



Accès et équité aux soins

- P. 3 : Lettre de la Présidente
- P. 4 : Témoignage de Marie-Laure Daher Massia
Infirmière au réseau ville-hôpital "Mistral"
- P. 5 : Témoignage de Philippe Giorda,
Président de l'Association "Infirmiers Des Rues"
- P. 6 : Témoignage de Pascale Dorel
Infirmière à "SOS Habitat et Soins"
- P. 7 : Témoignage, poème de Laurent Fombeur
Patient
- P. 8 : Conclusion



Anfiide

Le 12 mai 2011

Comblent l'écart : améliorer l'accès et l'équité



Journée internationale de l'infirmière

12 mai 2011

« L'inégalité est une réalité choquante devant laquelle il ne faut pas se voiler la face. Il s'agit d'une injustice, d'une parodie des droits de l'homme à l'échelle mondiale » Nelson Mandela, 2003.

L'ANFIIDE participe chaque année à la journée internationale de l'infirmière organisée par le CII le 12 Mai, jour anniversaire de la naissance de Florence Nightingale. Le thème pour 2011 en est *« combler l'écart : améliorer l'accès et l'équité »*.

En dépit d'un système de santé performant avec un accès aux soins que beaucoup nous envient, des progrès considérables de la médecine et d'une constante évolution technologique, on constate dans un contexte de crise économique une dégradation brutale de l'accès aux soins affectant principalement les plus démunis. La précarité touche en France près de 7,9 millions de personnes. Cette population en situation de précarité est hétérogène : sans papiers, migrants, personnes âgées, sans domicile fixe, travailleurs en rupture de contrat, chômeurs... Le constat de Médecins du Monde est significatif

« 17 % d'augmentation des patients vus en consultation médicale dans les centres de MdM entre 2007 et 2009... le retard aux soins a doublé entre 2007 et 2009 passant de 11 % à 22 %... le nombre de patients mineurs a cru de 30 % en un an; un nombre toujours plus important qui se rend dans les centres de Médecins du Monde pour se faire soigner sans disposer d'aucune couverture maladie ».

La Commission des déterminants sociaux de l'OMS créée en 2005 juge indispensable l'existence *« aux niveaux local, national et international, de systèmes d'observation méthodique de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé ».*

Aux facteurs socio-économiques viennent s'ajouter la désertification médicale ainsi qu'une inégale répartition des infirmiers sur le territoire.

Les infirmiers ont un rôle important à jouer pour contribuer à réduire les inégalités d'accès et d'équité aux soins en participant activement aux décisions de politique de santé au travers du Conseil de l'Ordre, des syndicats et des associations.

Les infirmiers sont, en nombre, les soignants les plus présents au plus près des personnes, que celles-ci soient hospitalisées ou maintenues au sein même de leur milieu de vie. Ils sont des témoins privilégiés de la précarité.

Les infirmiers favorisent et maintiennent les liens entre les individus, les familles, les communautés, l'environnement social et médical en travaillant de façon autonome et collégiale pour préserver et restaurer la santé.

Un des articles du code de déontologie du CII pour la profession infirmière (2006) rappelle que :

« Le respect des droits de l'homme - en particulier le droit à la vie, à la dignité et à un traitement humain, ainsi que les droits culturels - fait partie intégrante des soins infirmiers. Ces derniers ne sont influencés par aucune considération d'âge, de couleur, de croyance, de culture, d'invalidité ou de maladie, de sexe et d'orientation sexuelle, de nationalité, de politique, de race ni de statut social, autant de particularités qu'ils respectent au contraire » (CII 2006, p. 1).

Le 22 mars 2011, Médecins du Monde, le réseau HUMA, le Comité permanent des médecins européens (CPME) ainsi que des euro-parlementaires ont remis la Déclaration européenne des professionnels de santé *« pour un accès aux soins sans discrimination »* à la Présidence de l'Union Européenne.

Comment les infirmiers peuvent-ils améliorer l'équité et l'accès aux soins de santé aujourd'hui en 2011?

