à comprendre le refus et l'acceptation de l'hébergement d'urgence de la population SDF. **PATIENTS/MATERIEL ET METHODE :** Dans cette étude, un groupe de dix sujets SDF usagers d'un centre d'hébergement d'urgence (CHU) est comparé à un groupe de dix sujets SDF refusant l'hébergement d'urgence et vivant uniquement dans la rue. Au près de chaque sujet, un entretien semi-directif est mené. L'échelle HAD (Zigmond AS et Snaith RP, 1983) et l'échelle d'estime de soi (Rosenberg M, 1969) sont administrées. En complétant l'analyse des données recueillies lors des entretiens de recherche avec l'analyse statistique des résultats des passations d'échelles, nous mettrons en évidence les points communs et les différences expliquant le refus ou l'acceptation de l'hébergement d'urgence. **RESULTATS :** Les points communs entre ces deux groupes de sujets sont les suivants : tous ont connu un passé douloureux, voire traumatique. Ces sujets ont vécu de nombreuses ruptures, abandons, carences les ayant fortement perturbés et affectés. L'accumulation d'événements de vie chroniques et souvent traumatiques a fait que le dernier événement en date est identifié par ces sujets comme la cause de leur situation de SDF. Leur survie au jour le jour implique un passage à l'acte constant dans l'espace de la rue, traduisant une cristallisation psychique, une élaboration psychique impossible. Ces deux groupes de sujets se distinguent principalement dans leurs façons d'appréhender leur situation SDF. Ainsi, l'acceptation/refus de l'hébergement d'urgence renvoie à une acceptation/refus de l'identité de SDF, une adaptation/inadaptation à la condition SDF, une acceptation/refus d'assistance et une acceptation/refus de l'espace collectif. Au niveau quantitatif, on note un lien entre l'anxiété/dépression et le refus d'hébergement d'urgence. Les sujets refusant l'hébergement d'urgence présentent un niveau de dépression significativement plus élevé (10,3 contre 7,1) et un niveau d'anxiété significativement plus faible (11 contre 14,1) que les sujets usagers des CHU. **CONCLUSIONS :** Cette étude permet de considérer le refus d'hébergement des personnes SDF comme une volonté de ne pas subir passivement leur situation d'exclusion sociale. Elles maintiennent un mode de vie volontairement difficile entraînant une souffrance psychique plus importante que celle des personnes hébergées ; cela pour ne pas s'installer dans leur situation. À l'inverse, les usagers réguliers des CHU les investissent et y trouvent un cadre et de nouveaux repères. Cet investissement entraîne un soulagement et une souffrance psychique moindre qui favorisent une sur-adaptation à leur condition de vie. (R.A.). © 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.



MAURICE (Stéphanie)
 THIRION (Aimée), photogr.
Préserver la planète père.

ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES, 2013/06, n° 2814, 24-27, phot..

A Lille, depuis 2009, l'association ABEJ propose aux parents sans domicile fixe un soutien à la parentalité. Elle organise notamment des après-midi récréatifs et des week-ends pour offrir un cadre de rencontre entre des pères en difficulté et leurs enfants. (R.A.).

MIGNOT (Sandra)
 CARRAU (Elohim)

Triple action pour le logement.

ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES, 2013/05, n° 2810, 20-23, phot..

A Marignane, dans les Bouches-du-Rhône, le Pôle insertion par l'habitat, que gère l'AMPIL, associe des compétences sociales, juridiques et techniques dans toutes ses interventions en faveur du logement des personnes précaires. (R.A.).

LEON (Myriam)

Dossier : Un chez soi d'abord : l'expérience marseillaise.

LIEN SOCIAL, 2013/05, n° 1107, 10-18.

S'appuyant sur une initiative marseillaise débutée en 2009 et s'inspirant d'un modèle nord-américain, le programme expérimental Un chez soi d'abord est développé à Marseille, Lille, Toulouse et Paris. L'objectif est d'orienter directement vers un logement autonome cent personnes sans-abri atteintes de troubles psychiatriques sévères sur chaque site et de comparer leur insertion avec cent autres personnes poursuivant leur parcours dans le système d'urgence classique. L'équipe médico-sociale qui assure l'accompagnement expérimente une approche basée sur le principe du rétablissement. (R.A.).

BONAL (Elsa)

Comment rendre la santé contagieuse ? Une action collective en santé publique.

EDUCATION PERMANENTE, 2013/04, n° 195, 133-144. réf. bibl.

Aborder le patient sous le seul angle de son problème de santé, et le professionnel en fonction des solutions qu'il mobilise pour y répondre, est un schéma commun aux parcours de soin. Or, envisager les bénéficiaires de soins sanitaires ou sociaux, comme dépositaires de ressources qui leurs sont propres, revient à se mobiliser autour de la partie saine pour qu'elle se développe, plutôt que de se fixer sur la partie malade. C'est en ouvrant et en cultivant un champ de santé possible entre personnes en situation de précarité et professionnels, que l'action collective de prévention santé dont cet article témoigne entend créer un mieux-être, individuel et collectif. Les participants y éprouvent leur capacité à engendrer un acte de santé sociale. Plus simplement, ils font ensemble un bout de chemin de santé. (R.A.).

DE GOER (Bruno)

Soins aux personnes en situation de grande pauvreté ou d'exclusion, soins palliatifs.

JUSQU'A LA MORT ACCOMPAGNER LA VIE, 2013/03, n°112, 60-68. 11 réf.

[BDSP. Notice produite par CDRN FXB I7C7kR0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'auteur explique en quoi les unités de soins palliatifs et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui permettent l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité sociale, se rejoignent : passer du soin au prendre soin.

DARMON (Laetitia)

L'entraide citoyenne, levier pour l'action sociale ?

TSA, 2013/03, n° 40, 15-22, phot. réf. bibl.

Ici et là, des initiatives voient le jour pour tenter de répondre à des besoins traditionnellement pris en charge par le secteur social : logement, hébergement, aide alimentaire... Mouvement de fond ou phénomène marginal ? Comment le soutenir sans le dénaturer ? L'action sociale "institutionnalisée" peut-elle s'en inspirer ? (R.A.).



CUCHE ESPINASSE (Geneviève)

Soutenir le désir de vivre !

REVUE FRANCAISE DE SERVICE SOCIAL (LA), 2013/03, n° 248, 101-110. réf. bibl.

L'auteur, assistante sociale, témoigne de son expérience professionnelle au sein d'une permanence d'accès aux soins de santé (Pass) des hôpitaux universitaires de Strasbourg. Elle présente la Pass, le travail social qui s'y fait, le public accueilli, les problématiques en jeu ainsi que ses propres réflexions, puis le dispositif particulier (groupe de parole) qui a été mis en place.

THERON (Sophie)

La politique de l'orientation prioritaire vers le logement des personnes défavorisées et sans-abri.

REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL, 2013/03-04, n° 2, 332-346.

La politique de l'orientation prioritaire vers le logement des personnes défavorisées et sans-abri rompt avec les logiques traditionnelles d'insertion "en escalier" dans lesquelles le logement n'est que l'aboutissement final d'un parcours. Elle contribue à donner réalité au droit au logement, à condition notamment qu'un accompagnement social global de l'intéressé soit mis en place. Pour autant, il reste nécessaire de tenir compte de certaines situations d'extrême fragilité et de coordonner cette politique avec celle de l'hébergement. (R.A.).

GEORGES TARRAGANO (Claire)/PLATON (Jackie)

La PASS : micro-modèle d'un système d'organisation des soins. Précarités et inégalités en santé.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, 2013/01-02, n° 550, 28-30.

La loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions a permis la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les établissements publics de santé. Ce dispositif médico-social vise à soigner les patients en situation de précarité et à les accompagner dans les démarches d'ouverture de leurs droits sociaux. Il constitue un moyen de réduire la perte de chance liée aux inégalités sociales de santé. Il représente aussi, par la complémentarité des acteurs engagés, un micro-modèle de système d'organisation des soins.

BRECHAT (Pierre-Henri)

Pour l'égalité d'accès aux soins et à la santé et la réduction des inégalités de santé.

Précarités et inégalités en santé.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, 2013/01-02, n° 550, 31-37. réf. bibl.

Notre système de santé est en incapacité de garantir l'égalité d'accès aux soins ni de réduire l'augmentation récente, en nombre et en importance, des inégalités sociales de santé. Il faut donc envisager la possibilité de refonder notre dispositif de soins et de santé en un service public de santé. Des propositions sont faites dans ce sens par l'auteur qui s'appuie notamment sur le développement de maisons de santé pluridisciplinaires comme le centre de santé primaire polyvalent (CSPP) et par la mise en place d'un plan transversal de santé publique relatif à l'égalité d'accès aux soins et à la santé.

BAUER (Denise)

Accès aux soins des personnes précaires. État des lieux et perspectives. Précarités et inégalités en santé.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, 2013/01-02, n° 550, 38-39.

Face à l'accroissement des phénomènes d'exclusion, les deux dispositifs créés dans les années 2000 - permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) - conservent un rôle primordial pour lutter contre les inégalités de santé. Un rôle essentiel qui doit cependant être conforté que ce soit au niveau des régions pour une meilleure inscription géographique auprès des publics et au niveau des réseaux pour une meilleure intégration et complémentarité avec l'ensemble des partenaires.



GEORGES TARRAGANO (Claire)/PLATON (Jackie)/BRECHAT (Pierre-Henri)/et al.

Précarités et inégalités en santé. Dossier.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, 2013/01-02, n° 550, 28-56. réf.bibl.

Accueillir et prendre en charge les personnes précaires alors que les phénomènes d'exclusion se développent avec la crise économique ? De nombreux dispositifs dédiés aux populations précaires existent depuis les années 2000 : ce sont les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP). Ce dossier revient sur les enjeux et les difficultés de ces dispositifs et présente des propositions visant à réduire les inégalités de santé.

PLIEZ (Eric)

Les personnes à la rue et le logement d'urgence : pour une nouvelle approche : le logement d'abord.

ESPRIT, 2012/10, n° 388, 109-121. réf. bibl.

Le logement d'urgence, inefficace et débordé, doit changer d'organisation. Au lieu de multiplier les préalables pour permettre aux personnes d'accéder à un logement, leur procurer la protection d'un toit se révèle la première étape indispensable à toute reconstruction d'un parcours d'insertion. (R. A.).

Accès aux soins en France : des difficultés croissantes pour les plus démunis.

PRESCRIRE, 2012/09, n° 347, 700-701. réf. bibl.

L'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde témoigne des difficultés croissantes pour les plus démunis.

PELEGE (Patrick) / RUFFIOT (Amedine) / CANDIAGO (Philippe) / et al.

