

UNIVERSITÉ PARIS NORD

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BOBIGNY
« Léonard de Vinci »

ANNÉE 2014

THÈSE

pour l'obtention du doctorat en Médecine
(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement

le 4 novembre 2014

par

Sophie LE GOFF

Née le 31 janvier 1983 à Enghien-les-Bains

**L'ACCÈS DES PATIENTS PRÉCAIRES
AU PARCOURS DE SOINS DE DROIT COMMUN.
ÉTUDE QUALITATIVE D'UNE POPULATION DE CONSULTANTS
DE LA PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DE BOBIGNY.**

Sous la codirection du docteur Jean-Pierre GEERAERT et du docteur Philippe GRUNBERG

Président de thèse :

Rapporteur de thèse :

Membres du jury :

Professeur Olivier BOUCHAUD

Professeur Pierre LOMBRIL

Professeur Christophe OBERLIN

Docteur Jean-Pierre GEERAERT

Docteur Philippe GRUNBERG

Je remercie Messieurs les Professeurs Olivier Bouchaud, Pierre Lombrail et Christophe Oberlin d'avoir accepté de juger ce travail et de faire partie de mon jury de thèse.

Je remercie le Docteur Philippe Grunberg, tuteur infatigable et codirecteur de cette thèse, pour son intérêt pour mon travail, pour sa patience et sa sympathie au fil de ces années.

Merci à Jean-Pierre Geeraert, médecin, humaniste, militant. Pour avoir initié et codirigé cette thèse, pour tout ce que j'ai appris à ses côtés et ce qu'il fait chaque jour pour les patients contre vents et marées.

Merci à mes « chères amies et chers confrères » Rennais et Parisiens, Angela, Aline, Boris, Manu et Anne-laure, pour leur amitié, depuis les groupes de sémio jusqu'à l'internat. À nos groupes de pairs, si informels, pour longtemps encore.

À mes parents,

Pour cet amour inconditionnel, mon enfance radieuse, les livres et les chevaux. Pour m'avoir donné le goût des autres.

À mes frangines adorées. À ma grand-mère, toujours là quand il le faut.

Aux Chevelus, à nos projets fous et notre ribambelle de petits chevelus.

À Marius et Félix qui font mon bonheur quotidien, pour avoir accepté de partager l'ordinateur des dessins animés le temps de ce travail.

À Rémi, pour notre vie, chaque jour.

Table des matières

Introduction	5
I. L'accès aux soins de santé	7
A. Définitions.....	7
1. Santé.....	7
2. Système de santé de droit commun.....	8
3. Accès aux soins.....	8
4. Équité, inégalités sociales de santé	9
5. Pauvreté.....	10
6. Précarité	10
7. Exclusion.....	11
8. Migrant, demandeur d'asile, exilé.....	11
9. Discrimination.....	12
B. L'équité dans l'accès aux soins comme principe	14
1. Justice sociale, législation, santé publique et éthique	14
2. Le système de santé de droit commun en France, garant d'équité	18
C. L'accès aux soins en France.....	19
1. Le soin aux plus démunis en France : des hôpitaux-Dieu à Médecins du Monde	19
2. De grandes avancées dans la lutte pour l'accès aux soins	21

D.	Des inégalités sociales de santé qui persistent	27
1.	La précarité et la santé, les inégalités sociales de santé en France	27
2.	Un objectif de santé publique réaffirmé.....	28
3.	La situation en Seine-Saint-Denis.....	29
4.	Politique de santé, politique économique et politique d'immigration	31
E.	Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé	32
1.	Des missions communes	32
2.	Des pratiques différentes.....	34
3.	Un bilan contrasté	37
4.	La PASS Villermé à Bobigny	41
II.	Les difficultés d'intégration dans le système de droit commun	44
A.	L'inscription dans le droit commun, la mission première de la PASS	45
1.	Les textes	45
2.	L'avis des professionnels	45
B.	La «mission la plus difficile»?.....	46
1.	Une évaluation sur le plan national encore difficile, mais des études locales concordantes	47
2.	La PASS de Bobigny	53
C.	Les déterminants de l'accès aux soins.....	60
1.	Une littérature riche, mais des problématiques diverses.....	60
2.	Des déterminants d'accès aux soins bien documentés dans la littérature.....	61
3.	Des hypothèses à étudier.....	72

III. Étude qualitative : entretiens avec les patients de la PASS.....	76
A. Justification de l'étude et objectifs.....	76
B. Matériel et méthodes	78
1. Choix des patients interviewés.....	78
2. Présentation de l'étude aux patients et déroulement des entretiens	78
3. Analyse des résultats.....	79
4. Aspects éthiques.....	79
C. Résultats	80
1. Données générales	80
2. Caractéristiques des personnes interrogées.....	81
3. Récit des entretiens	83
D. Analyse des entretiens	93
1. L'influence des situations difficiles sur la santé et l'accès aux soins	93
2. Les chemins qui mènent à la PASS sont souvent semés d'embûches	103
3. Les signes d'installation rapide dans une relation de soins classique.....	113
4. Les relations avec le lieu et les professionnels	123

IV. Discussion	138
A. Une médecine de la précarité ?.....	138
B. La méthode	139
C. Les résultats.....	142
1. Le processus complexe de l'accès aux soins	142
2. La PASS rapidement investie comme un lieu de soins classique	143
3. Une relation privilégiée.....	144
4. Des leçons pour l'orientation	144
D. Propositions	146
1. Améliorer l'accès aux soins pour tous	146
2. Développer les PASS comme lieux de soins et comme terrain de recherche sur le .. thème de la précarité	149
3. Un relais PASS-ville réussi, l'importance du réseau de soins	150
Conclusion.....	154
 Bibliographie.....	 I
Abréviations et acronymes	IX
Serment d'Hippocrate.....	XI

Introduction

L'accès aux soins des personnes précaires est un combat initié dans les années soixante-dix en France par le monde associatif, qui par ses actions et ses cris d'alarme a attiré l'attention des instances publiques. Des réformes s'ensuivirent ; parmi elles, la loi d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998 créa la Couverture Maladie Universelle et l'Aide Médicale d'État qui devaient faire accéder toute la population à une couverture maladie et aux soins. En 2014, nous constatons malheureusement que l'accès aux soins reste un droit menacé. Les patients les plus démunis se heurtent encore, en effet, à des démarches administratives complexes, à des stigmatisations de la part de l'administration et aussi souvent de la part des soignants, tout en connaissant des conditions de vie difficiles qui les éloignent d'un système de soins classique et entraînent souvent des retards de soins.

Si la médecine libérale respecte dans l'ensemble son rôle de premier recours, elle doit veiller à ne pas y déroger et lutter contre d'éventuelles dérives qui la verraient exclure les plus démunis. Mobilisés dans ce sens, des médecins s'engagent chaque jour pour défendre les valeurs d'accueil et de soins pour tous. (1) En France, c'est également le rôle traditionnel de l'hôpital public, où se sont créées les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dans le cadre de la loi de 1998. Ces structures ont pour objectif de permettre l'accès aux soins aux personnes en situation de précarité, qui n'ont parfois pas de couverture médicale, en assurant les soins de premier recours, en les assistant dans leurs démarches médico-sociales et en les guidant, en définitive, vers le système de soins classique. Leur développement à partir de l'année 2000 a permis de fournir un cadre plus favorable pour l'accès aux soins des personnes démunies et de soulager un peu les associations assurant seules jusqu'ici cet accueil médico-social. La création des PASS marque donc un retour de l'hôpital public vers sa mission traditionnelle d'accès aux soins pour tous et répond à une exigence d'équité des soins de santé dans un souci de justice sociale.

Ces avancées ont, dans un premier temps, permis un net recul du nombre de personnes totalement exclues des soins. Toutefois, dans la situation de crise économique que nous traversons depuis 2008, nous pouvons constater une progression régulière de la pauvreté en France (2) et, dans ce contexte, les professionnels des PASS font part de l'augmentation régulière du nombre de patients et de leur difficulté à assurer une bonne prise en charge. Confirmant cette tendance, le dernier rapport de Médecins du Monde (3) fait lui aussi état d'une augmentation de l'activité de consultations dans ses centres de 24 % entre 2008 et 2013.

Les PASS constituent un bon observatoire de l'accès aux soins en France. Dispositifs de rattrapage de ses échecs et passerelles vers le droit commun, elles n'ont pas pour vocation initiale d'assurer le suivi médical des patients sur le long terme. Elles reçoivent pourtant de plus en plus de patients qui devraient pouvoir intégrer le système de soins en faisant valoir leurs droits à l'assurance maladie, mais ont malgré tout recours à la PASS et prolongent parfois longtemps leur fréquentation. Nous constatons, de ce point de vue, que l'existence de droits sociaux ne suffit pas à garantir un accès aux soins. Ce sont précisément les raisons de ces difficultés à intégrer le système de droits commun qui font l'objet de cette thèse. Comment les PASS pourraient-elles retrouver leur rôle initial d'accompagnement vers le système de soins général ?