Il faut insister sur la nécessité d'une formation efficace et pertinente prenant en compte les particularités culturelles, d'un renforcement des compétences et de l'intérêt de partager des compétences avec des acteurs de santé de culture différentes et des professionnels des secteurs médico-sociaux au profit des personnes en grande précarité avec des parcours de soins complexes, de développer et d'encourager la prescription infirmière.

L'apparition de nouveaux rôles infirmiers constitue une stratégie importante d'amélioration de l'accès à de nombreux services de santé : l'émergence d'infirmières spécialisées (diabétologie, oncologie, santé mentale,...), le renforcement des rôles d'infirmières cliniciennes, le développement de la consultation infirmière, de la consultation en éducation thérapeutique et de la consultation en éducation pour la santé.

Léonie Chaptal, une des premières Présidentes de l'ANFIIDE a su affirmer, dans sa démarche professionnelle, une vision profondément humaniste de la société. Contemporaine de Zola, elle a vécu cette période de profonds remaniements, d'injustice et de misère qu'était la fin du XIX^{ème} siècle. Elle s'est positionnée et a milité avec ardeur pour une plus grande justice sociale. Elle nous a montré la route...

Brigitte Lecointre
Présidente de l'ANFIIDE

Témoignage du rôle infirmier auprès de patients en situation de précarité. Expérience du réseau ville-hôpital «Mistral»

Voilà environ plus de trois ans que j'ai rejoint un réseau de santé ville-hôpital en tant qu'infirmière. C'est une structure de soins qui prend en charge des personnes séropositives à l'infection VIH. Elles sont touchées par un isolement social important et présentent fréquemment des difficultés à se déplacer pour des raisons de santé, psychologiques ou financières. Ce sont des personnes qui rencontrent des problèmes d'addiction (alcool, drogue, tabac) et 60% d'entre elles présentent des co-morbidités. Une minorité a des difficultés à lire ou à écrire accompagnées de problèmes de compréhension pas nécessairement connus des médecins. Peu d'entre elles exercent une activité professionnelle et moins de la moitié a des contacts réguliers avec un entourage familial. Plus d'un tiers de ces personnes a de graves difficultés de logement à type d'expulsion ou d'hébergement d'urgence. Elles sont à différents stades clinique de la maladie VIH et presque la moitié de ces personnes sont co-infectées par les virus des hépatites «B» ou «C».

D'un point de vue social, près de la moitié d'entre elles bénéficient de l'Allocation Adulte Handicapée, 20% d'une pension d'invalidité, 10% sont sans aucune ressource, 10% sont en situation irrégulière.

Le réseau «Mistral» met à disposition des patients différents dispositifs : éducation thérapeutique, nutrition, entretiens avec un psychologue, ostéopathie.

Si ces personnes apprécient de venir au réseau, comme ils aiment à le dire eux même, c'est probablement parce que l'offre de soins y est singulière, sans doute parce qu'elle est adaptée à leur état de vulnérabilité ou peut-être parce qu'ils sont lassés du système hospitalier classique. Au réseau, nous travaillons sans blouse blanche, sans signe distinctif particulier, le lieu se veut convivial, évoquant davantage un salon qu'un lieu de soins. L'accent est mis volontairement sur la façon dont on va rencontrer l'autre, dans l'absence de jugement. En tout cas l'accueil, l'écoute, la chaleur font partie des valeurs reconnues par les patients comme un soutien à supporter «tout le reste».

Et tout le reste, c'est quoi : c'est le secret de la maladie si lourd à porter et qui est très souvent uniquement partagé avec les soignants parce encore de nos jours il n'est pas avouable d'être «un séropositif». Preuve en est que nous même soignants, travailleurs sociaux déconseillons, pour le peu de personnes qui ont la chance d'avoir un emploi, cet aveu de séropositivité auprès de la médecine du travail. Trop d'exemples nous ont fait adopter cette attitude radicale mais au combien préservatrice. Le reste c'est aussi la lourdeur des traitements qui, s'ils permettent de rester en vie, peuvent entraver la qualité de cette même vie, par leurs effets indésirables, parce qu'ils changent l'image du corps déjà tellement abîmé par la maladie, ces traitements difficiles à avaler, parce qu'ils donnent envie de vomir en particulier lorsqu'on a l'estomac vide, et pas d'argent pour faire deux repas par jour.