CASTELLO (Christine), coor.

Précarité et santé.

SOINS PEDIATRIE-PUERICULTURE, 2012/09-10, n° 268, 13-35. réf. 1p.

A l'heure où le quart des assurés sociaux renonce à des soins pour des questions financières, et où une personne sur sept vit sous le seuil de pauvreté, la précarité apparaît comme une notion très complexe, envahissant le champ social. Elle est souvent le signe d'une régulation sociale, voire économique, qui dysfonctionne. Pas uniquement reliée à un manque de travail ou d'argent, elle paraît aussi relever d'une non inscription de la personne dans le social, la famille, la relation à l'autre. Ces mauvaises conditions de vie accentuent les problèmes sanitaires, notamment chez les plus vulnérables que sont les enfants. Le rôle des soignants, grâce à un travail de proximité (suivi de grossesse, accueil favorisé en crèche, consultation d'urgence à domicile), consiste alors non seulement à guider les patients dans les parcours de soins mais également à éveiller en eux un intérêt pour leur santé. (Adapté du texte).

BOUHAMAM (N.) / LAPORTE (R.) / BOUTIN (A.) / et al.

Précarité, couverture sociale et couverture vaccinale enquête chez les enfants consultant aux urgences pédiatriques.

ARCHIVES DE PEDIATRIE, 2012/03, n° 3, 242-247, fig., tabl. 22 réf.

Les enfants vivant dans des conditions socioéconomiques précaires sont plus exposés aux maladies infectieuses bénéficiant d'une prévention vaccinale. L'objectif de cette étude était d'évaluer les relations entre déterminants socioéconomiques et couverture vaccinale.

RILLIARD (Frédéric) / FRIEDLANDER (Lisa) / DESCORPS DECLERE (Julien) / KHELIFA (Nadhia) / MOYAL (Franck) / SAADI (Shéhérazade) / SCHVALLINGER (Florence) / NAUD LLAMAS (Christelle)

Santé et précarité : les permanences d'accès aux soins de santé bucco-dentaire..

Promouvoir la santé bucco-dentaire.

SANTE DE L'HOMME, 2012/01-02, n° 417, 31-33. 9 réf.

En 1998, la loi contre les exclusions a créé les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) qui incluent les soins bucco-dentaires. À titre d'exemple, la Pass de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris, a soigné deux mille deux cents patients entre 2002 et 2011. Toutefois, ce dispositif national demeure insuffisant pour procurer des soins dentaires aux personnes les plus démunies.

Article en texte intégral sur le site de l'INPES :

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-417.pdf>

DIETRICH RAGON (Pascale)

Le logement insalubre.

ESPRIT, 2012/01, n° 381, 66-77. réf. bibl.

Derrière les drames (incendies, empoisonnements) du logement insalubre se cache un mal plus profond. La gestion par l'urgence masque en effet de nombreuses situations qui ne sont pas suffisamment 'catastrophiques' pour être prises en charge. Mais elles manifestent néanmoins l'extension croissante du mal-logement dans la société française, qui ne saurait être séparée des questions d'emploi ou d'immigration. (R. A.).

SANSON STERN (Catherine)

BELLAVIA (Christian), photogr.

Parcours gradué.

ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES, 2012/01, n° 2740, 36-39, phot.

A Montauban, l'Adarah propose des hébergements diversifiés et un suivi social à des personnes en mal de logement, seules ou en couple. Fonctionnant dans un esprit convivial et familial, elle doit aujourd'hui se professionnaliser pour faire face à l'évolution de ses publics et à la modernisation des dispositifs d'urgence sociale. (R.A.).

ARVEILLER (Jean-Paul), coor. / MERCUEL (Alain), coor.

Santé mentale et précarité : aller vers et rétablir. Paris : Lavoisier, 2012, XVI+108p., index, ann. réf. bibl.

L'intégration des soins psychiatriques dans le paysage social et l'articulation indispensable entre champs sanitaire et social ont permis de mettre en place un certain nombre d'expériences originales, qui ont été formalisées et dupliquées à l'échelle nationale à la suite de la parution en 2005 d'une circulaire venant consacrer le dispositif d'Equipe mobile psychiatrie et précarité. Les auteurs de cet ouvrage, tous acteurs de l'équipe Santé mentale et exclusion sociale du centre hospitalier Sainte-Anne, psychiatres, psychologue, infirmier, cadre de santé, assistants socio-éducatifs décrivent la vie et les actions au quotidien de ces équipes pluridisciplinaires. Ces dispositifs innovants permettent de promouvoir des actions 'décloisonnantes' afin d'ajuster les pratiques au contexte médico-psycho-social des personnes sans domicile fixe. Faciliter l'accès et la continuité des soins aux personnes en grande précarité passe par l'extériorisation de la prise en charge, la coordination et la création incessantes de liens entre les personnes et les structures. (Extrait de la 4e de couv.)

Cote : SAN 6.2 ARV

YVON (Marianne) / FESTA (Carole) / HANEN (Sylvie) / et al.

Accès au droit et santé mentale : quand les hôpitaux prennent soin du sujet de droit.

SANTE PUBLIQUE, 2011/11-12, n° 6 Suppl., S175-S180. 5 réf.

Depuis 2009, et jusqu'en 2012, une expérimentation sociale financée par la Direction générale de la cohésion sociale est menée, introduisant un pôle juridique 'Accès au droit et santé mentale' au sein de trois établissements hospitaliers parisiens. Ce dispositif est destiné à renforcer l'accès au droit et aux soins des personnes souffrant de troubles psychiatriques ou psychiques et en situation d'exclusion. Ce dispositif intégré et subsidiaire, permet de mieux appréhender la complexité des situations des personnes démunies, pour lesquelles les difficultés sociales, médicales, administratives et juridiques se cumulent. Ce travail transversal et décloisonné implique médecins, travailleurs sociaux et juristes autour des patients, acteurs et sujets de droit.



MAINPIN (C.) / BLOND (C.) / BOTTIN (F.) / et al.

Précarité, tarification à l'activité et planification sanitaire et sociale : étude pilote à l'hôpital Lariboisière de Paris.

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET FERTILITE, 2011/06, n° 6, 351-357. 28 réf.

Quels dispositifs spécifiques d'accueil et de prise en charge les responsables d'un établissement public de santé et ceux de la planification sanitaire et sociale mettent-ils en place pour prendre

en charge les parturientes précaires alors que la tarification à l'activité (T2A) est à 100 % ?
 Quelles sont les limites et quelles améliorations peuvent être proposées ?

GILES (Catherine) / HASSIN (Jacques) / PAUPHILET (Christine) / et al.
 HAMON MEKKI (Françoise), coor.

Précarité et santé.

SOINS, 2011/05, n° 755, 29-57. réf. 1p.

En France, entre 3,5 millions et 7 millions de personnes vivent en situation de précarité. Qu'elles soient jeunes, âgées, sans papier, migrantes ou victimes de 'fractures' sociales, familiales et/ou professionnelles, elles représentent une population hétérogène nécessitant une prise en charge médico-sociale spécifique. Aux pathologies complexes et intriquées qu'elles présentent, s'ajoutent d'importants problèmes sociaux et une immense souffrance psychique. La spécificité de la prise en charge doit se situer dans le 'prendre soin', incluant le concept d'interdisciplinarité, de manière à miser sur les différentes compétences des professionnels. Les réseaux d'accès aux soins représentent une solution pour contourner les difficultés que rencontrent ces populations, tant en termes de soins curatifs primaires que de soins préventifs. S'y ajoute le rôle déterminant de l'assistante sociale dans l'attribution d'une prestation d'aide sociale adaptée à la personne.

AEBERHARD (Patrick) / LEBAS (Jacques) / JEDIDI (Sonia) / et al.
 TABUTEAU (Didier), préf.

L'accès aux soins des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires : pour un droit universel aux soins. Bordeaux : Etudes hospitalières, 2011, 104p.. réf. bibl.

Traitant d'abord de la thématique 'santé et droits de l'homme', cet ouvrage apporte les données sociales, juridiques et médicales utile pour appréhender les enjeux de l'accès aux soins des migrants, sans-papiers, puis précise les moyens que souhaitent les associations pour qui le droit universel aux soins constitue une priorité, ce que semblaient pouvoir permettre, ces dernières années, le revenu minimum d'insertion, la couverture médicale universelle, l'aide médicale d'Etat. Ce livre qui décrit les droits des personnes les plus exclues, est enfin un cri d'alarme pour nos sociétés confrontées à des remises en cause sans précédent et un appel à la construction d'un édifice juridique conforme à nos principes fondamentaux. 'Il s'agit de construire une société d'ouverture et de respect, un Etat de droit et de sécurité pour tous'.

Cote : SAN 5.8 AEB

BALLIERE (Frédéric)
 DERIES (Béatrice), préf.

Le recours aux soins des demandeurs d'asile : approche ethnographique de l'expérience de l'exil. Paris : L'Harmattan, 2011, 136p.. Réf. 2p.

Plusieurs millions de réfugiés sont aujourd'hui déplacés à travers le monde. Chaque année, suite à des persécutions ethniques, politiques ou religieuses, quelques milliers d'entre eux arrivent en France pour y demander l'asile. Leur entrée sur le territoire signe une rupture avec la vie qu'ils avaient dans leur pays. Ils sont alors confrontés à une précarité sociale nouvelle et à des difficultés au plan identitaire. Cette expérience de vie difficile s'accompagne souvent de l'émergence de problèmes de santé. Ainsi, dans les hôpitaux, les dispensaires associatifs ou au sein des Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile, les travailleurs sociaux sont chaque jour confrontés à des demandes de soins répétées de la part de ce public. S'appuyant sur une enquête ethnographique réalisée dans une Permanence d'Accès aux Soins de Santé, l'auteur analyse dans cet ouvrage les enjeux du recours aux soins chez les demandeurs d'asile. Il met en évidence que celui-ci procède en réalité d'un glissement des questions sociales dans le champ sanitaire. Pour ces migrants, le corps devient la surface sur laquelle s'imprime la souffrance d'exil. Il est aussi l'instrument par lequel ils obtiennent une reconnaissance de leur parcours. (4e de couv.)

Cote : SAN 5.8 BAL



JORDANA (Huguette) / GARDELLA (Edouard) / CEFAL (Daniel) / et al.

Urgences sociales.

EMPAN : PRENDRE LA MESURE DE L'HUMAIN, 2011, n° 84, 9-115. réf. bibl.

Au sommaire de ce dossier intitulé 'Urgences sociales' : - L'urgence sociale : difficile construction d'une nouvelle politique publique ? - Urgences des mineurs : continuer à les accueillir - Urgence(s) : le temps comme enjeu ?