Les PASS restent un terrain d'études encore peu représenté dans la littérature. Toutefois, de nombreux travaux sur les déterminants de l'accès aux soins existent et permettent d'identifier en grande partie les obstacles rencontrés dans les parcours de soins. Ceux-ci nous ont permis de formuler un certain nombre d'hypothèses que nous avons mis à l'épreuve dans cette étude. Plusieurs facteurs nous semblaient effectivement susceptibles de contribuer à ce phénomène : l'augmentation de la précarité, l'influence des conditions de vie difficiles sur la santé et l'accès aux soins, des problèmes structurels du système de santé, mais aussi la relation particulière qui semble se nouer avec les professionnels de la structure.

Notre travail s'est intéressé aux patients de la consultation de médecine générale de la PASS de Bobigny, installée au sein de l'hôpital Avicenne.

Nos objectifs seront de comprendre et d'analyser le parcours de soins de ces personnes et d'examiner les difficultés rencontrées dans leur intégration au sein du système de droit commun. À cette fin, nous avons, tout d'abord, mené une recherche documentaire, puis conduit une enquête qualitative auprès de consultants de la PASS de Bobigny. Nous chercherons à évaluer les influences respectives de ces différents facteurs, ainsi qu'à détecter la présence éventuelle d'autres causes de ces échecs du retour au droit commun. Nous proposerons enfin quelques pistes destinées à surmonter ces difficultés rencontrées par les PASS et leurs patients.

I. L'accès aux soins de santé

A. Définitions

Les définitions proposées ici concernent des mots largement employés dans le langage courant, les médias et les discours politiques, mais parfois confondus, utilisés à tort, et en premier lieu par nous-mêmes, alors qu'ils désignent des concepts bien précis. Nous avons souhaité saisir le sens de ces noms si « communs » afin d'en faire une juste utilisation et de mieux cerner les problématiques exposées dans les travaux étudiés.

1. Santé

Il existe de nombreuses définitions de l'état de santé. Historiquement et encore fréquemment dans le monde médical, elle est le plus souvent physiologique, basée sur l'état des organes et leur fonctionnement en référence à une norme. (4)

La définition de l'OMS donnée en préambule de la Constitution de 1946 (5) et reprise dans la Charte d'Ottawa de 1986 (6) dépasse cette seule notion de la maladie ou de son absence : « [...] un état de complet bien-être physique, mental et social,[où] l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : [elle] exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables,[...] se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable »

La définition donnée par René Dubos (7) permet une ouverture de la notion de santé à la réalité rencontrée en médecine, en admettant un état de « bonne santé » malgré une maladie ou un handicap dès lors que les conditions sanitaires et sociales sont réunies pour permettre « un état physique et mental relativement exempt de gêne ou de souffrance qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé ».

2. Système de santé de droit commun

De façon générale, le droit commun est défini comme « *l'ensemble des règles et des lois qui s'appliquent à tous au sein d'un pays, selon les principes républicains, le droit commun ne reconnaît donc aucune différence en fonction de l'origine, de la race ou de la religion* » (8). En santé, cela désigne l'ensemble du système de santé auquel tout résident devrait avoir accès par le droit à la protection de la santé. Ce système de droit commun n'est accessible que sous réserve d'être assuré social (ou de financer intégralement ses soins). En France par convention avec l'État et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, l'offre de soins de droit commun est constituée des structures publiques (hôpitaux, centres de santé, centre de PMI, etc.), mais également de l'exercice libéral, cliniques privées, médecins et professions paramédicales. Chaque individu y est libre de choisir son lieu de soins. (9) Les lieux de consultations gratuites (à la différence de la dispense d'avance des frais), publics ou humanitaires, même sous contrats avec l'État, ne sont pas inclus dans ce système sanitaire de droit commun. Ils diffèrent par leur système de financement, qui dépend principalement des cotisations d'assurance maladie et des complémentaires des usagers pour le droit commun, alors que les autres sont financées par le budget des missions d'intérêt général (MIG), ainsi que par les dons privés pour les ONG. Le système de droit commun représente donc la norme du soin en France, ne pas y être pris en charge est un indicateur d'exclusion sociale. Les PASS, financées par les MIG, souvent établies au sein d'un établissement hospitalier peuvent, peut-être, être considérées comme des structures intermédiaires. Elles permettent en effet d'intégrer les patients au parcours de soins hospitalier « classique » tout en restant un dispositif d'exception spécifiquement orienté vers les personnes en situation de précarité et les non-assurés sociaux. Aussi pour les professionnels des PASS, celles-ci sont en dehors du droit commun et leur objectif est d'y intégrer les patients, et pour les professionnels des centres associatifs ou humanitaires, souvent confrontés à une population encore plus exclue des soins, la PASS représente déjà un peu le droit commun.

3. Accès aux soins

L'accès aux soins peut être défini par l'« *utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en terme de santé* » (10). Il est intéressant d'en considérer deux aspects, l'accessibilité des soins et le recours effectif qui y est fait (fréquentation réelle des services, état de santé). L'accessibilité des soins

se traduit par la capacité potentielle d'accéder aux services de santé ; elle dépend principalement de facteurs géographiques et économiques : répartition et proximité des différents lieux de soins, développement du réseau de transport, existence de droits sociaux, obstacles financiers. (11) Les déterminants socioculturels (position dans le groupe, vulnérabilité sociale, niveau d'études, représentation de la maladie et des soins, etc.) interviennent, eux, à la fois dans l'accessibilité et le recours aux soins.

Pierre Lombrail distingue l'*accès aux soins primaire* que représentent le contact avec le système de soins et son degré d'utilisation et l'*accès aux soins secondaire* qui a trait à la qualité des soins réalisés, soit la reconnaissance et la prise en charge des besoins de santé curatifs ou préventifs d'un individu par le système sanitaire. (12) La vulnérabilité sociale expose à des inégalités d'accès primaire fréquentes et d'accès secondaire presque inévitables.

4. Équité, inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé sont les écarts constatés dans les différents domaines de la santé (morbi-mortalité, accès aux soins, handicap, etc.) en fonction de l'appartenance à un groupe social (le genre, la catégorie socio-économique, la nationalité, etc.). Selon Didier Fassin, elles sont « *le résultat des inégalités produites par les sociétés et qui s'expriment dans les corps* » (14). L'utilisation du terme « inégalité » ne se réfère pas ici à l'égalité arithmétique mais plutôt à la notion d'équité puisqu'il existe des inégalités de fait qui ne peuvent être considérées comme injustes. (Les jeunes sont moins malades que les vieux, les vieux ont plus souvent recours aux soins, la prévalence de certaines maladies ne dépend pas du groupe social, etc.). Les inégalités sociales de santé se réfèrent en fait à des différences d'accès aux soins entre des groupes sociaux au regard d'un même besoin de soins, ou lorsque les soins délivrés ne conduisent pas à un état de santé identique selon le groupe social. (15) Cette notion relève donc du jugement du caractère injuste d'une inégalité constatée quant à un même besoin de santé, en référence aux exigences de justice et de cohérence sociales. (13) Ce qui est frappant dans le cas de l'accès aux soins des personnes défavorisées, c'est que malgré un état de santé plus dégradé et donc des besoins plus importants, il est toujours moins bon que pour le reste de la population. (16)

5. Pauvreté

En France, elle est définie principalement par des indicateurs monétaires et en rapport avec le niveau de vie du pays. Une personne est pauvre si son revenu disponible après impôts et prestations sociales, est inférieur à 50 % du revenu médian (dans la plupart des autres pays européens le seuil retenu est 60 %). En 2012 cela correspondait à un revenu mensuel par personne inférieur à 828 euros (seuil à 50%) soient environ 5 millions de personnes pauvres. (Pour le seuil à 60% : revenus inférieurs à 993 euros par mois, soient 8,7 millions de personnes) (17) (2) Beaucoup d'acteurs de la lutte contre la pauvreté regrettent que cette définition ne prenne pas en compte le caractère multidimensionnel de cette situation et lui préfèrent celle donnée par le Conseil des ministres de l'Union Européenne en 1984 qui considère comme pauvres « *les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État dans lequel elles vivent* ». En effet, la pauvreté cumulée des capitaux économique, social et culturel engendre des difficultés à décider librement de sa vie, à saisir des opportunités et à accéder aux ressources disponibles. (13)

En France, le fait d'être une femme, d'être jeune (50 % ont moins de 30 ans), avec un bas niveau d'études, de ne pas avoir d'emploi ou d'être immigré sont les facteurs de risque principaux de pauvreté. (Pour un seuil à 60 % du revenu médian, il y a deux fois plus de pauvres chez les immigrés que dans le reste de la population 28 % vs 13 %) (18)