Ces traitements compliqués à prendre aussi parce qu'il est difficile de trouver du sens au fait d'ingérer des comprimés alors que l'on ne sait pas ou l'on va dormir le soir même?

Le reste c'est aussi pour bon nombre d'entre eux, l'absence de proches perdus le long du chemin, ceux qui n'ont pas eu leur «chance» à eux, sortes de rescapés et qui leur manquent inexorablement.

Un des principaux enjeux en tant qu'infirmière en éducation du patient n'est pas de vouloir le bien d'autrui à sa place mais plutôt de l'aider à mettre lui-même en place un plan de vie selon son désir. Ce désir qui est fondamentalement désir de vie pour ces personnes qui ont perdu toute estime d'elles mêmes. C'est aussi par le biais de l'éducation thérapeutique, mobiliser les ressources les plus profondes de la vie à s'affirmer elle-même.

Cela suppose par le biais du soin dans son sens le plus large, de restaurer la capacité de ces patients dits précaires à pouvoir s'estimer eux mêmes, face à la maladie, aux pertes qu'elle entraîne, au dénuement social à tout ce qui va être exprimé en termes d'impuissance «ce que je ne peux pas ou plus faire...»

Le soin ne sera pas uniquement une réponse aux besoins, un soulagement à la douleur, mais aussi la possibilité de restituer à la personne malade sa capacité à désirer. Puisque ce qui caractérise ces patients «vulnérables», c'est la disparition des capacités : à pouvoir dire, pouvoir faire, à pouvoir s'estimer soi-même.

C'est en considérant ces patients comme capables, c'est en tentant de révéler leurs capacités en accompagnant leur mise en œuvre qu'il sera possible d'atteindre au-delà de la maladie, de l'isolement, les ressources du malade encore disponibles.

C'est par le biais de ce regard différent, de cette considération que nous pouvons nous soignants augmenter «l'univers des possibles» pour ces personnes. C'est bien en créant un principe de réciprocité dans la relation de soin, en luttant contre cet aspect d'asymétrie : un qui a la connaissance, l'autre qui ne sait pas, un qui souffre, l'autre pas, que la relation thérapeutique peut s'envisager parce qu'elle permet la participation du patient renforçant son pouvoir de délibération quelque soit son niveau social.

Malheureusement les structures de type réseau sont menacées par les autorités de tutelles et à l'heure où j'écris ces lignes une décision de non renouvellement de subvention a été prise par l'agence régionale de santé PACA.

Face à cette décision de fermeture, rien n'a été prévu par les autorités de santé pour éviter que cet arrêt des soins, de l'accueil ne soit vécu par les personnes comme un abandon et face à l'incompréhension des patients qui ne s'expliquent pas cette décision, nous ne pouvons que signifier la notre, ainsi que notre désarroi.

Impossible d'apporter une réponse aux questions des patients sur leur devenir, sur l'arrêt brutal des séances en éducation, en particulier les séances de groupe, riches en partage d'expérience, à moins de les blesser encore plus profondément en leur donnant l'argument avancé par l'Agence Régionale de Santé, qui est que la maladie VIH ne fait plus partie des priorités en matière de santé publique et qu'il s'agit en réalité d'une "pathologie à la marge".

Au regard de ce type d'argumentaire comment pourrait-on encore parler d'équité en matière d'accès aux soins?

«L'accès aux soins : combler l'écart, accroître l'accès et l'équité»

Cette question est d'une brûlante actualité. A notre niveau que pouvons-nous faire afin d'essayer d'y répondre ? J'ai été bénévole aux restos du cœur et plus spécialement avec les maraudes qui tournent dans Nice afin d'apporter à manger aux SDF. Durant ces tournées, j'ai eu la possibilité de constater que certains SDF portaient des pansements qui, visiblement, n'avaient pas été changés depuis bien longtemps.