Cote : SAN 6 PAG

MARTIN (Jean-Pierre)

La rue des précaires : soins psychiques et précarités. Toulouse : Erès, 2011, 222p., ann. réf. bibl.

L'errance dans la rue et ses prolongements (les accueils d'urgence et de stabilisation) sont-ils un nouveau paradigme de l'anormalité ? La souffrance psychique quitte sa dimension humaine pour être l'objet d'une traque biopolitique, qui, mobilisant professionnels de différents champs du social et du sanitaire, entraîne la multiplication des dispositifs médico-administratifs à l'économie gestionnaire. Cet ouvrage tente de porter un regard positif sur le « prendre soin » collectif, l'écoute de la précarité et l'élaboration de voies de sortie de la rue qui ne sauraient être seulement psychiatriques. Au maintien et à l'extension de rapports de domination généralisés, en particulier les violences faites aux femmes, il oppose des pratiques cliniques qui reconnaissent les sujets humains en situation d'exclusion et de précarité comme créateurs et non uniquement victimes de leur destin. L'auteur interroge les rapports entre trauma et souffrance psychique, la place du soin psychiatrique dans cette question sociale, les impasses du paravent humanitaire et des politiques de santé mentale et de logement social face aux situations d'exclusion, mais aussi les pratiques juridiques et législatives d'inscription dans la précarité. Il s'agit là pour lui d'un enjeu historique, considéré comme « utopie concrète », d'une société véritablement démocratique. (4e de couv.)

Cote : SAN 6.2 MAR

BALLIERE (Frédéric)

DERIES (Béatrice), préf.

Le recours aux soins des demandeurs d'asile : approche ethnographique de l'expérience de l'exil. Paris : L'Harmattan, 2011, 136p. Réf. 2p.

Plusieurs millions de réfugiés sont aujourd'hui déplacés à travers le monde. Chaque année, suite à des persécutions ethniques, politiques ou religieuses, quelques milliers d'entre eux arrivent en France pour y demander l'asile. Leur entrée sur le territoire signe une rupture avec la vie qu'ils avaient dans leur pays. Ils sont alors confrontés à une précarité sociale nouvelle et à des difficultés au plan identitaire. Cette expérience de vie difficile s'accompagne souvent de l'émergence de problèmes de santé. Ainsi, dans les hôpitaux, les dispensaires associatifs ou au sein des Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile, les travailleurs sociaux sont chaque jour confrontés à des demandes de soins répétées de la part de ce public. S'appuyant sur une enquête ethnographique réalisée dans une Permanence d'Accès aux Soins de Santé, l'auteur analyse dans cet ouvrage les enjeux du recours aux soins chez les demandeurs d'asile. Il met en évidence que celui-ci procède en réalité d'un glissement des questions sociales dans le champ sanitaire. Pour ces migrants, le corps devient la surface sur laquelle s'imprime la souffrance d'exil. Il est aussi l'instrument par lequel ils obtiennent une reconnaissance de leur parcours. (4e de couv.)

Cote : SAN 5.8 BAL

GLINEUR (C.) ; SABLON (F.) ; LEFEBVRE (A.) ; HERMANS (P.)

Précarité psychosociale et impact sur le cancer : pour une approche différentielle des logiques subjectives.

PSYCHO-ONCOLOGIE, 2010/12, n° 4, 231-236. 19 réf.

La pratique clinique en hôpital public suppose la rencontre avec des sujets dont l'insertion dans le social, comme la situation économique, sont fragilisées, précaires, voire radicalement compromises et ce, d'autant plus quand l'institution possède une identité historique « d'hôpital refuge » (CHU St-Pierre, Bruxelles, Belgique). On y rencontre une clinique de l'errance, de l'isolement, de l'exil, de l'illégalité, de la toxicomanie, de la négligence du corps: une clinique de la désinsertion sociale sous toutes ses formes. Du point de vue de la psychopathologie, il est

patent que l'on y rencontre une clinique variée, y compris des psychoses, décompensées ou « ordinaires », antérieurement saisies par la psychiatrie ou évoluant « à bas bruit » (au point de vue social, si pas pour le sujet lui-même), en marge d'une insertion sociale toujours problématique. Dans ce contexte de travail, en service d'hémo-oncologie, notre recherche met à l'épreuve de la clinique la pertinence d'une approche différentielle (psychose/névrose) pour saisir ce qui est en jeu pour un sujet aux prises avec un diagnostic de maladie cancéreuse. Nous présentons ici notre orientation théoricoclinique, psychanalytique et différentielle, ainsi que les modalités de notre recherche, en focalisant sur la clinique des schizophrénies par le biais d'une présentation de cas. (R.A.).

FRANCON (Baptiste) ; GUERGOAT LARIVIERE (Mathilde)

Les politiques de lutte contre la pauvreté face à la crise : une perspective européenne.

CAHIERS FRANCAIS, 2010/11-12, n° 359, 47-51, graph., tabl. réf. bibl.

Bien que les données les plus récentes sur la pauvreté en Europe remontent à 2008, les effets de la crise sur celle-ci sont en partie prévisibles. En effet, l'augmentation du chômage et, dans une moindre mesure, l'effondrement des cours boursiers, ou, de façon plus ambiguë, la chute de l'immobilier, accroissent le risque de pauvreté des populations, avec un impact cependant différent selon les 'modèles sociaux' des pays. Les auteurs comparent, au sein de l'Union européenne, les politiques de lutte contre la pauvreté dans le contexte de la crise, en distinguant les dispositifs permanents découlant des systèmes de protection sociale des mesures temporaires mises en oeuvre pour faire face à l'urgence. (Adapté du résumé de la revue).

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

PRESCRIRE, 2010/10, n° 324, 778-780. 17 réf.

Créées en 1998 en France, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont pour mission de faciliter l'accès au système de santé des personnes sans couverture sociale ou en situation de précarité, et de les accompagner dans la reconnaissance de leurs droits. Dix ans après leur création, environ 300 Permanences d'accès aux soins de santé essaient de faciliter en France l'accès aux soins et à la prévention, avec une approche globale et coordonnée. Leur organisation diffère largement, ainsi que leurs moyens, lesquels ne permettent pas toujours de remplir les missions premières des PASS.

SEDRATI DINET (Caroline)

Les appartements de coordination thérapeutique sous pression.

ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES, 2010/10, n° 2677, 26-29.

Créés pour les malades du sida en situation de précarité, les appartements de coordination thérapeutique, ouverts depuis 2002 aux personnes souffrant d'une maladie chronique, offrent une prise en charge à la croisée du médical et du social. Indispensable, cet outil, qui souffre d'engorgement, n'est toutefois qu'une solution parmi d'autres types d'hébergement. (R.A.).

DEMAS (Benoît) / GOUIFFES (Alain)

La santé mentale des personnes précarisées. De la reconnaissance à l'organisation des soins. Dossier. Hôpital et prospective.

GESTIONS HOSPITALIERES, 2010/06-07, n° 497, 385-392.

Avec les expériences menées à Rouen et en Haute-Normandie depuis une quinzaine d'années, en lien avec d'autres initiatives en France, les auteurs souhaitent appeler l'attention sur l'intégration de la santé mentale des personnes précarisées dans les problématiques précarité/santé avant de préciser l'organisation de leur prise en charge, préalable à une interrogation en matière d'évaluation et de perspective. Cette contribution est écrite à partir de deux témoignages - direction hospitalière et exercice médical - pour confirmer l'intérêt de relations complémentaires entre corps de direction et psychiatre de service public, en décalage avec les trop vaines querelles corporatives de place, voire de pouvoir. Elle illustre aussi la manière dont le droit de la santé se construit, à partir de pratiques, de réflexions, de rapports, et en empruntant un chemin juridique, varié et gradué (lois, circulaires...).



MATTER (Catherine)

Le délire de l'ombre : l'hébergement d'urgence à la Marmotte, à Lausanne.

SOINS INFIRMIERS : KRANKENPFLEGE, 2010/05, n° 5, 40-43.

La Marmotte à Lausanne (Suisse) est une structure d'hébergement de nuit gérée par l'Armée du salut. Certaines personnes accueillies souffrent de troubles psychiques non pris en charge du fait d'une désinsertion sociale majeure. Un espace d'écoute et de soutien avec un professionnel de la santé a été mis en place afin d'accompagner les usagers dans une démarche de demande de soins. Illustrés de trois exemples, cet article montre l'intérêt de cette approche, basée sur le respect et la confiance, afin de renforcer l'adhésion aux soins et ainsi de prévenir le risque suicidaire.

DAMON (Julien)

Observatoire des inégalités. Tours. FRA

Pourquoi les sans domicile fixe refusent-ils d'être pris en charge ? 2010, 4p.

Certains sans domicile fixe refusent parfois, au péril de leur vie, l'hébergement en centre d'urgence. Comment comprendre les raisons qui les conduisent à ce choix ?

Classeur articles orphelins.

Consultable sur le site de l'observatoire des inégalités :

http://www.inegalites.fr/spip.php?article987&var_recherche=damon&id_mot=30

GASLONDE (O.)

Rôle infirmier au Samusocial de Paris et au Samusocial international. Savoirs et soins

infirmiers : Tome 2. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2010, 60-540-N-10, 9p., réf. bibl.

En novembre 1993, à l'instar du service d'aide médicale urgente (Samu) médical, Xavier Emmanuelli a fondé le Samusocial de Paris pour aller au-devant des grands exclus de la capitale et leur proposer une prise en charge médico-psychosociale. Ainsi, depuis le 23 novembre 1993, des équipes mobiles sillonnent chaque nuit les rues de Paris pour aller à la rencontre des personnes sans abri. C'est une mission d'urgence qui tient à la fois de l'assistance et du sauvetage. Le rôle des équipes composées d'un infirmier, d'un travailleur social et d'un chauffeur est d'évaluer, d'accompagner et d'orienter notamment vers une mise à l'abri. Depuis, le Samusocial s'est orienté également vers des missions de posturgence en créant des lieux d'accueil de jour, des centres d'hébergement avec soins et des pensions de famille. Ce type de dispositifs s'est étendu aux grandes villes de France mais s'est également, toujours grâce à Xavier Emmanuelli, implanté dans les capitales étrangères grâce à la création du Samusocial international. Le rôle et la place des infirmier(ère)s à Paris et à l'international, que ce soit dans les équipes mobiles ou dans les centres d'hébergement et d'accueil, sont tout particulièrement décrits.

FASSIN (Didier) / MAILLE (Didier) / TOULLIER (Adeline) / et al.