6. Précarité

Ce terme est introduit dans les années 1970 pour traduire les conditions d'emploi qui se fragilisent et l'apparition du chômage qui devient le problème social principal. Les situations de travail instables deviennent la norme. (19) Dans son rapport remis au Conseil Économique et Social en 1987, le fondateur d'ATD Quart-Monde, Joseph Wresinski (20) décrit la précarité comme « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible.* »

Elle est donc le résultat de la dégradation ou de l'instabilité des conditions de vie : situation financière, conditions de logement, degré d'isolement, protection sociale, situation administrative, etc. Ainsi, il n'existe pas de groupe social défini de personnes précaires. La précarité est donc un phénomène réversible et pas un état propre à l'individu. Certains préfèrent se rapporter aux risques auxquels exposent ces situations de vie difficiles et parlent plus facilement de vulnérabilité. (21)

7. Exclusion

Il est difficile de donner une seule définition de l'exclusion ou de définir qui sont les exclus, de même que d'en évaluer l'ampleur par des statistiques. Elle est le résultat d'un rapport social basé sur la notion de centre normatif et d'une relégation à la périphérie par non-respect de cette norme (19). Pour le sociologue Serge Paugam, l'exclusion sociale consiste en un phénomène de marginalisation sociale de personnes ne correspondant pas, ou plus, au « *modèle dominant* » d'une société entraînant une « *disqualification sociale* » (22). La norme considérée peut être l'existence d'un logement, d'un droit au séjour régulier ou d'un emploi. (19) Les conséquences, parfois rapides, sont la rupture des liens sociaux (généralement subie) et l'éloignement de l'accès aux droits fondamentaux (logement, éducation, culture, santé, emploi, etc.). L'exclusion, contrairement à la précarité, renvoie à un phénomène installé, une situation durable et difficilement réversible. (Une étude du 115 a montré que plus une personne reste dans le dispositif d'accueil d'urgence moins elle a de chance d'en sortir, il existe un point de bascule net vers la « chronicité » de la situation à un an. (23)) Comme nous le verrons, elle engendre une perte de repères importante (temporalité, corps, santé, etc.) et une pratique quotidienne de l'urgence pour les besoins matériels souvent difficilement compatibles avec la mise en place de projet de soins.

8. Migrant, demandeur d'asile, exilé.

En France, le terme de migrant est utilisé pour celui qui vit « *de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays* » (24). Ce terme ne fait pas référence au statut administratif des personnes (régularité du séjour, droit d'asile). Pour beaucoup d'auteurs, un migrant a pris « librement » la décision d'émigrer pour des raisons politique, économique ou culturelle,

« *aux fins d'améliorer ses conditions matérielles ou sociales, ses perspectives d'avenir ou celles de sa famille, sans intervention de facteur contraignant externe.* » (25), par opposition aux exilés et aux demandeurs d'asile qui ont été contraints de quitter leur pays, souvent dans l'urgence. (Aussi appelés « migrants forcés »). Nous garderons pour la suite la première définition, la plus large. Car s'il est évident que les situations de demande d'asile concernent des personnes qui ont subi des événements extrêmement traumatisants, ne leur laissant d'autre choix que de quitter leur pays souvent sans aucune préparation, nous verrons qu'à des degrés différents, chaque parcours de migration est soumis aux difficultés du départ et aux conséquences parfois très lourdes d'un tel déplacement. En particulier, les mauvaises conditions de vie et d'accueil et la perte totale de repères et de liens sociaux sont assez largement partagées une fois en France.

9. Discrimination

La discrimination est un traitement différentiel, défavorable le plus souvent, et illégitime en fonction de l'appartenance à un groupe. Elle peut se baser sur des critères variés allant de l'origine géographique à l'appartenance syndicale en passant par le sexe ou le handicap. Pour notre travail sur les PASS, nous verrons que la discrimination selon la nationalité est souvent en cause dans les difficultés d'accès aux soins. Dans tous les cas, c'est l'altérité perçue qui est à l'origine d'une différence de traitement. Estelle Carde étudie cette perception de l'altérité et en décrit deux types à l'origine de pratiques discriminatoires, l'« *illégitimité* » et la « *différenciation* ». Les représentations, souvent faussées ou incomplètes, vis-à-vis des étrangers ou des droits dont ils bénéficient sont la cause du sentiment d'illégitimité, on y retrouve l'opposition classique entre «cotisants» (légitimes) et «assistés» (illégitimes) avec des idées de couverture médicale «trop bonne» et «non méritée», plus avantageuse pour les étrangers sans titre de séjour que pour les nationaux. Ces présupposés trouvent leur source dans une méconnaissance des systèmes de couverture maladie, de leurs critères d'attribution (par exemple, la situation des bénéficiaires de l'AME ne peut être comparée qu'à des personnes avec des revenus semblables, bénéficiaires dans ce cas de la CMU complémentaire donnant accès à un meilleur panier de soins) et de leur financement. Il existe également une confusion forte entre droit au séjour et droit à une couverture maladie.

La *différenciation* quant à elle relève simplement du fait de percevoir « l'autre » comme « radicalement différent » de soi et donc de lui attribuer des besoins différents. Si la

discrimination dans ce cas peut paraître moins flagrante ou partant d'une bonne volonté, elle n'en est pas moins réelle. Cette discrimination dite « positive » avec des effets potentiellement favorables a néanmoins fréquemment des conséquences négatives puisqu'il en résulte en effet des différences de prise en charge et surtout des pratiques excluant du droit commun ce qui s'oppose au principe d'équité. (Exemple des guichets dédiés à l'AME, des lieux de soins alternatifs spécifiques) Nous reviendrons sur les risques de pratiques guidées par ce sentiment de différenciation en nous interrogeant sur les limites de la médecine de la précarité.

Ces perceptions de l'autre ont des conséquences dans les décisions de politique de santé et d'immigration, ainsi que dans la pratique de chacun, qu'il soit agent CPAM, médecin ou agent d'accueil au guichet d'un centre de soins. Malheureusement dans le champ de la santé, cela aboutit fréquemment à une restriction des droits des personnes concernées et des discriminations dans l'accès aux soins.

Estelle Carde propose enfin une troisième explication aux pratiques discriminatoires, basée uniquement sur des logiques structurelles, moins personnelles ; elles sont décrites par l'auteure comme un « *effet de système* », la justification d'un traitement différentiel envers certains par une considération pour le mieux pour la collectivité. On retrouve cette notion également dans les travaux d'Alexis Spire sur le traitement des étrangers dans l'administration. Nous y reviendrons plus tard en abordant les obstacles dans l'accès aux soins.

Ce paragraphe n'est bien entendu qu'une approche succincte de ces travaux et du rapport à l'autre, mais ces mécanismes nous paraissent essentiels à évoquer, car comme nous le verrons, ils sont souvent en cause dans les difficultés rencontrées par les patients de la PASS. Ils sont toujours sous-jacents dans une relation médecin-malade et il est essentiel et passionnant de s'y confronter.

B. L'équité dans l'accès aux soins comme principe

S'il est aujourd'hui admis en France, par les pouvoirs publics et les acteurs de la santé, que tous les individus doivent avoir accès aux soins de santé, les dispositifs mis en place dans ce sens, sont fréquemment l'objet de critiques et de remises en cause, en particulier ceux destinés aux patients étrangers. Depuis leur création, il plane en effet régulièrement, des menaces sur le dispositif d'Aide Médicale d'État et la délivrance des titres de séjour pour soins. (26) La pratique du tiers payant a, par ailleurs, de nombreux opposants et le refus de soins par des professionnels de santé pour des critères « socio-économiques » reste un problème de grande ampleur. Les arguments pour une différenciation dans l'accès aux soins sont majoritairement basés sur des justifications économiques (27) et de difficultés de prise en charge par les professionnels (28). Ils prennent aussi parfois place dans des discours sur la politique d'immigration. Comme nous le verrons plus loin, une partie de ces arguments relèvent de discrimination ou d'affirmations erronées quant à la réalité des coûts ou des « fraudes » associées à ces dispositifs. De ce point de vue, il nous paraissait nécessaire de rappeler les fondements théoriques de l'équité dans l'accès aux soins et dans la protection de la santé sans exception.

1. Justice sociale, législation, santé publique et éthique

a. Morale et justice sociale

La lutte contre l'exclusion sociale s'appuie sur deux principes moraux forts, l'égalité entre les hommes sans discrimination et le respect de la personne humaine. Ces deux principes doivent guider notre réflexion lorsqu'il s'agit plus particulièrement des exclusions liées à la santé, qui représente une cause majeure d'injustice sociale. Lorsque nous nous interrogeons sur ce qu'est une société juste, la question de la santé occupe une place particulière par l'importance de l'enjeu. (29) Elle apparaît en effet comme une condition minimale ouvrant aux individus la possibilité d'accéder à la vie bonne. La réflexion sur un système de santé juste est de plus en plus abordée dans la perspective libérale d'une économie de marché. Il nous semble au contraire que la santé doit s'inscrire en dehors des conditions classiques d'un marché, autrement dit qu'elle relève d'une autre « sphère de justice » (30)

dans laquelle le critère déterminant, n'est ni le mérite, ni la loi de l'offre et de la demande, mais le besoin de soins.(31)

b. Législation

Que les justifications en soient religieuses, philosophiques ou sanitaires, permettre un accès aux soins minimal à tous est depuis longtemps déjà un souci de société. De nombreux textes fondamentaux réaffirment ce droit à la protection de la santé. Ainsi dès 1946, la Constitution de l'OMS (5) déclare que " *bénéficier du plus haut standard possible de santé constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain [...]*". De la même façon l'article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948(32) précise que « *toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté* ».