De cette constatation est née l'association « infirmiers des rues ». Sa vocation est d'apporter des soins infirmiers à ceux et celles qui en ont besoin et principalement aux SDF. Nous ne donnons pas de médicaments et nous ne posons pas de diagnostics médicaux. Par contre, nous apportons un regard professionnel sur certaines personnes qui peuvent avoir besoin de l'intervention d'un médecin ou d'un transfert vers le service des urgences, nous apportons notre savoir faire dans la réfection de tel ou tel pansement et dans l'évaluation de l'état de la plaie que nous sommes amenés à voir et nous sommes à l'écoute de celui ou de celle que l'on n'écoute pas ou plus.

Durant nos sorties, nous travaillons en équipe : le samu social est au courant que nous sommes dehors afin de nous signaler tel ou tel cas qui nécessite notre visite. De notre côté, nous lui transmettons tel ou tel cas qui a besoin d'un abri pour la nuit.

Notre association est toute jeune et ses différents engagements ne sont pas encore définis. Elle est ouverte aux infirmiers mais aussi aux étudiants infirmiers, aux étudiants médecins, aux aides-soignants et à toute personne qui désire aider et servir. Lorsque nous sortons en maraude, il y a toujours un infirmier diplômé afin de pouvoir encadrer les étudiants qui sont avec nous.

Aujourd'hui, force est de constater que l'accès aux soins n'est pas facile pour tout le monde. Voici quelques chiffres (extrait du dossier de presse de Médecins du monde sur l'accès aux soins en France pour les plus démunis en 2010) :

+17% de patients reçus en consultations médicales entre 2007 et 2009

Entre 2007 et 2009, 22% des patients venus consulter accusaient un retard de recours aux soins.

En 2009, 12% des patients de Médecins du Monde étaient des mineurs. Leur nombre a augmenté de 30 en un an.

Apporter des réponses à ce constat n'est pas chose facile, mais nous pouvons essayer :

L'une des solutions qui raisonne en moi en permanence, c'est plus de solidarité. Notre société est devenue celle de l'individualisme par excellence. Nous devons réapprendre à être plus solidaires entre nous. Même si la solidarité ne va pas tout résoudre, elle apporte pas mal de réponses concrètes :

Etre solidaire, c'est ne pas se déplacer aux urgences pour une simple toux ou une petite coupure au doigt afin de laisser ce service accessible à celui qui en a réellement besoin et ne pas surcharger inutilement de travail les équipes en place.

Etre solidaire, c'est comprendre que la santé à un coût, que chaque acte que nous recevons est payé par la sécurité sociale, que la sécurité sociale est un bien commun que nous devons préserver.

Etre solidaire c'est, en tant que médecin, accepter de soigner celui ou celle qui vient me voir avec la CMU.

Etre solidaire, c'est rester raisonnable avec mes honoraires lorsque je dois opérer un patient.

Etre solidaire c'est créer des structures au sein des CHU qui accueillent ceux qui n'ont pas ou plus de couverture sociale. Ces structures existent mais sont malheureusement trop peu développées.

Etre solidaire, c'est éteindre son ordinateur et aller vers l'autre pour l'écouter et lui parler.

Une société solidaire c'est une société qui n'accepte pas de laisser sur le bord de la route l'un des siens sous prétexte qu'il n'a plus de travail, plus de couverture sociale, plus de papiers.

En tant que professionnel de santé, nous avons acquis un savoir faire que nous mettons au service de la société dans nos différents services mais que nous pouvons mettre aussi au service de la société en tant que bénévole. Infirmier bénévole c'est peut-être accepter d'aller refaire à domicile, le pansement ou l'injection de cette personne qui ne peut avoir accès à un infirmier libéral parce qu'elle n'a pas de mutuelle ou de couverture sociale ; c'est accepter peut-être d'ouvrir son cabinet de soins une fois par mois gracieusement pour ceux qui n'ont pas de couverture sociale ; c'est s'engager dans une association pour mettre au service des autres son expérience et son savoir faire.

N'attendons pas que de grandes choses se mettent en place ; travaillons chacun à notre niveau afin de permettre un accès aux soins plus simple, plus juste et plus équitable pour chacun.