MBAYE (Elhadji Mamadou)

Santé et droits des étrangers : réalités et enjeux.

HOMMES ET MIGRATIONS, 2009/11, n° 1282, 4-150, phot. Réf. bibl.

Les articles de ce dossier montrent comment le corps malade ou souffrant des migrants peut leur permettre de revendiquer des droits en bénéficiant de la législation française en matière d'immigration et d'asile. Ils décrivent également comment les professionnels de santé interviennent aux côtés des réseaux associatifs dans la protection des droits des étrangers et l'accès aux soins. (R.A.).



AOUSTIN (Martine) / KURTH (Thierry) / OSSELIN (Dominique) / et al.

Précarité, enjeux et perspectives. Précarité et T2A.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, 2009/07-08, n° 529, 12-15.

La situation de précarité de certains patients est un des facteurs souvent avancé pour expliquer des écarts de coûts de prise en charge dans le système de soins. Un certain nombre d'études françaises et étrangères ont été réalisées sur la connaissance des populations précaires et l'observation des parcours de soins. Il a été décidé d'accroître dès 2009 les ressources des établissements accueillant cette population précaire. Cette question représente un enjeu fort pour les populations concernées mais aussi pour les acteurs de soins et les institutions.

JEAN (Jérôme), coor.

La précarité, de la rue à l'hôpital.

REVUE DE L'INFIRMIERE, 2009/07-08, n° 152, 17-29. réf. bibl.

La précarité se définit par un degré de pauvreté et d'instabilité et même si ses interprétations sont plurielles, elles recouvrent de vraies problématiques : comment reconnaître les précaires ? Quels sont les liens entre précarité et besoins de santé des populations ? Comment les professionnels de santé peuvent-ils répondre aux besoins de santé des personnes exclues ? Quel rôle peuvent remplir les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ? Réflexions et témoignages.

HELFTER (Caroline)

Errance et handicap : la double peine.

ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES, 2009/05, n° 2611, 31-33.

En France, l'image traditionnelle des sans-abri n'est pas, comme aux Etats-Unis, celle d'anciens combattants en fauteuil roulant. Mais ici non plus, la grande exclusion n'épargne pas les personnes handicapées. Pour en savoir plus sur les moyens de remédier à ces situations mal connues, la DASS de Paris et l'association Handicap International ont engagé un important travail de réflexion. Celui-ci a débouché, à Lyon, sur une initiative pionnière de l'organisation humanitaire. (R.A.).

DHORDAIN (Alexandre) / NOUSSENBAUM (Gilles) / PODEUR (Annie) / EMMANUELLI (Xavier) ; LEBAS (Jacques)

Précarité à l'hôpital : le risque d'explosion.

DECISION SANTE, 2009/02, n° 252, 8-13. Réf. bibl.

Ce dossier fait le point sur les personnes en situation de précarité, prises en charge à l'hôpital.

LEJEUNE (C.)

Précarité et prématurité.

JOURNAL DE PEDIATRIE ET DE PUERICULTURE, 2008/12, n° 8, 344-348, tabl. 26 réf.

La précarité et la pauvreté sont clairement liées à un suivi médiocre ou nul des grossesses, responsable d'une augmentation de fréquence des pathologies périnatales et en particulier de la prématurité. Une action préventive en amont est donc nécessaire pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des femmes enceintes en situation sociale précaire. Cette action peut être réalisée par la mise en place d'un réseau ville/hôpital, médicopsychosocial, périnatal, faisant collaborer les intervenants en périnatalité hospitaliers et extrahospitaliers, institutionnels, libéraux et associatifs.

BATTUT (Anne)

Grossesse et grande précarité.

VOCATION SAGE-FEMME, 2008/10, n° 66, 9-15. 17 réf.

Ce dossier fait le point sur la prise en charge des femmes enceintes en situation de grande précarité. Deux pistes semblent se profiler : le décroisement des différents secteurs concernés et l'instauration d'un référent entre les périodes anté et postnatale. Il s'agit de coordonner les suivis pour gagner en cohérence et, peut-être, s'inscrire dans une prise en charge à moyen terme.

MATARI (Myriam)

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

DROIT DEONTOLOGIE ET SOIN, 2008/07, n° 2, 161-169.

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies (PRAPS) ont été instaurés par l'article 71 de la loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Les PRAPS ont connu deux générations, la première pour la période 2000-2002 et la seconde pour 2003-2006. Depuis la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, les PRAPS doivent s'inscrire dans le cadre des Plans régionaux de santé publique (PRSP).



DENANTES (Mady)

Inégaux face aux soins.

PROJET, 2008/05, n° 304, 71-75, réf. bibl.

L'auteur, médecin dans un cabinet de groupe du 20e arrondissement de Paris, aborde dans cet article les problèmes d'accès aux soins des populations défavorisées ou fragilisées.

LEBON (Marie-Christine)

Vulnérables.

PROJET, 2008/05, n° 304, 64-70, réf. bibl.

L'auteur, psychologue dans le service de médecine infectieuse et tropicale de l'hôpital Avicenne à Bobigny, présente une réflexion autour de l'exclusion et du rôle de l'hôpital en terme d'humanité et d'aide aux plus défavorisés.

DESPRES (Caroline)

Le non-recours aux droits : l'exemple de la protection sociale.

VIE SOCIALE, 2008/01, n° 1, 21-36, Réf. bibl.

Les auteurs de cet article ont analysé les facteurs explicatifs du non-recours, en s'appuyant sur différentes études menées autour de la protection sociale et l'accès aux soins. Manque d'accessibilité des espaces où se fait l'ouverture des droits, défaut d'informations des plus exclus, difficultés cognitives de certains candidats, maintes raisons expliquent ces non-recours du côté des usagers ou du côté des institutions, de leur mode d'organisation et d'accueil des populations. (Extrait de l'intro.)

LEDUC (Sacha)

Le non-recours et les logiques discriminatoires dans l'accès aux soins : le rôle des agents de l'Assurance maladie en question.

VIE SOCIALE, 2008/01, n° 1, 69-93, 33 réf.

Les motifs de non-recours à la CMU ont fait l'objet d'un certain nombre d'enquêtes en sciences sociales. Le rôle joué par les agents de l'assurance maladie constitue le premier portail d'accès aux soins puisque ce sont eux qui décident de l'ouverture des droits. A partir d'une enquête de terrain menée dans différentes caisses d'assurance maladie, les auteurs verront comment certaines pratiques informelles de contrôles des bénéficiaires, pourraient aboutir à d'éventuels non-recours. (Extrait du R.A.).

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Paris. FRA

Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS : recommandations et indicateurs.

Paris : Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008, 7p.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), instaurées dans les établissements de santé par la loi d'orientation de lutte contre les exclusions, représentent un outil efficace pour faciliter l'accès au système de santé et la prise en charge des personnes démunies. Les différentes enquêtes menées ont montré que ces permanences ont des modes d'organisation variés. Les présentes recommandations visent à proposer, sous la forme d'un tableau synthétique, de bonnes pratiques d'organisation d'une PASS comme autant de pistes pour rendre le meilleur service aux usagers en situation de précarité. Elles permettent aux PASS existantes de s'évaluer et aux futures PASS de concevoir leur projet pour répondre aux objectifs qui leur sont fixés. (Extrait de la préface).

Cote : SAN 5.7 MIN



PELLISSIER SUDRES (Mireille)

Accès aux soins, travail social et droits de l'homme.

REVUE FRANCAISE DE SERVICE SOCIAL (LA), 2008, n° 231, 83-85.

L'activité des services sociaux publics s'inscrit dans des contrats d'objectifs impulsés par les différentes législations. Cette contribution balaye un faisceau de partenaires susceptibles de signaler la prise en charge des personnes les plus en difficultés, et qui n'ont plus ni les moyens financiers, ni la santé pour solliciter l'aide nécessaire et l'accès aux systèmes de soins. L'auteur

aborde tout d'abord la définition de la précarité sous l'angle de perspective du travail social, puis dans un second temps les objectifs et plan d'aide dans le cadre de la lutte contre l'exclusion.

VIEILLE (Thierry)

Le centre social et la lutte contre la reproduction de la pauvreté : document. Toulon :

Presses du Midi, 2008, 172p. , ann. réf. 6p.

L'auteur se propose de faire un état des lieux de l'action sociale en France. Il dresse tout d'abord un panorama de la précarité et de la pauvreté, des principales politiques publiques en matière d'action sociale (orientations G. Dufoix de 1982, programme de lutte contre la pauvreté et la précarité de D. Charvet de 1983, le plan d'urgence d'octobre 1984) ainsi que des nouvelles tendances dans ce secteur (importance des actions locales). Il étudie ensuite les exemples de trois quartiers de Marseille pour en tirer des conclusions plus générales sur l'action sociale.

Cote : SAN 1.2 VIE

GILBERT D'HALLUIN (Philippe)/YACINE (Jean-Luc)

Souffrance psychique et urgence sociale : sortir de la pensée circulaire.

ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES, 2007/12, n° 2535, 29-30,

Plusieurs obstacles freinent la diffusion de bonnes pratiques en matière de prise en charge des personnes précaires en souffrance psychique, notamment la confusion entre les rôles des secteurs psychiatrique et médico-social. Les auteurs plaident pour une clarification.

DAMON (Julien)/ROMAN (Diane)/BRUNETEAUX (Patrick)/LAFORE (Robert)/WILLMANN (Christophe)

Pauvreté et grande exclusion : d'hier à aujourd'hui.

REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL, 2007/11-12, n° 6, 931-1004, 64 réf.

La prise en charge des exclus et plus particulièrement des sans abris ou SDF a-t-elle évolué au cours des siècles ? Sommes nous passés d'une politique répressive à une politique d'assistance ? A ces questions, ce dossier répond par la négative. Il fait ressortir d'évidentes permanences dans la politique de prise en charge des sans abri et montre l'ambivalence de la politique actuelle où coexistent en permanence répression et solidarité.

MERCUEL (Alain)

Équipes mobiles psychiatrie-précarité. Bilan d'étape et perspectives.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, 2007/07-08, n° 517, 56-57,

Dès 1995, face à la nécessité de suivre au long cours les patients en grande précarité, voire en exclusion, certains secteurs psychiatriques ont commencé à déléguer du temps médical et paramédical. Des équipes mobiles se sont constituées. Leur mission : améliorer la qualité des soins proposés à ces publics en souffrance psychique et en grande précarité. Depuis, ces équipes n'ont cessé de se multiplier. Une cinquantaine est opérationnelle. D'autres sont en cours d'organisation. Leur difficulté principale réside dans une pérennisation rendue difficile par un contexte médical et un secteur psychiatrique en grande pénurie. (R.A.).