Le Code de la santé publique par les articles L.6112-1, 7° et L.6112-2 rappelle également aux établissements de santé leur mission de service public pour « *garantir l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent* », veiller « *à la continuité de ces soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. À cette fin, ils orientent les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation* ». (33)

c. Déontologie médicale

Si la santé ne se définit pas uniquement par l'absence de maladie ou de soins médicaux, le médecin reste un pilier indispensable à sa protection par son rôle de prise en charge globale d'un individu. Bien entendu, de nombreux autres professionnels sont concernés et investis dans cette démarche et chaque profession à des obligations déontologiques propres, mais nous nous sommes intéressé ici plus particulièrement aux médecins.

Le serment d'Hippocrate, que prête encore tout jeune médecin devant ses pairs avant de débiter sa pratique, peut paraître par les termes employés un peu démodé, mais il présente selon nous, avec concision, les « valeurs fondamentales » de la médecine et du soin à l'autre. Ce texte pose déjà comme principe professionnel un soin équitable et sans discrimination.

« Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. [...] Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. » (34)

Le code de déontologie médicale, intégré au code de la santé publique définit également l'accès aux soins comme un devoir du médecin (35):

- ✓ **Article 7 :** *« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. »*
- ✓ **Article 12 :** *« Le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire »*

d. Réflexion sanitaire et économique

Dans l'optique d'une politique de santé publique de réduction des risques, permettre un large accès aux soins est une nécessité afin d'empêcher la dégradation de l'état de santé de toute une population et de limiter la diffusion de maladies contagieuses par le repérage, la prise en charge précoce, les mesures prophylactiques voire la vaccination quand elle est

possible. (36) L'évaluation des coûts et des gains en matière de politiques de santé ont fait l'objet de nombreux travaux. La complexité du sujet, par l'implication de nombreux autres facteurs (environnement, alimentation, logement...) ainsi que les modifications en lien avec l'allongement de l'espérance de vie ne permettent pas de donner une réponse univoque sur le sujet. Beaucoup d'auteurs estiment toutefois que, de façon générale, permettre une prise en charge sans retard de soins réduirait les complications sanitaires, le nombre et les durées des hospitalisations et permettrait de réduire les dépenses de santé pour la collectivité.(37)

Les arguments sanitaires et économiques en faveur d'une politique de réduction des inégalités de santé et d'accès aux soins pour tous s'appuient sur les bénéfices attendus pour toute la société. Dans une perspective utilitariste, elle favorise autrement dit la maximisation du bien-être collectif.

e. Éthique humaniste

La relation de soin ne peut se limiter à la primauté du critère médical, et se justifie également par l'empathie pour la souffrance de l'autre. L'engagement en faveur des défavorisés nous semble indissociable de la pratique médicale. De ce point de vue, l'implication dans l'accès aux soins se justifie également dans la perspective d'une éthique humaniste.

Tous ces arguments nous permettent donc d'affirmer, que l'équité dans l'accès aux soins résiste bien aux nombreuses critiques qui lui seraient adressées et qu'il paraît nécessaire qu'elle soit érigée en principe pour fonder les institutions d'une société juste. Les permanences d'accès aux soins de santé sont au cœur de la mise en œuvre de ce principe.

2. Le système de santé de droit commun en France, garant d'équité

En 1995, lors du colloque « Plan Santé -Ville - Réseaux de santé de proximité », Simone Veil, alors ministre de la Santé affirme que « *[les] efforts doivent tendre aujourd'hui à ouvrir le dispositif ordinaire de soins à la population qui s'en trouve exclue. L'intégration de tous dans le système de santé de droit commun [...] est la seule politique compatible avec l'éthique médicale et le plein respect de la dignité de la personne humaine (...)* » (38). Cette déclaration servira d'introduction à la circulaire pour l'accès aux soins des plus démunis. (39) Tous les acteurs investis dans l'accès aux soins le confirment, le but n'est atteint, bien au-delà de la gestion d'un problème médical ponctuel, que lorsque chaque individu pris en charge a obtenu l'ouverture de ses droits sociaux et a pu intégrer ou réintégrer le système de santé de droit commun. Si des dispositifs d'accès aux soins de premier recours existent et se développent (PASS, associations), ils se heurtent à la complexité et aux contraintes de la prise en charge pour les non-assurés sociaux avec une limitation des soins possibles, souvent contrée par la «débrouillardise» et à la difficulté de permettre une continuité des soins. Quelles que soient les capacités d'accueil et d'écoute et l'expertise des situations complexes rencontrées dans ces structures, elles ne représentent de fait qu'une offre de soins limitée. Elles se veulent idéalement des passerelles d'une situation d'exclusion de soins vers le système universel.

Le droit commun en santé, comme dans les autres domaines fondamentaux, est un garant d'équité, s'éloignant de l'aide aux indigents historique, il s'efforce d'être un lieu sans discriminations.

Enfin, Philippe Van Parijs dans son argumentaire pour une solidarité dans le domaine de la santé, insiste sur le fait que le système de droit commun, tel qu'il est organisé actuellement en France, nous conduit à partager les mêmes lieux de soins (hôpitaux, centres de santé, médecins libéraux) et ainsi nous donne le sentiment de «*partager face à la vie et à la mort, le même destin,[...] les espoirs, les angoisses, les douleurs et les émotions d'autres personnes socialement très différentes de nous, au hasard de moments souvent intenses, parfois tragiques*» (40) C'est une expérience forte et indispensable qui nous fait sentir notre appartenance à une même société.

C. L'accès aux soins en France

1. Le soin aux plus démunis en France : des hôpitaux-Dieu à Médecins du Monde

Les premiers « médecins modernes » de la Grèce antique considèrent déjà le soin aux plus pauvres comme indissociable de leur exercice et encore aujourd'hui lorsqu'un jeune médecin soutient sa thèse, il prête le serment d'Hippocrate qui l'engage dans le soin « *à l'indigent* ». (34)

En France, jusqu'à la Révolution, c'est l'Église qui assure principalement cette charge avec l'hôpital chrétien (les nombreux hôpitaux-Dieu partout en France en témoignent encore), voué à l'accueil et au secours de ces indigents et très peu tourné vers le soin médical. A ces structures, s'ajoutent les hôpitaux généraux créés par l'État à partir du XVII^e siècle, toujours tournés vers l'accueil des plus pauvres, mais qui se transforment rapidement en sordides lieux d'enfermement.

En 1876, le gouvernement révolutionnaire réaffirme que l'assistance est « une charge nationale » et laïque, il remplace les établissements religieux et ceux institués par l'Ancien Régime par les hospices civils. Il s'y développera, par l'observation de malades et des signes cliniques et les nombreuses autopsies réalisées, la médecine anatomoclinique que nous connaissons. L'hôpital est encore un lieu essentiellement destiné aux pauvres et qui se voit confié par les lois successives de 1851, 1893 et 1905, l'obligation de recevoir tous les indigents quel que soit leur domicile, de leur accorder une assistance médicale gratuite et de recevoir « tous les vieillards, les infirmes et les incurables ». (41)

À l'époque déjà se pose le problème du financement d'un hôpital tourné vers la recherche et le soin tout en assurant sa mission traditionnelle de prise en charge des déshérités. Petit à petit, l'hôpital s'ouvre aux malades « payants » : les accidentés du travail en 1898 puis les victimes de guerre en 1919, et enfin à l'ensemble de la population en 1941. (41) La création du régime de Sécurité sociale pour les travailleurs en 1945 et la création des CHU en 1958 complètent cette transformation d'un hôpital qui devient un service public et un lieu de recherche scientifique, et qui accueille les révolutions diagnostiques et thérapeutiques de la deuxième moitié du XX^e siècle. La médecine française reste depuis cette époque marquée par un hospitalocentrisme fort.

Ce développement d'une médecine hospitalière de pointe s'accompagne malheureusement d'une mise à l'écart progressive des plus pauvres. Les acteurs de la médecine de premier recours : médecins de ville et personnels des urgences sont alors les témoins de difficultés grandissantes d'accès aux soins sans pouvoir y faire face. À partir de la fin des années 1970, l'hôpital public se confronte aux difficultés de plus en plus lourdes de gestions administratives et financières et peine à concilier une médecine moderne avec sa mission historique d'accueil.