Philippe Giorda

Président de « Infirmiers des rues »



Je travaille actuellement dans une structure d'Appartements de Coordination Thérapeutique au sein de l'association SOS HABITATS et SOINS.

Cette association nationale regroupe plusieurs pôles.

Sont accueillies dans cette structure des personnes atteintes de pathologies graves, invalidantes, en précarité sociale.

L'objectif est pour ces patients de retrouver l'accès aux soins, leur droit sociaux, et enfin un relogement adapté à leur capacité d'autonomie :

- Logement individuel
- Maison relais
- Foyer logement
- Famille d'accueil
- Communauté thérapeutique

Mon rôle en tant qu'infirmière est d'accompagner les résidents dans leurs soins avec l'objectif de leur retour à l'autonomie :

- Accompagnement systématique à leurs premières consultations (dentiste, ophtalmologue, généraliste, spécialiste, kinésithérapeute...)
- Prise des rendez-vous et rappel de ces derniers
- Gestion des piluliers
- Quotidien dans un 1^{er} temps avec passage de l'infirmière libérale le soir et les week-ends
- Quotidien sans infirmière libérale dans un 2^{ème} temps
- Hebdomadaire dans un 3^{ème} temps, le but étant qu'avant leur sortie ils sachent gérer seul leur traitement en ayant compris l'importance vitale de ce dernier.

Je reçois régulièrement chaque résident en entretien individuel pour faire le point sur leur observance, les éventuels effets secondaires de leur traitement, leur nouvelle posologie, les rendez-vous à prendre, les transports à organiser. C'est l'occasion pour eux de parler de leurs difficultés et de leurs angoisses liées à la maladie et d'y répondre d'une manière compréhensible.

Les problématiques d'hygiène, d'alimentation ; et de prévention sont également abordées lors de cet entretien.

Enfin, je pratique des injections, des pansements, et des soins de nursing en fonction des besoins.

C'est un travail infirmier intéressant et très riche du fait qu'il aborde la personne soignée dans sa globalité au sein d'une équipe pluridisciplinaire (assistante sociale, CESH, psychologue, médecin coordinateur, auxiliaires de vie).

Mme DOREL Pascale

Quand on est face à soi
seul et dans son désarroi
il reste toujours une lueur,
on se ne sait quoi -

quand on regarde le passé,
il ne reste que des souvenirs,
autres jours très passés,
et une vieille lyre -

que dire de plus
quand le soleil n'est plus
que dire de plus
quand la lune n'est pas au rendez-vous.

Demain peut être un matin à l'aube,
et que restera-t-il du passé,
tourner vers l'avenir et le futur,
une page de rire au fur et à mesure
et puis -

que dire de plus

Laurent FOHBERG

quand on vous prend la main
que dire de plus
quand on vous donne un coup de main -

depuis bien longtemps
il me semble que le temps passe et
on bien être n'abêta
et une lueur d'espoir -

une plénitude, une sérénité
bien avant mes vingt ans à trente ans,
Merci -

Nous tenons à remercier vivement Mme Marie-Laure Daher Massia, Mme Pascale Dorel, M. Philippe Giorda et M. Laurent Fombeur pour leurs témoignages.

La communauté infirmière occupe une grande place dans le système de santé, notre professionnalisme et notre déontologie auprès des patients en précarité permettent de combler l'écart d'accès aux soins et réduire les inégalités face à la santé. De nombreux infirmiers s'investissent au quotidien pour prendre soins des plus démunis.

Leur engagement, leur savoir, savoir-faire et savoir-être auprès de ces personnes, contribuent, dans une prise en charge collective, à améliorer leur santé, leur bien-être et l'espérance de vie.

«Dans la Charte, les peuples des Nations Unies ont proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine, dans l'égalité des droits des hommes et des femmes, et [...] se sont déclarés résolus à favoriser le progrès social et à instaurer des meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande»

Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies, 1948

Le 12 mai 2011,

**Les membres du conseil d'administration de
l' ANFHIDE**