LAFORE (Robert)/TOURETTE (Florence)/GELOT (Didier)/LESTERPT (Catherine)/TRUCHET (Didier)/MOREAU (Julie)/LETURMY (Laurence)

Urgence sociale et urgence sanitaire.

REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL, 2007/05-06, n° 3, 377-445, réf.bibl.

Sommaire du dossier : - Le Social face à l'urgence - L'urgence dans le droit de l'aide sociale - Le traitement de l'urgence sociale et l'évolution des politiques publiques - L'urgence sanitaire - La prise en charge de l'urgence médicale : le dispositif d'aide médicale urgente - Justice pénale et urgences médico-légales.



■ Protection sociale et financement

ISEL (Audrey)

Les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux en 2012. Privations et difficultés financières. *ETUDES ET RESULTATS*, 2014/02, n°871, 8p.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE CDk9CR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Percevoir un revenu minimum garanti ne permet pas toujours de vivre décemment. Plus de la moitié des bénéficiaires de minima sociaux sont considérés comme pauvres en termes de conditions de vie, en France fin 2012. Ils cumulent au moins huit difficultés parmi les vingt-sept retenues par l'Insee, entre contraintes budgétaires, retards de paiement, restrictions de consommation et difficultés liées au logement ; ils sont plus touchés par cette forme de pauvreté que les personnes aux revenus modestes. Six bénéficiaires de minima sociaux sur dix subissent d'importantes restrictions de consommation. Les privations alimentaires sont très répandues et conduisent 9% d'entre eux à avoir recours à l'aide alimentaire. 18% ont renoncé à consulter un médecin pour des raisons financières. Près de la moitié des bénéficiaires se déclarent contraints sur un plan budgétaire. Lorsqu'ils empruntent de l'argent, pour couvrir avant tout leurs dépenses d'alimentation et de logement, ils se tournent en général vers leur entourage. Un tiers des bénéficiaires a eu des retards de paiement en 2012 et un cinquième des conditions de logement difficiles.

GUTHMULLER (S.)/JUSOT (F.)/WITTEWER (J.)/DESPRES (C.)

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA

Faire valoir ses droits à l'Aide complémentaire santé : les résultats d'une expérimentation sociale. *Systèmes de santé.*

ECONOMIE ET STATISTIQUE, 2013/05, n° 455-456, 53-70. réf.bibl.

L'Aide complémentaire santé (ACS) ou "chèque santé" a été mise en place en 2005 pour inciter les ménages dont le niveau de vie se situe juste au-dessus du plafond CMU-C à acquérir une couverture complémentaire santé grâce à une subvention. Même si le nombre de bénéficiaires a lentement progressé depuis son introduction, le recours à l'ACS reste faible. Deux hypothèses peuvent expliquer cet état de fait : le défaut d'information sur l'existence du dispositif, son fonctionnement et sur les démarches à entreprendre pour en bénéficier ; un montant d'aide insuffisant, la complémentaire resterait trop chère même après déduction de l'aide. Afin de tester la validité de ces deux hypothèses, une expérimentation sociale contrôlée a été mise en place par l'université Paris-Dauphine à Lille auprès d'un échantillon de 4 209 assurés sociaux potentiellement éligibles à l'ACS. Un montant majoré d'aide ainsi qu'un accès différencié à de l'information sur le dispositif ont été proposés de manière aléatoire à certains assurés.

L'HORTY (Yannick)

Le RSA : un nouvel état des lieux.

CAHIERS FRANCAIS, 2013/03-04, n° 373, 86-91, graph., tabl.. réf. bibl.

Généralisé en 2009 après une phase d'expérimentation, le RSA a remplacé le RMI et l'allocation parent isolé, dispositifs au cœur des politiques de lutte contre la pauvreté. Cette réforme trouvait notamment sa justification dans les effets pervers du RMI, dont le nombre d'allocataires ne cessait de s'accroître, même en période de croissance. Le faible taux de retour à l'emploi des bénéficiaires de cette allocation différentielle laissait supposer un effet de "trappe à pauvreté" lié à des gains à la reprise d'emploi insuffisants. Celui-ci est corrigé en grande partie dans le nouveau dispositif, qui rend possible le cumul de l'allocation et des revenus du travail de manière pérenne. L'auteur fait le point sur les changements introduits par le RSA et présente les premiers résultats de l'évaluation de cette politique publique. (Résumé de la revue).



PAQUET (Michel)

Les travailleurs sociaux confrontés à la 'surexclusion'. *ACTUALITES SOCIALES*

HEBDOMADAIRES, 2013/01/03, n°2840, 18-20.

Avec l'installation durable de la crise économique, une population grandissante passe à travers les mailles du système de protection sociale. Cumulant les difficultés, elle confronte les professionnels à la rigidité et au cloisonnement des dispositifs.

ARNOLD (Céline)/DONNE (Stéphane)/MATHIEU (Françoise)

Les allocataires du RSA fin juin 2012.

ETUDES ET RESULTATS, 2013/01, n° 228, 6p.

Instauré en juin 2009, étendu sous certaines conditions aux jeunes de moins de 25 ans en septembre 2010 et applicable désormais dans tous les DOM, le revenu de solidarité active (RSA) est versé par les CAF à 2 086 000 foyers allocataires. En France métropolitaine, le nombre de foyers allocataires du RSA progresse modérément, de 2,6% entre la mi-2011 et la mi-2012. Après une forte hausse liée à la récession de 2008-2009, la progression du nombre d'allocataires du RSA socle se poursuit mais à un rythme sensiblement inférieur, tandis que celle du nombre d'allocataires du RSA activité seul marque le pas après une montée en charge très nette la première année du dispositif. Néanmoins, la croissance du nombre d'allocataires du RSA se renforce à la mi-2012 sous les effets différés du retournement conjoncturel. Le turnover des allocataires du RSA diminue légèrement, notamment pour ceux du RSA activité seul. Plus proches du marché du travail, ces allocataires entrent et sortent du dispositif plus fréquemment. Depuis 2010, le fléchissement de la croissance du nombre d'allocataires du RSA socle a été plus marqué pour les 25-34 ans, plus sensibles que les autres classes d'âge à la conjoncture économique.

Article en texte intégral sur le site du Ministère des affaires sociales et de la santé :

<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-allocataires-du-rsa-fin-juin-2012,11077.html>

MAGUAIN (Denis)/CLEMENT (Elise)

Les dépenses sociales des collectivités locales.

ETUDES ET RESULTATS, 2012/12, n° 822, 4p.

En 2010, près de 34 milliards d'euros ont été consacrés par les départements à l'aide sociale, contre 5,3 milliards d'euros par les communes de plus dix mille habitants et à peine 100 millions par les régions. Les dépenses sociales des départements représentent ainsi plus des quatre cinquièmes des dépenses sociales des collectivités locales (hors communes de moins de dix mille habitants). Les grands domaines d'intervention des départements sont la lutte contre l'exclusion et la pauvreté, l'aide aux personnes âgées, l'aide à l'enfance, et les aides aux personnes handicapées. En 2010, les dépenses nettes d'action sociale par habitant pour ces quatre grands domaines d'intervention se répartissent de façon hétérogène sur le territoire selon un gradient spatial allant du simple au double (de 280 à 608 euros). Ces disparités sont davantage prononcées dans les secteurs des personnes âgées et de l'insertion que dans ceux des personnes handicapées ou de l'aide sociale à l'enfance. Le contexte socio-démographique explique en grande partie les écarts départementaux. C'est particulièrement le cas pour les secteurs des personnes âgées et de l'insertion où peu de marges de manoeuvre existent au niveau local. Moins pour les personnes handicapées ou pour l'aide sociale à l'enfance où davantage de degrés de liberté semblent exister sur les conditions d'attribution.

Article en texte intégral sur le site du Ministère des affaires sociales et de la santé :

<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-depenses-sociales-des-collectivites-locales,11060.html>



JUSOT (F.)/PERRAUDIN (C.)/WITTEWER (J.)

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA

L'accessibilité financière à la complémentaire santé en France : les résultats de l'enquête Budget de Famille 2006.

ECONOMIE ET STATISTIQUE, 2012/11, n° 450, 29-46. réf.bibl.

La Sécurité sociale prenant en charge 75,8% des dépenses de soins en France, l'accès aux soins repose en partie sur la possession d'un contrat de couverture complémentaire. Des dispositifs ont été mis en place par les autorités publiques afin d'améliorer l'accès des ménages les plus pauvres à une couverture complémentaire comme la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'Aide complémentaire santé (ACS). Cependant, en dépit de ces dispositifs, subsiste-t-il des barrières financières limitant l'accessibilité à la complémentaire santé ? La persistance de personnes non couvertes ou faiblement couvertes peut-elle s'expliquer par les difficultés financières des ménages les plus modestes ? A partir de l'enquête Budget de Famille 2006 de l'Insee, cette étude décrit la distribution selon le niveau de revenu du taux de couverture par une complémentaire santé puis évalue l'accessibilité financière d'une complémentaire santé par analyse de la distribution des dépenses engagées par les ménages pour en bénéficier. Enfin sont étudiés les déterminants du recours à une complémentaire santé ainsi que ceux en jeu dans le niveau de dépenses engagées pour cet achat.

Article en texte intégral sur le site de l'INSEE :

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES450B.pdf

EYDOUX (Anne)

Ministère des affaires sociales et de la santé. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Du RMI (et de l'API) au RSA, les droits sociaux des femmes à l'épreuve des politiques d'activation des allocataires de minima sociaux.

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES, 2012/04-09, n° 2-3, 72-93.

Cet article interroge la prise en compte du genre dans les minima sociaux qu'étaient l'API et le RMI ainsi que dans les dispositifs d'activation des allocataires mis en place fin des années 1990 jusqu'à la généralisation en 2009 du RSA. Repartant de la diversité des régimes de protection sociale et des modes d'accès des femmes aux droits sociaux, il analyse la manière dont se sont mis en place l'API et le RMI dans un système valorisant les solidarités familiales traditionnelles. Le mouvement d'activation des allocataires de minima sociaux, qui mise sur les incitations individuelles au retour à l'emploi à partir de dispositifs familialisés, apparaît ambivalent au regard des droits sociaux des femmes et insuffisant à lever les freins non monétaires à leur retour à l'emploi.

En France, en 2010, 6 millions de personnes subsistent grâce aux minima sociaux.

PRESCRIRE, 2010/09, n° 323, 702-704. 10 réf.

En France, en 2010, 6 millions de personnes bénéficient de minima sociaux et cependant nombre d'entre elles vivent souvent dans des situations de précarité. Commentaires.

Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Paris. FRA

Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie : rapport d'activité 2008. Paris : Documentation française, 2009/05, 89p., tabl., graph., ann.

Établissement public national à caractère administratif, le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMU) présente son rapport pour l'année 2008. Dans la première partie, le rapport présente les indicateurs de suivi des dispositifs CMU : 4 174 753 bénéficiaires de la CMU complémentaire, tous régimes confondus et sur l'ensemble du territoire (métropole et DOM), contrôle, dépenses et parcours de soins des bénéficiaires, etc. La deuxième partie analyse le financement de la CMU complémentaire et de l'ACS (Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé): recettes du fonds CMU, chiffre d'affaires des complémentaires santé, poids financier pour les gestionnaires, etc. La dernière partie du rapport aborde les modifications du financement du fonds CMU pour 2009. De nombreuses annexes illustrent ce rapport.

Consultable sur le site de la Documentation française :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000214/index.shtml>

DE MONTALEMBERT (Marc), éd.

La protection sociale en France. Paris : Documentation Française, 2008, 200p., tabl. réf. bibl.

Synonyme d'accès aux soins garanti à toute la population, et d'un meilleur niveau de vie pour les personnes âgées, la protection sociale s'est progressivement étendue à nombre de domaines : politiques en faveur des travailleurs, de l'enfance et de la famille, des personnes handicapées ou dépendantes... Confrontée, comme l'action publique dans son ensemble, à des défis d'ampleur (inflation des dépenses, chômage persistant, montée de l'exclusion...), elle n'échappe pas aux remises en question. Mais comment s'y retrouver dans les débats, multiples, sur la protection sociale ? Et quand nombre d'enjeux interrogent aujourd'hui les modalités, voire la légitimité même de la protection sociale ? Cette édition actualisée se veut une synthèse, accessible et sans parti pris, sur les nombreuses réformes qui ont été menées, ou sont à l'ordre du jour.

Cote : SAN 1.2.1 DEM



■ Ethique et précarité

AUBRY (Régis)/AUZAS (Olivier)

Éthique et accès aux soins des personnes en situation de précarité. Précarités et inégalités en santé.

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, 2013/01-02, n° 550, 51-53. réf.bibl.

Notre système de santé peut-il s'adapter à ceux qui sont "hors système" ? Peut-on éthiquement justifier une différence de prise en charge sociale et médicale des ressortissants français et étrangers dans notre société ? En prenant appui sur l'approche globale et éthique des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les auteurs interrogent le principe d'équité de notre système de santé et plaident pour une prise en charge plus importante de la population précaire et pour un rapprochement des approches sanitaires et sociales.

BRISSET (Florence)

HIRSCH (Emmanuel), éd.

Auprès des 'personnes de la rue' jusqu'au terme de la vie. In : Fins de vie, éthique et société. Toulouse : Erès, 2012, 313-321. 1 réf.

Comment accueillir et accompagner dans un service hospitalier une personne qui a vécu de longues années dans la rue et plus particulièrement ceux qu'on appelle les 'grands exclus' ? L'ensemble des facteurs liés à la précarité de l'existence concourt à une dégradation progressive de l'état de santé des personnes de la rue et à l'absence de prise en charge des pathologies chroniques et graves. La plupart de ces personnes vont ainsi mourir dans la rue ; quant à celles qui parviennent finalement à l'hôpital, il est malheureusement souvent trop tard. Peu, finalement, auront 'le temps' de bénéficier d'un traitement curatif car leurs pathologies sont généralement déjà au-delà de toute ressource thérapeutique. Pour ces personnes en très grande exclusion, la seule urgence est probablement de créer des lieux de vie et de 'reconstruction' au sein desquels les fondements de la prise en charge seraient l'accueil inconditionnel et le 'prendre soin', tout simplement. (R.A)

Cote : DEO 4 HIR

PAUGAM (Serge), éd.

Repenser la solidarité : l'apport des sciences sociales. Paris : PUF, 2011, XXI+980p.. réf. bibl.

La solidarité constitue le socle de ce que l'on pourrait appeler l'homo sociologicus, l'homme lié aux autres et à la société non seulement pour assurer sa protection face aux aléas de la vie, mais aussi pour satisfaire son besoin vital de reconnaissance, source de son identité et de son humanité. En tant que contrat social, la solidarité doit être réévaluée à l'aune des défis auxquels les sociétés modernes sont confrontées en ce début de XXIe siècle : crise de la société salariale, inégalités entre les générations, inégalités de genre, discriminations multiples, ségrégations urbaines et scolaires intenses, dont les effets suscitent un doute sur nos modèles d'intégration... Les cinquante contributeurs de ce volume ont recherché les moyens d'aborder ces questions en refusant les solutions simplistes.

Cote : SOC 5.4.1 PAU



PRZEWLOCKA ALVES (Anna) / BOUSSARD LALAUZE (Marie-Françoise)

Prendre soin de ceux qui ne demandent plus rien. In : Prendre soin. Toulouse : Erès, 2011, 123-129. réf.bibl.

Création et interventions des équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) ont rencontré un vif succès auprès du secteur social et pas mal de réticences de la part de la psychiatrie. La mise en place d'une nouvelle équipe provoque des modifications dans la manière de prendre en charge des personnes précaires et exclues, et leur donne une légitimité d'exister comme un groupe à part entière. En même temps, la réflexion éthique nous amène à nous demander s'il est judicieux de créer des dispositifs dédiés aux publics aussi marqués par le fonctionnement hors des liens, ce qui peut rendre la stigmatisation encore plus importante et risque d'accentuer la difficulté d'accès aux soins autonomes du sujet. Cette réflexion a été menée autour de la spécificité de

l'approche consistant à « aller vers » ces personnes qui ne demandent plus rien, car leur vie est construite dans un équilibre instable. (R.A.).

Cote : SOI 3 PRE.

PAPERMAN (Patricia), éd. / LAUGIER (Sandra), éd.

Le souci des autres : éthique et politique du care. Paris : Ecole des hautes études en sciences sociales, 2011, 393p. réf. bibl.

La force du 'care' tient autant à sa capacité à nous faire imaginer à quoi ressemble une éthique concrète, qu'à sa façon de nous faire toucher ce que nous perdons lorsque nous répudions ou ignorons cette sensibilité à la pluralité et à la particularité des expressions humaines. Aux exigences de détachement, de neutralité, souvent prises comme condition de l'impartialité, la perspective du 'care' répond par des questions : pouvons-nous prétendre accorder une égale considération aux autres, quels qu'ils soient, en l'absence d'une sensibilité qui nous rend attentifs à l'importance, à la valeur de chacun ? A quel genre de considération pour autrui pouvons-nous espérer parvenir en excluant la sensibilité de nos attendus de justice et de moralité ? Ces questions ou ces inquiétudes ne relèvent pas d'un plaidoyer visant à rendre compatibles, dans une sorte de demi-mesure moralisante, la justice et la sensibilité, à introduire une dose de 'care' dans la théorie de la justice, ou à l'inverse une mesure de rationalité dans nos affects. De nombreux travaux ont argumenté en faveur de cette compatibilité. Il s'agit plutôt, et plus radicalement, de voir la sensibilité comme condition nécessaire de la justice. Ce serait le sens d'une justice sensible aux autres concrets. (Extrait de l'introd.)

Cote : DEO 2.2 PAP

FASSIN (Didier)

La raison humanitaire : une histoire morale du temps présent. Paris : Gallimard : Seuil, 2010, 358p., index, fig., tabl. réf. 11p.

Face aux désordres du monde, les sentiments moraux sont devenus un ressort essentiel des politiques, internationales aussi bien que locales. Qu'il s'agisse de conduire des actions en faveur des pauvres ou des réfugiés, d'aider des victimes de catastrophes ou de justifier des interventions militaires, un gouvernement humanitaire, mêlant solidarité et compassion, se déploie partout au secours des démunis et des dominés. C'est à l'analyse de cette nouvelle économie morale que l'auteur, anthropologue et médecin, consacre ce livre. Sur des terrains proches ou lointains, il explore des scènes où la morale humanitaire se trouve soumise à l'épreuve de l'inégalité et de la violence, et rend compte des tensions et des contradictions qui traversent la politique humanitaire. (Tiré de la 4ème couv.)

Cote : SAN 2.7 FAS

BERNARD (Anne-Marie)/DEMMOU (Josette)/GARGAN (Véronica)/GIRARDET (Michèle) /OLICOEUR (Geneviève)/ERIE (Charlotte)

La relation d'aide en service social. Toulouse : Erès, 2010, 181p. réf. 4p.

La fonction des assistants sociaux est aujourd'hui mise à rude épreuve. La précarité des situations sociales, la diversité et la multiplicité des dispositifs législatifs, le poids des exigences institutionnelles tendent à instrumentaliser la demande des usagers et la réponse professionnelle. Il devient alors difficile d'écouter, de comprendre, de reconnaître et d'accompagner le cheminement de la demande, afin d'établir une relation d'aide qui ait du sens pour l'usager et pour l'assistant de service social. Ce constat a motivé les auteures de cet ouvrage qui ont eu à cœur de communiquer leur expérience et d'insister sur la relation d'aide qui définit, selon elles, l'essence de leur travail. A partir de situations concrètes, elles montrent comment l'empathie, l'écoute, la reconnaissance des affects, la prise en compte du potentiel, le respect des défenses contribuent à la mobilisation des personnes. Etablir une relation d'aide implique, pour elles, une éthique professionnelle qui donne un cadre à leur action et tient à la fois de l'apprentissage dans la formation, du respect de la déontologie et de la réflexion personnelle nécessaire à mener sur soi pour maintenir une distance optimale avec les problèmes des usagers. A la fois guide méthodologique et analyse des pratiques, cet ouvrage constitue un véritable outil de formation professionnelle. (4e de couv.)

Cote : SAN 7.2.2 BER



MATHIEU (Francis), éd. / GAY CANTON (Réjane), éd. / ROUVILLOIS (Samuel), préf. / et al.

Stratégies de lutte contre la pauvreté. Paris : Desclée de Brouwer, 2010, 179p.

A l'instar de la protection de l'environnement, de la paix ou de la santé, la question de la pauvreté constitue l'un des défis de notre temps. Mais comment l'appréhender, dans ses composantes les plus diverses, qu'elle soit matérielle, culturelle, sanitaire voire même spirituelle ? Comment ne pas se décourager face à son ampleur ? Comment élaborer surtout des stratégies de lutte contre la pauvreté mobilisant non seulement les acteurs traditionnels du développement, comme les associations humanitaires ou les ONG, mais aussi les entreprises ? Cet ouvrage tente d'apporter des réponses à ces questions.