Devant ce constat et face à l'inaction des gouvernements, le monde de l'humanitaire engagé habituellement dans les pays pauvres réagit à l'urgence. À la fin des années 1960 déjà, ATD introduisait le concept de « quart-monde » pour désigner la grande pauvreté dans les sociétés occidentales. Deux ONG créent, devant l'urgence de la situation, des centres d'accueil et de consultations gratuites et sont rapidement débordées par le nombre de personnes accueillies. Ce sont la « Mission France » de Médecins Du Monde en 1986 et les centres médico-sociaux de Médecins Sans Frontières en 1987. D'autres suivront leur exemple et beaucoup de structures d'aide aux plus démunis ou aux malades exclus des soins verront le jour : les Restos du Cœur en 1985, la Fondation Abbé Pierre en 1988, Aides en 1984, etc. Dès lors, les questions d'exclusion sociale et de précarité s'invitent dans l'actualité et deviendront des sujets majeurs de décisions politiques. En 1988 est instauré le Revenu Minimum d'Insertion, mais les observations dans les années suivantes autour des personnes bénéficiant de ce dispositif montrent qu'il est bien insuffisant pour pallier seul au problème complexe de l'exclusion.

La publication, entre autres, de quatre rapports majeurs par des groupes de travail entre 1987 et 1994, permettra de mieux comprendre les causes et les enjeux de l'exclusion, en particulier s'agissant de la santé :

❖ Le **rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale »** présenté en 1987 au Conseil Économique et Social par le fondateur d'ATD Quart-Monde, le père **Joseph Wresinski**. Dans ce rapport, il donne l'une des premières définitions de la précarité. La santé y est présentée à la fois comme une cause et une conséquence de l'exclusion sociale, ainsi elle est un des leviers majeurs de la lutte contre la précarité, mais ne peut être le seul. (20)

❖ Le rapport du groupe de travail sur **l'accès aux soins des personnes en situation de précarité** dirigé par **Joseph Revol et Hélène Strohl** en 1987 met l'accent sur l'urgence à améliorer l'accès aux soins pour lutter contre l'exclusion sociale.(42)

❖ Le **rapport général du Haut Comité de la Santé Publique, « La santé en France »** publié en 1994 (43) puis un second en 1998, insistent sur l'importance des facteurs sociaux comme déterminants de l'état de santé et de l'accès aux soins.

❖ Et enfin le **rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale »** dirigé par et **Hélène Strohl et Antoine Lazarus** : « Une souffrance que l'on ne peut plus cacher ». (44)

La lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale devient « grande cause nationale », des campagnes de sensibilisation auprès du grand public sont entamées et des dispositifs se développent mais restent très sectorisés. Il faudra attendre 1998 pour qu'une loi-cadre qui tend à *«améliorer la situation des exclus»* et dont l'objectif est *«la citoyenneté de tous»* voie le jour. (45)

2. De grandes avancées dans la lutte pour l'accès aux soins

Les grands programmes de lutte contre l'exclusion sociale sont principalement contenus dans la loi de 1998. Cette loi concerne plusieurs domaines, dont celui de la santé, elle est le texte fondateur principal des Permanence d'Accès aux Soins de Santé qui doivent permettre de réconcilier l'hôpital avec sa mission originelle d'accueil des démunis. Dans ses suites, la création de la Couverture Maladie Universelle permettra d'améliorer la couverture sociale et l'accès aux soins. Malgré cela, nous verrons qu'il reste de nombreuses situations d'exclusion, en matière de santé comme ailleurs, et que plus de dix années plus tard, la loi Hôpital-Patients-Santé-Territoire en 2009 et le Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale en 2013, se battent encore contre les mêmes obstacles.

a. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions : la création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé.

Cette loi rappelle le principe fondamental de l'égalité de tous les êtres humains et l'importance de la lutte contre les exclusions. Elle souhaite par son application *« garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux »* (46), elle entend pour cela déployer des mesures afin d'améliorer l'accès à l'emploi, au logement, à la santé, à

la justice, à l'éducation et la formation, à la culture, à la protection de la famille et de l'enfance. L'accent est mis sur la nécessité d'un meilleur repérage des situations à risque ainsi que sur l'obligation de permettre à chacun d'être informé de ses droits et d'être aidé dans ses démarches pour les faire reconnaître. Elle rappelle leur rôle dans cette lutte à tous les services publics mais invite également le secteur privé et les citoyens dans leur ensemble à y prendre part.

Les articles 67 à 77 de cette loi concernent spécifiquement le secteur de la santé, l'article 73 rappelle le rôle primordial de l'hôpital public dans la lutte contre l'exclusion sociale par l'accueil mais également par le lien qu'il entretient avec les structures d'amont et d'aval « *dans une dynamique de réseau* »(47).

Pour cela, sont mis en place les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) (art. 71) qui doivent permettre d'organiser des actions pluridisciplinaires prometteuses à terme dans la lutte contre les inégalités de santé. L'article 76 précise : « [...] *Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes* », c'est la naissance des Permanences d'Accès aux Soins de Santé. (PASS)

La circulaire du 17 décembre 1998 en détaille les objectifs et les caractéristiques (48) : « [...] *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. [Elles] pourront être situées à proximité ou dans les services d'urgence pour lesquels elles serviront de relais.* ». Il y est précisé l'objectif majeur d'intégration et non de stigmatisation : « *Il ne s'agit, en aucun cas, de créer au sein de l'hôpital des filières spécifiques pour les plus démunis. Au contraire, ceux-ci doivent avoir accès aux soins dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population, notamment dans le cadre de consultations de médecine générale à horaires élargis.* »

À partir de l'année 2000, les structures sont effectives, élaborées autour de lieux d'accueil médico-sociaux préexistants (comme la consultation Baudelaire à Saint Antoine ou Villermé à Bobigny) ou nouvellement créées. La circulaire prévoit également la création

d'unités mobiles pour aller directement à la rencontre des plus exclus. Le financement de ces PASS est assuré au titre de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général (MIG) et consiste en une enveloppe annuelle globale en fonction de l'activité et gérée par le chef d'établissement.

La création des PASS doit permettre de réconcilier l'hôpital public avec sa mission historique d'accueil des plus pauvres, mais également d'améliorer les liens entre l'hôpital et la ville, de développer les réseaux afin d'assurer au mieux la continuité des soins pour tous. Nous verrons plus loin comment leur organisation est définie par les textes successifs et leur fonctionnement, quinze ans après leur création.

b. Loi de juillet 1999 : la création de la Couverture Maladie Universelle

La loi d'orientation contre l'exclusion de juillet 1998 donne l'impulsion des réformes destinées à améliorer l'accès aux droits fondamentaux. On assiste à une avancée majeure dans l'accès à une protection sociale pour tous : la création de la Couverture Maladie Universelle (49), qui fait entrer les personnes sans activité professionnelle dans le régime général d'assurance maladie. Cette CMU de base peut également s'élargir avec une complémentaire gratuite pour les personnes dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil. À l'époque, de nombreuses associations réclament également l'intégration de l'Aide Médicale d'État pour les personnes sans titre de séjour, mais cela ne sera pas le cas et l'AME reste un dispositif à part, avec une attestation papier (pas de possibilité de carte Vitale) et un financement différent. Il faut noter que dans la plupart des situations, les demandeurs d'asile dont le dépôt de demande a été accepté bénéficient de la CMU.

Voici un rappel des différents dispositifs de couverture maladie selon les situations personnelles en 2013(50):

❖ **Régime d'assurance maladie de base**

Résidence régulière en France

Travailler ou avoir travaillé (salariés, commerçants, artisans, agriculteurs, étudiants, retraités, chômeurs...) ou être ayant droit d'un affilié par le travail.

Assurance maladie obligatoire.

Paiement des cotisations par prélèvement sur les ressources, proportionnel aux revenus.

❖ **CMU : subsidiaire du régime de base**

Être français et ne pas remplir les conditions d'affiliation au régime général ou être étranger en situation régulière de séjour et avoir la preuve de sa présence en France depuis plus de 3 mois (les demandeurs d'asile et les mineurs sont exemptés de ce délai : ouverture immédiate des droits).

Déclarer une adresse postale ou produire une attestation d'hébergement par un tiers ou à défaut de l'une ou de l'autre une domiciliation.

Exonération des cotisations pour les personnes dont les revenus mensuels sont inférieurs à un certain seuil (764 euros/mois pour une personne seule en 2012), Cotisations à hauteur de 8 % pour les revenus dépassant ce seuil.

Elle est attribuée pour 1 an.

❖ **Mutuelle complémentaire privée**

❖ **CMU-C : mutuelle complémentaire gratuite**

Sous conditions de ressources quelle que soit le régime d'affiliation à la sécurité sociale. (Moins de 716 €/mois pour une personne seule).

Être affilié à la Sécurité sociale soit par le régime d'assurance maladie de base soit par la CMU

Attribution non automatique, il faut en faire la demande

❖ **ACS : aide à l'acquisition d'une complémentaire santé**

Revenus mensuels inférieurs à seuil (en 2013, 967 €/ mois)

Être affilié à la Sécurité sociale soit par le régime général soit par la CMU.

En faire la demande

Aide financière progressive en fonction de l'âge.

❖ **AME : Aide Médicale État**

Prestation sociale, financée par l'État, gestion par la Sécurité Sociale

Être étranger en situation irrégulière de séjour

Avoir des revenus mensuels inférieurs à 661 €/mois pour une personne seule

Attester de son identité

Apporter la preuve d'une résidence continue sur le territoire de plus de 3 mois (les mineurs sont exemptés de ce délai : ouverture immédiate des droits). (Exigé depuis 2004)

Déclarer une adresse postale, ou produire une attestation d'hébergement par un tiers ou à défaut de l'une ou de l'autre une domiciliation administrative

Elle est attribuée pour 1 an

❖ **La particularité des soins urgents et vitaux**

L'article L254-1 du code de l'Action Sociale et des Familles et la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005(51) précisent : « *Sont concernés les étrangers qui ne remplissent pas la condition de régularité de la résidence [...] c'est-à-dire les étrangers en situation irrégulière qui :*

- *résident sur le territoire national depuis moins de trois mois. Sont donc exclus de la prise en charge les étrangers en simple séjour en France titulaires d'un visa de court séjour.*
- *ou résident en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et ne sont pas bénéficiaires de l'AME, soit qu'ils ne remplissent pas les conditions requises pour l'obtenir, soit qu'ils n'en aient pas sollicité l'attribution, soit encore qu'ils aient effectué une demande d'AME dont le dossier est en cours d'instruction ou a été rejeté.*

-

Si le patient ne peut prétendre à une prise en charge au titre des soins urgents, ni à aucune autre couverture maladie, la totalité des frais relatifs aux soins dont il a bénéficié lui est facturée »

La notion de soins urgents « *Seuls sont pris en charge les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître [...], les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par exemple), [...] tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs résidant en France et qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'aide médicale de l'État, [...] les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse [...] ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau-né, [...] les interruptions de grossesse pour motif médical ainsi que les IVG.* »

Les conditions de délivrance des soins « *Sont donc pris en charge l'ensemble des frais relatifs à des soins dispensés en établissement de santé soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit dans le cadre des soins externes. Les bénéficiaires sont par ailleurs dispensés de l'avance de frais.* »

En 2013, le nombre de bénéficiaires de la CMU de base était de 2, 5 millions, 4,5 millions pour la CMU complémentaire et 264 000 pour l'AME (52). L'ACS a concerné 90 000 personnes (53) mais avec un taux de non recours proche des 65 %. (54)

Actuellement en France, sous condition de résidence depuis au moins 3 mois, tout le monde à un accès théorique à une couverture maladie et donc aux soins, à l'exception des étrangers en situation irrégulière qui ne répondent pas aux conditions pour l'AME (revenus supérieurs au seuil, problème de preuve d'identité, de domiciliation..) qui n'ont donc aucune couverture maladie. En pratique, de nombreux obstacles restent à franchir pour garantir un égal accès aux soins à tous, pour ne citer que les plus influents : la méconnaissance des patients et des soignants des dispositifs existants avec un non-recours aux droits potentiels important, le refus de soins encore trop fréquent parmi les praticiens pour les personnes bénéficiaires de la CMU ou de l'AME, le renoncement aux soins souvent conséquence des effets seuil.

Il faut noter enfin la particularité des voyageurs extracommunautaires sous visa (en général d'une durée courte de 1 à 3 mois), en théorie couverts par le système de soins de leur pays d'origine en cas de soins en France. Ceci restant en effet très théorique pour les patients originaires de pays pauvres. Ces patients constituent donc avec les personnes en situation irrégulière exclues de l'AME, une catégorie n'ayant à un moment donné aucun droit potentiel à une couverture sociale, en dehors des situations limitées définies pour les soins urgents et vitaux. Nous verrons plus loin qu'ils ne sont pourtant pas toujours reçus au sein des PASS.

D. Des inégalités sociales de santé qui persistent

Les évolutions scientifiques et sociales - conditions de vie, protection sociale et accès aux soins - survenues depuis les cinquante dernières années ont permis de manière irréfutable une amélioration de l'état de santé et une diminution de la mortalité globale en France. Mais ces progrès ne sont pas observés de manière égale dans l'ensemble de la population. (13) Les inégalités sociales de santé concernent des catégories sociales diverses et ont des causes tout aussi nombreuses. Nous nous concentrerons essentiellement sur les difficultés rencontrées par les personnes en situation de précarité et en particulier sur les personnes consultant dans les centres de soins gratuits.

1. La précarité et la santé, les inégalités sociales de santé en France

L'émergence d'une préoccupation nationale pour les problèmes de précarité et d'exclusion à la fin des années 1970 permet le développement d'une part de politiques sociales destinées à lutter contre les facteurs connus, et d'autre part de nombreuses équipes de recherche sur ces sujets afin de mieux en comprendre les déterminants. Bien que de grands progrès en matière de protection sociale aient été constatés (l'instauration des minima sociaux, la Couverture Maladie Universelle...), la précarité, en particulier des conditions économiques, reste un problème majeur en France, aggravé depuis 2008 par les effets de la crise qui a entraîné un approfondissement de la pauvreté. D'après le rapport de l'ONPES paru en juillet 2014 (2), il y a en France actuellement 8,7 millions de personnes sous le seuil de pauvreté monétaire à 60 % du niveau de vie médian, dont 700 000 sont passées sous ce seuil depuis 2008, la majorité de ces « nouveaux pauvres » étant même entrée directement dans la catégorie de « pauvreté aggravée ». (L'ONPES utilise le seuil de 60 % pour la pauvreté et celui de 50 % pour la pauvreté aggravée)

Les situations difficiles, quelle qu'en soit la cause, ont des répercussions sur l'état de santé et l'accès aux soins des personnes. Les travaux sur les inégalités sociales de santé montrent qu'elles suivent un gradient socio-économique sans seuil facilement identifiable (55). Les indicateurs révèlent un état de santé perçu et réel moins bon pour les catégories socio-économiques les plus défavorisées. Ces constatations sont superposables quant à l'accès aux soins, et les avancées en matière de couverture maladie peinent pour l'instant à réduire les inégalités en la matière. Le centre de consultations gratuites de Médecin du Monde-Mission

France a enregistré une augmentation du nombre de ses consultations de 24 % depuis 2008 (3) et le renoncement aux soins pour raison financière concerne 15 % des personnes en 2008 (55). Le rapport de la sénatrice Aline Archimbaud (54) pointe également les difficultés rencontrées par les populations les plus précaires, celles « évidentes » comme les sans-abri, mais également les étudiants, les agriculteurs, et les personnes sous main de justice. Enfin, les étrangers en France sont presque systématiquement confrontés aux difficultés d'accès aux soins et plus nombreux que les Français dans les centres de consultations destinés à permettre un accès plus large. (PASS, Comede, Médecins du Monde, PMI...)(56)

2. Un objectif de santé publique réaffirmé

La lutte contre la pauvreté et l'exclusion et, en particulier pour l'accès aux droits, fait partie désormais des objectifs affirmés des gouvernements, bien que la mise en œuvre et les résultats restent bien souvent insuffisants. Depuis la loi-cadre de 1998, plusieurs actions ont permis encore des améliorations, nous ne citerons ici que les plus emblématiques.

La création des **Ateliers Santé Ville** par la circulaire de juin 2000, dans une optique de décentralisation, de réflexion et d'actions par les acteurs de proximité pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

La circulaire 2009-181 du 30 juin 2009 permet **l'acquisition de la CMU pour les bénéficiaires du RSA**. (à condition d'en faire la demande) (57)

Cette nécessité de favoriser l'accès aux soins est rappelée également dans la **loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire** adoptée en 2009 (58) qui crée deux articles du code de la santé publique, L. 1431-2 et L. 1434-2, rappelant aux ARS qu'elles doivent « *réguler, orienter et organiser [...] l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé, [veillant] à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion* » et également que « *le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec [...] la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion* ».

Enfin le **Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale** adopté en janvier 2013 compte plusieurs mesures visant à assurer l'accès effectif aux droits, beaucoup de personnes au sein cette population des plus vulnérables ne bénéficiant pas des possibilités d'aide correspondant à leur situation, et en particulier la lutte contre les inégalités sociales et

territoriales de santé avec une hausse du plafond de la CMU complémentaire et de l'aide à l'acquisition à une complémentaire santé et la facilitation des démarches de domiciliation. (59)

3. La situation en Seine-Saint-Denis

Pour être efficiente, une structure tournée vers l'accès aux droits doit être adaptée au tissu social au sein duquel elle est implantée, tant sur le plan de l'organisation que de sa taille et son financement. Aussi, notre souci étant de répondre à une problématique concernant la permanence d'accès aux soins de l'hôpital Avicenne de Bobigny, il nous faut examiner les indicateurs démographiques et socio-économiques de la Seine-Saint-Denis. L'Observatoire Régional de la Santé d'Île-de-France met régulièrement à jour les données et les indicateurs de santé observés dans chaque département francilien. Ces chiffres permettent une bonne approche, à la fois de la situation démographique et économique, mais également de l'accès aux soins. (morbi-mortalité, offre médicale, consommation de soins) (60).