Cote : SAN 6.2 MAT

GINESTE (Y.)

Philosophie de soin de l'humanité. In : Savoirs et soins infirmiers : Tome 1. Issy-les-

Moulineaux : Elsevier Masson, 2010, 60-120-M-10, 5p. 19 réf.

Il existe actuellement plusieurs courants de pensée, plusieurs philosophies ou théories de soin, plusieurs bases conceptuelles pouvant être conjointement utilisées pour penser le « prendre-soin ». L'ensemble de ces éléments de réflexion permet aujourd'hui de dépasser ce que l'usage exclusif d'un seul modèle, celui de Virginia Henderson généralement réduit à la pyramide de Maslow, a pu avoir de restrictif pendant quelques décennies. Nous présentons ici, très synthétiquement, la « philosophie de soin de l'humanité » telle qu'elle a été élaborée par Yves Gineste et Rosette Marescotti autour notamment de la réflexion sur ce qu'est un « être humain » : ce sont en effet les éléments qui apparaissent comme essentiels pour l'identité humaine qui sont ensuite placés au cœur de la relation de « prendre-soin ». D'autres références, d'autres travaux, sont également évoqués : aucune philosophie de soin ne peut exister seule, sans les apports des autres, sans les liens qu'elle tisse avec l'ensemble des réflexions sur le « prendre-soin ».

MONOD (S.) / SAUTEBIN (A.)

Vieillir et devenir vulnérable.

REVUE MEDICALE SUISSE, 2009/11, n° 226, 2353-2357, fig., tabl. 22 réf.

«Les personnes vulnérables sont celles dont l'autonomie, la dignité, et l'intégrité sont menacées». Sur la base de cette définition éthique de la vulnérabilité, quatre grands facteurs de risque de vulnérabilité chez la personne âgée sont identifiés dans cet article : la dépendance fonctionnelle, la perte de l'autonomie, la précarité sociale et la limitation de l'accès aux soins. Une vignette clinique relatant une situation de maltraitance est présentée comme illustration de la vulnérabilité. Quelques pistes d'intervention pour diminuer le risque de vulnérabilité sont finalement proposées. (R.A.).

LE BRIS (Maryannick)

Ethique médicale et précarité : une équation complexe.

ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES, 2009/05, n° 2609, 30-33. 5 réf.

Face aux situations d'exclusion et à un environnement institutionnel en pleine mutation, les professionnels de santé, à l'instar des travailleurs sociaux, s'interrogent sur le sens et la portée de leurs pratiques. Comme en témoignent les débats sur la rationalisation économique de l'hôpital ou le devoir d'assistance aux personnes sans abri, les situations de vulnérabilité mettent leurs principes éthiques à rude épreuve. (R.A.).

FERNANDEZ (A.) / NOEL (G.)

Précarité sociale, cancer et vulnérabilité psychique, lien direct ou indirect ?

PSYCHO-ONCOLOGIE, 2008/12, n° 4, 250-265. 81 réf.

La relation entre la vulnérabilité psychique et le cancer semble moins établie que celle entre la précarité sociale et certains facteurs liés au cancer. La fragilité psychique a été mise en cause dans certaines addictions facteurs de risque du cancer, comme le tabagisme. Les patients qui sont en précarité sociale risquent de moins bénéficier des méthodes de dépistage, d'avoir des traitements moins efficaces et finalement que le contrôle locorégional de leur pathologie et leur taux de survie soient plus faibles que ceux qui sont observés dans la population générale. Les problèmes principaux sont d'ordre organisationnel et de prise en charge. (Extrait du R.A.).



MOISDON (Jean-Claude) ; TONNEAU (Dominique)

Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ? *POLITIQUE ET MANAGEMENT PUBLIC*, 2008/01-03, n° 1, 111-126. réf. 1p

Les auteurs posent la problématique de l'articulation entre la dynamique de compétition et d'efficience gestionnaire entre secteur public et privé avec la nécessaire planification des structures menée dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins. L'hôpital public saura-t-il définir sa stratégie de développement sans sacrifier la prise en charge des urgences, de la précarité sociale et des personnes âgées, qui n'ont pas de traduction pour le moment dans le système de tarification ? Les conditions d'efficience demandées aux hôpitaux et cliniques ne doivent pas entrer en contradiction avec une autre exigence fondamentale d'un système de santé qui est l'équité.

MERCIER (M.)/GRAWEZ (M.)/BINAME (J.P.)

Vers un nouveau paradigme de lecture des exclusions : application aux personnes handicapées. *ETHIQUE ET SANTE*, 2005/09, vol. 2, n° 3, 145-150, réf. bibl.

L'exclusion concerne des publics aussi différents que les personnes handicapées, les personnes vieillissantes, les personnes d'origine étrangère, les adolescents considérés comme violents, les familles maltraitantes, etc. Les inégalités dans l'accès aux soins de santé, à l'éducation, à l'emploi, au logement, à la mobilité... sont autant d'éléments connus et souvent chiffrés, indicateurs de discriminations et d'exclusions. Face aux discours souvent contradictoires concernant l'exclusion, des chercheurs de cinq universités belges francophones ont croisé théories et méthodologies, littératures et expériences de terrain, dans le but de dépasser les approches cloisonnées et réductrices, pour faire émerger une appréhension globale de l'exclusion, sous toutes ses facettes, dans toute sa complexité. Le modèle proposé tente d'élaborer une typologie, à partir de cas idéaux, dans une perspective de simplification, afin de mettre en évidence des stratégies applicables aux situations d'exclusion. Il trace des lignes directrices pour une évaluation des politiques de lutte contre l'exclusion, et pour les inclusions. (R.A.).



KARSZ (Saül)/AUTES (Michel)/CASTEL (Robert)/ROCHE (Richard)/SASSIER (Monique)

L'exclusion : définir pour en finir. Paris : Dunod, 2004, X+174p., index, réf. 3p.

L'exclusion, définir pour en finir : les enjeux sont trop graves pour que l'on se contente d'approximations plus ou moins savantes, d'indignations vertueuses quoique excessivement moralisatrices. Sous l'appellation d'exclusion est en jeu le sort d'un nombre croissant de femmes et d'hommes, d'enfants, de familles, de groupes sociaux - en termes de logement, d'emploi, de santé physique et mentale, d'exercice de la citoyenneté. Sont interrogés l'organisation et le fonctionnement de nos sociétés, leur état présent et le genre d'avenir qui s'y prépare, les conditions, les moyens, le prix de leur prospérité, bref leur bien-fondé. Impossible de traiter de l'exclusion sans mobiliser, de plus en plus explicitement, un vaste ensemble de dimensions économiques, politiques, institutionnelles, juridiques, professionnelles, psychiques... C'est pourquoi cet ouvrage bat en brèche des dichotomies encore trop fréquentes entre individuel et collectif, théorie et pratique, sens et efficacité, éthique et prise de parti. Pour penser l'exclusion, il faut repenser certaines de nos habitudes de pensée. L'exclusion ne concerne pas seulement ceux que l'on appelle les exclus. (Extrait de la 4ème de couv.).

Cote : SAN 6.2 KAR



■ Réglementation et textes de référence

■ Commentaires sur la législation

LASNE (Noëlle)/QUEROUIL (Olivier)/LALANDE (Martine)/et al.
BEGUIN (Corinne), photogr.

Dossier : Non au sabotage ! L'accès aux soins en danger.

PRATIQUES : LES CAHIERS DE LA MEDECINE UTOPIQUE, 2012/04, n° 57, 84p., phot. Réf. bibl.

Les inégalités progressent partout et dans tous les domaines. En matière de santé, les mesures prises restreignent les possibilités d'accès aux soins. Ce dossier montre, au travers des observations et des pratiques des auteurs, l'état des lieux de nos institutions soignantes. Les conséquences sont dévastatrices pour la santé des personnes qui n'ont plus les moyens de payer leurs soins. Les auteurs de ce dossier tentent de comprendre les mécanismes qui ont amené à ce recul flagrant. Malgré les difficultés qui entravent leur pratique, les soignants continuent d'accueillir et de soigner au mieux les patients. (Extrait du R.A.).

BALLIERE (Frédéric) / DERIES (Béatrice), préf.

Le recours aux soins des demandeurs d'asile : approche ethnographique de l'expérience de l'exil. . Paris : L'Harmattan, 2011, 136p., Réf. 2p.

Plusieurs millions de réfugiés sont aujourd'hui déplacés à travers le monde. Chaque année, suite à des persécutions ethniques, politiques ou religieuses, quelques milliers d'entre eux arrivent en France pour y demander l'asile. Leur entrée sur le territoire signe une rupture avec la vie qu'ils avaient dans leur pays. Ils sont alors confrontés à une précarité sociale nouvelle et à des difficultés au plan identitaire. Cette expérience de vie difficile s'accompagne souvent de l'émergence de problèmes de santé. Ainsi, dans les hôpitaux, les dispensaires associatifs ou au sein des Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile, les travailleurs sociaux sont chaque jour confrontés à des demandes de soins répétées de la part de ce public. S'appuyant sur une enquête ethnographique réalisée dans une Permanence d'Accès aux Soins de Santé, l'auteur analyse dans cet ouvrage les enjeux du recours aux soins chez les demandeurs d'asile. Il met en évidence que celui-ci procède en réalité d'un glissement des questions sociales dans le champ sanitaire. Pour ces migrants, le corps devient la surface sur laquelle s'imprime la souffrance d'exil. Il est aussi l'instrument par lequel ils obtiennent une reconnaissance de leur parcours. (4e de couv.)

Cote : SAN 5.8 BAL

DAMON (Julien),

L'exclusion. Paris : PUF, 2011, 126p., Réf. 2p.

Cet ouvrage explique ce que signifie raisonner et agir en termes d'exclusion. Il décrit et évalue les politiques publiques de lutte contre l'exclusion mises en place aujourd'hui, en insistant sur les SDF et sur les travailleurs pauvres. Enfin, il invite à des politiques sociales plus rationnelles. (Tiré de la 4ème de couv.)

Cote : SAN 6.2 DAM

MALEVERGNE (E.),

L'habitat des personnes âgées modestes. L'engagement de la fédération des PACT et l'évolution des politiques publiques. Habiter et vieillir.

GERONTOLOGIE ET SOCIETE, 2011/03, n° 136, 47-60, réf. bibl.