La Seine-Saint-Denis compte environ 1 530 000 habitants, une population jeune et urbaine, avec une forte croissance (1 %). C'est un département d'accueil important avec 21 % de la population de nationalité étrangère. (12 % en Île-de-France, 6 % en France métropolitaine). C'est un département pauvre dont les habitants sont parmi les moins aisés de France avec une forte proportion vivant sous le seuil de pauvreté, 23 % vivent dans un foyer à bas revenus. (Soient moins de 954 euros/personne) Le taux d'allocataires des minima sociaux y est plus élevé que pour le reste de l'Île-de-France et de la France métropolitaine :

- ❖ Taux de chômage à 12,7 % (9,7 % national) (61)
- ❖ 11 % de la population est bénéficiaire de la CMUC (5,7 % IDF et France métropolitaine) soient 166 000 personnes
- ❖ 21 % des bénéficiaires de l'AME en France vivent en Seine-Saint-Denis (soient 55000 personnes, 70 000 à Paris pour 264 000 au total (52))

Sur le plan de la santé, la mortalité y est plus élevée que pour le reste de la région avec une mortalité prématurée particulièrement haute dans l'ouest du département et une mortalité infantile avant 1 an relativement élevée. La consommation de soins est plus faible en Seine-Saint-Denis qu'aux niveaux régional et national, quel que soit le domaine de soins.

Cela semble corrélé aux problèmes de démographie des professionnels de santé généralistes ou spécialistes. Le département présente en effet la plus faible densité de médecins généralistes libéraux de France (62) avec 63 médecins pour 100 000 (63), situation qui menace de s'aggraver dans les années à venir. Cette faible densité n'est qu'en partie compensée par l'offre, une des plus importantes pourtant, des centres de santé et de PMI/planning familial, mise en place par le conseil général et malheureusement elle aussi menacée de diminution.¹

Ce cumul d'obstacles sanitaires contribue à l'insuffisance de l'offre de soins en Seine-Saint-Denis, et rend surtout particulièrement difficile l'accès aux soins pour les personnes précaires.

La PASS de l'Hôpital Avicenne s'inscrit donc dans un département à forte croissance démographique, confronté à des problèmes socio-économiques importants, sources de situations de précarité diverses et nombreuses pour lesquelles l'accès aux soins devra être assuré. En particulier, la Seine-Saint-Denis est une « terre d'accueil » pour de nombreux nouveaux arrivants, qui se retrouvent souvent dans des situations difficiles dès leur arrivée en France, et avec parfois des éléments biographiques très lourds, violences subies, séparation familiale, exil dans l'urgence. Dès 1991, Médecins du Monde prend la mesure des difficultés croissantes et crée sa Mission France et son Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation.² Depuis, le département a su initier des projets, comme le développement des structures de PMI et de planning familial cité plus haut et la possibilité du tiers payant pour la part obligatoire dans les cabinets de ville bien avant le reste du territoire. Enfin, en plus des lieux de soins de « ville », le département possède un réseau de six PASS³. Ces structures sont au cœur de la prise en charge des personnes vulnérables et leurs activités reflètent l'état du réseau de santé en amont et en aval de leurs consultations. Ce sont des lieux de primoaccueil avec des travailleurs sociaux et des médecins généralistes assurant des soins de premier recours.

¹ Les données détaillées sont disponibles sur le site de l'ORS : <http://www.ors-idf.org/index.php/etat-de-sante-en-ile-de-france>

² Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation – Mission BANLIEUE / La Plaine St-Denis, 8-10, rue des Blés - 93210 La Plaine Saint-Denis, Date d'ouverture:1991

³ Les Pass de Seine-Saint-Denis sont installées dans les hôpitaux de Bobigny, Bondy, Aulnay-sous-Bois, Montreuil, Montfermeil et Saint-Denis. Il existe également une équipe mobile psy-précarité structurée en Pass à l'Établissement public de santé de Ville Evrard

4. Politique de santé, politique économique et politique d'immigration

Si l'accès aux droits est désormais majoritairement reconnu comme une priorité par les gouvernements quelle que soit leur couleur politique, les décisions et leurs mises en pratique peinent à dépasser les programmes électoraux. Comme le montre le débat actuel concernant la généralisation du tiers payant intégral, les politiques de santé sont intimement liées aux politiques économiques et aux politiques d'immigration. Ainsi, la lutte contre la « fraude » et contre les « abus » sont des arguments utilisés contre les revendications des défenseurs de l'accès aux soins. De la même façon, ces arguments en lien avec la santé sont bien souvent utilisés pour justifier des politiques d'immigration. Cette « chasse à la fraude et aux abus » est affirmée jusque dans les programmes de lutte pour les plus démunis (59)) et très régulièrement par les personnalités politiques et par la presse (64). Malheureusement cela justifie souvent des formes de discriminations de la part de l'administration (65), en opposition avec les textes législatifs et faisant obstruction aux démarches d'accès aux droits. (66)

Les étrangers sont bien souvent la cible de soupçons de fraude et de consommation de soins «inutiles» ou «irresponsables» (67). Ces soupçons sont source de difficultés d'accès primaire aux soins et de menaces sur la pérennité des dispositifs qui leurs sont destinés. (68)

Nous verrons, de la même façon, que les dernières réformes hospitalières et en particulier la tarification à l'acte font peser un impératif financier qui menace les possibilités d'action des équipes des PASS et paraissent totalement incompatibles avec leur mission d'accueil.(45) Les négociations concernant les PASS et leur fonctionnement tournent très souvent autour d'un argumentaire budgétaire et d'une crainte d'un effet d'« appel d'air » de la part du personnel administratif limitant de fait les moyens de ces structures.

E. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé

Si les textes officiels cités plus haut ont fourni un cadre en donnant une définition et des objectifs pour la création des PASS, ils laissent la place à une grande liberté d'interprétation. Ainsi l'organisation et le fonctionnement des PASS diffèrent largement d'un établissement à l'autre.

Il existe actuellement en France 410 PASS dont 54 en Île-de-France. (69)

1. Des missions communes

La loi de 1998 donne le cadre de création des PASS :

- ❖ **article 1:** il réaffirme *«la mission d'accueillir et de prendre en charge les publics en situation de précarité, mais aussi mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral, ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation, de soins.»* (46)
- ❖ **article 71:** que *«les établissements publics de santé [...] mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter l'accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.»*

La circulaire du 17 décembre 1998 (48) précise qu'il s'agit *« de permanences hospitalières médico-sociales dont l'objectif est le repérage, la prise en charge médicale et sociale, la facilitation de l'accès effectif aux soins, et à l'intégration dans un réseau sanitaire et social d'amont et d'aval des personnes en difficulté »*. *« L'importance de la population démunie détermine la taille des PASS qui comprennent soit des travailleurs sociaux qui leur sont affectés, soit des professionnels du service social de l'hôpital qui assurent à tour de rôle une permanence »*.

Une fois donné ce cadre théorique, les modes de fonctionnement restent donc à l'initiative des établissements sont donc très différents selon les PASS et les moyens qui leur

sont alloués, compromettant parfois la prise en charge effective des patients concernés comme nous allons le voir.

En juin 2013 la Direction Générale de l'Offre de Soins émettait en ce sens une circulaire sous forme de référentiel afin « *que les prestations assurées dans les permanences soient harmonisées pour proposer un accompagnement efficace dans tous les hôpitaux où elles existent* » (69).

Ce référentiel permet de donner un cadre législatif plus précis à l'organisation et aux missions d'une PASS :

- ❖ **La structure:** dispositif habituellement situé dans un établissement de santé, facilement identifiable et accessible bénéficiant d'une signalétique claire à l'accueil et dans les principaux lieux de passage de l'établissement. Ses modalités d'accès et sa localisation doivent être connues des personnels de l'établissement et au-delà. (brochure, site internet) Elle dispose d'un personnel dédié en particulier un référent social et un référent médical. Elle doit conserver une vocation généraliste avec néanmoins la création nécessaire de PASS spécialisées dans les spécialités pour lesquelles l'accès aux soins est particulièrement difficile.
- ❖ **Les patients bénéficiaires:** toute personne en situation de précarité qui a besoin de soins externes et ne peut y accéder en raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude ou pour d'autres raisons d'ordre social (désocialisation, difficultés à s'orienter, nécessité d'accompagnement)
- ❖ **L'accès aux soins:** permettre l'accès aux consultations dispensées dans l'établissement, assurer accueil, prévention, information, orientation et soins au sens large. (médecine générale, spécialistes, soins odontologiques, soins infirmiers, plateau technique, délivrance de médicaments) Le recours à un service d'interprétariat doit être possible. Et enfin l'accompagnement dans ce parcours afin de permettre l'accès à l'offre de soins de droit commun, de bénéficier de la continuité des soins conforme aux besoins du patient, avec une orientation à l'issue de la prise en charge à la PASS.