Un réseau associatif du secteur du logement, le Mouvement PACT, s'est spécialisé dans la problématique du maintien à domicile des personnes âgées en favorisant par ses interventions la mise aux normes de confort du logement et l'adaptation de l'habitat aux usages de ses occupants. Mais malgré les évolutions réglementaires et les priorités données en matière de financement des travaux dans le logement, la question des conditions d'habitat des personnes âgées est toujours d'actualité. La lutte contre les chutes à domicile dont elle sont les principales

victimes, la nécessité d'améliorer les performances énergétiques de l'habitat ancien qu'elles occupent pour la plupart mais aussi la volonté de lutter contre l'habitat indigne où logent certaines d'entre elles, indiquent clairement la situation de fragilité dans laquelle se trouvent confrontées de nombreuses personnes âgées, dont un certain nombre ont des ressources proches du seuil de pauvreté. (extrait R.A.).

RIVOLLIER (Elisabeth) / DE GOER (Bruno),

Dix ans après la loi de lutte contre les exclusions. Le rôle des permanences d'accès aux soins de santé dans les textes officiels.

GESTIONS HOSPITALIERES, 2009/02, n° 483, 76-80, réf.bibl.

Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont des cellules hospitalières pluridisciplinaires, sociales et médicales pour l'accès aux soins des personnes démunies. Dix ans après la loi relative à la lutte contre les exclusions qui les a créées, les bénéficiaires attendus se heurtent à des difficultés, dont une aggravation des inégalités sociales de santé. Depuis 2003, aucun développement notable ne semble avoir été enregistré bien que différents textes officiels citent ce dispositif pour un recours aux soins courants comme à la prévention. En 2008, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a lancé une enquête pour disposer d'éléments quantitatifs et qualitatifs, afin d'améliorer le service rendu aux usagers en situation de précarité. A noter, en région Rhône-Alpes, des professionnels d'accès aux soins de santé (Pass) se sont constitués en association loi 1901 dans le but premier d'échanger autour de leurs pratiques. La quatrième journée de rencontre régionale à Saint-Etienne, en mars 2008, a été l'occasion de mettre en perspective les dispositifs hospitaliers mis en place après la loi qui les a fondés.

AGENIE (Claire) / HUET (Claudine),

La place du social dans la santé : l'évolution de la mission sociale de l'hôpital public.

REVUE FRANCAISE DE SERVICE SOCIAL (LA), 2009, n° 233, 44-51,

Dès son origine, l'hôpital était le lieu d'accueil des plus pauvres. La fonction sociale était essentielle. Progressivement, le niveau de soins fut reconnu par l'ensemble de la population. Dès 1941, l'hôpital public est ouvert à tous, aux pauvres comme aux riches. L'hôpital est identifié aussi comme acteur de lutte contre l'exclusion sociale. Il joue un rôle très important pour assurer la mission d'aide et d'accès aux droits, mission assurée depuis sa création. Grâce à ses compétences en matière d'évaluation et d'expertise, le Service Social hospitalier est au coeur de l'articulation du sanitaire et du social. Il peut offrir à l'hôpital une véritable pertinence (faisabilité et performance) dans ses actions de partenariat, médiation et formalisation de réseaux dans le champ médico-social et social. (Extrait de l'édito.).

HIRSCH (Martin)

Agence nouvelle des solidarités actives. Paris. FRA

50 droits contre l'exclusion. Paris : Dalloz, 2009, XIX+236p.

Pour faire valoir ses droits, encore faut-il les connaître. A l'occasion de l'entrée en vigueur du Revenu de Solidarité Active (RSA), cet ouvrage propose, à travers un classement thématique, un inventaire des principaux droits à mettre en oeuvre pour se prémunir d'une situation difficile, avec à chaque fois une référence aux articles de lois qui les fondent. (Tiré de la 4ème de couv.)

Côte : SAN 6.2 HIR



WILLMANN (Christophe),

L'allocation temporaire d'attente : entre gestion des flux migratoires et politique de lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL, 2008/09-10, n° 5, 949-964, réf.bibl.

L'allocation temporaire d'attente, versée sous certaines conditions aux demandeurs d'asile, est une mesure participant de deux logiques de l'action administrative : police des frontières et lutte contre la pauvreté et l'exclusion. En tant que mesure relevant du droit des étrangers, le régime de l'allocation temporaire d'attente est soumis notamment aux directives 2003/9/CE relative aux normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres et 2004/83/CE du Conseil du 29 avril 2004 concernant les normes minimales relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir prétendre au statut de réfugié. Mais l'allocation temporaire d'attente, codifiée au code du travail, est aussi une

mesure d'aide sociale, versée au titre de la lutte contre la pauvreté. La jurisprudence développée par le Conseil d'État rend compte du caractère hybride de cette allocation.

MATARI (Myriam),

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

DROIT DEONTOLOGIE ET SOIN, 2008/07, n° 2, 161-169,

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies (PRAPS) ont été instaurés par l'article 71 de la loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Les PRAPS ont connu deux générations, la première pour la période 2000-2002 et la seconde pour 2003-2006. Depuis la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, les PRAPS doivent s'inscrire dans le cadre des Plans régionaux de santé publique (PRSP). © 2008 Elsevier Masson.

SONGORO (Olivier),

La domiciliation des personnes sans domicile stable.

ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES, 2008/05/23, n° 2559, 19-25,

La loi 'DALO' du 5 mars 2007 a réformé le dispositif de la domiciliation afin de faciliter l'accès aux droits des personnes sans domicile stable. Le texte institue notamment une attestation d'élection de domicile unique valable pour tout un ensemble de droits et de prestations.

DURAND (Régis)

La couverture maladie universelle.

DROIT DEONTOLOGIE ET SOIN, 2007/03, n° 1, 115-120. réf. bibl.

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) a mis en place plusieurs dispositifs permettant une prise en charge, partielle ou totale, des dépenses de santé. (R.A.).

FOURCADE (M.) / JESKE (V.) / NAVES (P.)

La loi d'orientation de lutte contre les exclusions : sa mise en œuvre de 1998 à 2004 ... et après. *DROIT SOCIAL*, 2004/07-08, n° 7-8, 687-693

Cet article synthétise le rapport de l'IGAS paru en mai 2004, dont l'objectif était de faire un bilan de la mise en œuvre de la loi d'orientation de lutte contre les exclusions du 29 juillet 2004. Il fait le point sur deux questions qui sont au cœur des politiques publiques dans le domaine social : que peut-on dire de l'impact de la loi d'orientation de juillet 1998 ? Quelles sont les conditions qui permettront d'adapter les principes définis dans la loi aux nouveaux éléments de contexte que sont la réforme des lois de finances et le projet de loi sur les responsabilités locales ? Cet article permet aussi à ses auteurs de chercher à apprécier quels changements la conférence nationale de lutte contre l'exclusion et pour l'insertion, qui devrait se réunir pour la première fois début juillet 2004, pourrait apporter au dispositif de concertation, d'évaluation et de suivi mis en place par la loi elle-même.

HIRSCH (Emmanuel), éd. / FERLENDER (Paulette), éd.

Droits de l'homme et pratiques soignantes : textes de référence : 1948-2001. Paris : AP-HP / Velizy : Doin, 2001, 2e édition augmentée, XXIV+390p., (Les dossiers de l'AP-HP)

Cet ouvrage présente des textes élaborés par la communauté internationale à la suite de la Déclaration universelle des droits de l'homme. La première partie reprend les textes qui consacrent et formulent les principes relevant des droits de l'homme, à partir de la Charte des Nations Unies de 1945. La deuxième partie complète ces formulations avec leurs extensions dans le domaine des soins. Elle est structurée autour de trois thématiques : droits à la santé, droits des malades, règles des professionnels de santé. Dans la troisième partie sont présentées certaines applications concrètes du dispositif international visant au respect des droits de l'homme. Consacrée à la protection de la personne, la quatrième partie s'organise sur la base d'une approche en deux temps : l'expérimentation à partir des sujets humains, le respect et la dignité de la personne. (Extrait intro.).

Cote : DEO 8 ASS



■ Textes officiels

Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

La présente circulaire a pour objet de fournir un référentiel pour les permanences d'accès aux soins de santé et une base de recueil d'informations sur les PASS pour les agences régionales de santé.

Sur le site Circulaires.legifrance.gouv.fr

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, J.O. du 3 janvier 2002. **Version en vigueur au 4 septembre 2015**

Loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions, J.O. du 31 juillet 1998. **Version en vigueur au 7 novembre 2012.**

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, J.O. du 28 juillet 1999. **Version en vigueur au 7 novembre 2012.**

Circulaire DGS n° 2007-430 du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)
B.O. n° 08/01 du 15 février 2008. (Cette circulaire abroge ou modifie la circulaire DGS/SD 6 D n° 2002/100 du 19 février 2002.)

Circulaire DGS/SD 6 D n° 2002/100 du 19 février 2002 relative aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS), B.O. n°02/13 du 24 au 30 mars 2002. (Abrogée).



■ Sites Internet

[Consultés le 21 août 2015]

Conseil National des politiques de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion Sociale (CNLE)

<http://www.cnle.gouv.fr/>

Voir « Dossiers thématiques » : « Santé et précarité ».

Défenseur des droits (Le)

<http://www.defenseurdesdroits.fr/>

La loi constitutionnelle du 23 juillet 2008 a créé une nouvelle autorité indépendante, le Défenseur des droits, qui veille au respect des droits et libertés et à la promotion de l'égalité. Dans un souci de rationalisation, cette autorité devrait remplacer cinq institutions : le Médiateur de la République, le Défenseur des enfants, la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE), la Commission nationale de déontologie de la sécurité (CNDS) et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Documentation Française

Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2009-2010 :

bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise.

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Paris. FRA

Paris : Documentation française, 2010/02, 168p., ann. - réf. 13p.

Haut Conseil de la Santé Publique

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Accueil>

Créé par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, le Haut Conseil de la Santé Publique est une instance d'expertise, dont les missions sont de :

- Contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et contribuer au suivi annuel ;
- Fournir aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des **risques sanitaires** ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire ;
- Fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique.

Institution Nationale de Prévention et d'éducation pour la Santé (INPES)

<http://www.inpes.sante.fr/>

Réduire les inégalités sociales en santé

Sous la direction de Louise Potvin, Marie-José Moquet, Catherine M. Jones

Dossiers : Santé en action, 2010.

Médecins du Monde

<http://www.medecinsdumonde.org/En-France>

Dossier de presse : l'accès aux soins des plus démunis en 2011

+ Rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France. Synthèse 2010.

+ Vidéo : Médecins du Monde : centre de soins.

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

<http://www.sante.gouv.fr/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite.html>

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Juin 2009.

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES)

<http://www.onpes.gouv.fr/>

Rapport "Crise économique, marché du travail et pauvreté" (2012).

Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France (ORS)

<http://www.ors-idf.org/>

Rapport : Situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Ile-de-France, janvier 2012.