❖ Les activités :

- auprès des patients : accompagnement dans la reconnaissance et l'accès aux droits et accès effectifs aux soins.
- auprès des personnels de l'établissement afin de les aider dans le repérage et la prise en charge des situations de précarité par l'information, la sensibilisation, la diffusion de documents et l'accompagnement.
- auprès des partenaires extérieurs en particulier le réseau local de professionnels agissant dans le domaine de la précarité, mais également les médecins libéraux par l'intégration à un réseau médico-social local

2. Des pratiques différentes

Une PASS doit se définir par rapport à l'environnement socio-économique et son territoire ; elle adapte son organisation à son activité et aux personnes qu'elle accueille. Ceci bien entendu, en fait une structure variable justifiant des différences de fonctionnement. L'enquête réalisée par la DHOS en 2003 montrait que selon les PASS, la fréquentation variait de 0 à 37 patients par jour. (70) Ses grandes disparités s'expliquent donc en partie par le tissu social au sein duquel évolue l'hôpital (densité, situation socio-économique) mais surtout par les modes d'organisation (71). Pour commencer, un médecin intervient seulement dans une PASS sur deux. Ensuite dès leur création, il a été envisagé deux grands modes de fonctionnement qui peuvent se trouver associés dans certains établissements : la PASS horizontale ou centralisée et la PASS transversale. (72)

La **PASS horizontale ou centralisée** a deux types d'action, la première permet aux patients qui n'ont pas de couverture sociale de se faire soigner grâce à des « bons » appelés eux aussi « PASS » attribués par l'assistante sociale qui en a la charge. Cette attribution se fait en parallèle d'un accompagnement dans les démarches de recouvrement d'une assurance sociale. Ces bons, valables un mois, renouvelables, permettent de bloquer les factures au niveau du service financier en attendant que le patient soit assuré. Ils permettent d'accéder à tous les services de l'hôpital (soins ambulatoires, consultations, pharmacie, examens, etc.), de disposer de l'offre de soin de l'hôpital comme tout patient. La seconde consiste à proposer des services réservés et adaptés à cette population en situation de précarité économique et/ou

sociale, ce sont les consultations de la PASS (consultation de médecine générale, entretien et accompagnement sociaux). La condition nécessaire d'une PASS horizontale est de disposer d'un espace dédié à la prise en charge de ces patients, celui-ci doit être physiquement présent dans l'hôpital. Les modalités de fonctionnement et la taille peuvent varier d'un hôpital à l'autre. La structure de base de ce type de PASS est constituée d'une permanence sociale et d'une consultation de médecine générale sans rendez-vous. Il existe des variations d'un hôpital à l'autre, des consultations spécialisées peuvent être proposées comme la gynécologie, l'ophtalmologie, psychiatrie, etc., soins infirmiers, il existe également beaucoup de PASS horizontales qui ne fonctionnent que sur rendez-vous.

La **PASS transversale** ne possède pas d'espace dédié et ne propose pas de consultations « PASS », le dispositif se résume en général au système de « bons » et a pour but de permettre l'accès aux soins proposés par l'hôpital sans que ceux-ci ne soient facturés au patient; les soins ne sont pas adaptés, ils restent les mêmes pour tout le monde. L'idée souvent mise en avant par les tenants de la PASS transversale est qu'elle empêche toute stigmatisation des patients pauvres et sans couverture sociale en les intégrant dans le système de soin normal. Ainsi, aucune différence n'est faite entre un patient sans couverture sociale et un patient assuré au niveau des soins médicaux. Le parcours est le même sauf que le patient sera orienté avant ou après la consultation vers un travailleur social s'il n'est pas en mesure de présenter une carte de sécurité sociale pour qu'on lui fasse un bon PASS afin de commencer les démarches pour recouvrer une couverture sociale. Ce système, de loin le plus répandu dans les hôpitaux de France, ne propose pas la possibilité d'un soin « adapté » même temporairement et ne permet pas de pallier aux difficultés d'accès de certains patients en situation difficile (SDF, difficultés à s'orienter, respect des heures de rendez-vous, compréhension, psycho traumatisme, etc.). Les soins qu'il propose ne prennent pas en compte les déterminants sociaux de la santé. Les médecins et les travailleurs sociaux travaillent parallèlement, mais avec peu de possibilités de collaboration, traitant les problèmes selon deux aspects séparés, le social d'un côté et le médical de l'autre. (73)

À cela s'ajoute également la volonté des professionnels impliqués, tant de la part des personnels sociaux et médicaux que de l'administration. Selon les PASS, le pouvoir décisionnel n'est pas toujours détenu par les mêmes acteurs, la personne « à la tête » de la structure n'est pas toujours un médecin ou une assistante sociale, parfois même ces derniers n'ont pas vraiment de poids dans les prises de décisions. Cela modifie bien sûr énormément les orientations d'organisation, la négociation des budgets, la pérennité des projets.(73) Le Comede, dans son rapport d'activité 2012, note une réelle influence de ce contrôle financier

des pratiques médicales et sociales dans les établissements de santé dans les situations de refus de prise en charge, où médecins et travailleurs sociaux se retrouvent de plus en plus souvent en conflit avec leur hiérarchie.

Enfin, il n'existait pas, jusqu'alors, de textes spécifiant les critères d'éligibilité d'accès à la PASS et aux « bons PASS ». Et c'est là qu'on observe les différences majeures de fonctionnement (de dysfonctionnement ?) des PASS en particulier concernant les patients qui doivent être reçus à la PASS. Si la circulaire de juin 2013 a clairement redéfini les patients bénéficiaires, les pratiques restent encore très variées. Certaines structures reçoivent seulement les patients sans droits ouverts, mais pas les patients avec une couverture sociale, certaines structures refusent de prendre en charge les patients sans droits potentiels (certaines personnes ne peuvent jamais accéder à une couverture maladie pour diverses raisons : impossibilité de prouver son identité, revenus supérieurs au plafond de l'AME, imbroglio dans leur situation administrative...) les réorientant, au mieux, vers les structures associatives. Ensuite, les patients consultant avec un visa touristique sont très souvent exclus des prises en charge, considérés comme des « touristes sanitaires » et couverts par leur assurance de voyage. S'ils sont exclus dans les textes de la prise en charge des soins urgents et vitaux (51), qu'en est-il des personnes qui ont besoin de soins au cours de leur séjour? La majorité d'entre eux venant de pays pauvres n'ont de fait aucun recours au soin possible en cas de nécessité. (67)

Restent les critères d'éligibilité au « bon PASS », qui souvent confrontent les acteurs de la PASS et les personnels administratifs de l'hôpital. Le référentiel de 2013 (69) précise que « *[les] soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients qui, au moment de la réalisation des actes, ne pourront bénéficier d'une couverture sociale.* » Il n'est pas clairement énoncé que l'absence de complémentaire, si elle est reconnue comme une situation de précarité pouvant amener une personne à bénéficier d'une prise en charge à la PASS, permettait de ne pas facturer les soins. Ce problème de la facturation pour les personnes avec une couverture sociale (complète ou non) des soins revient fréquemment dans les discussions au sein des réunions de pilotage des PASS, les impératifs financiers des établissements poussent les personnels administratifs à souhaiter séparer la facturation en « soins gratuits » pour les non assurés et facturation « normale » (avec le tiers payant pour la part complémentaire) pour les autres. Cette solution n'est pas souhaitable selon beaucoup de médecins de ces structures notamment à Avicenne où aucune consultation n'est actuellement facturée, puisque cela ramènerait les patients qui renoncent aux soins dans le parcours de droit

commun en raison du reste à charge trop lourd à leur problème initial et donc à une impossibilité de recours aux soins. Beaucoup de patients, comme nous le verrons, viennent à la PASS pour un besoin de soin qui s'est heurté jusqu'ici au problème financier et ont été orientés là en raison de la gratuité ; cela reviendrait à promettre une fausse gratuité dans les PASS et pousserait ces personnes vers les centres associatifs de soins gratuits ou tout simplement à renoncer à se soigner. *« Sans protection complémentaire, l'interruption des soins est la règle, immédiate ou consécutive à la réception à domicile de la facture. Considérés comme « perdus de vue » par les dispositifs de droit commun, une partie de ces malades retardent le recours aux soins jusqu'à l'aggravation de leur état de santé ».* (67)

3. Un bilan contrasté

La création et la généralisation des PASS depuis 2000 réconcilient l'hôpital public avec sa mission d'accueil universelle. Si pour les structures qui fonctionnent « bien » les bénéfices sont indiscutables, on voit déjà que la récente circulaire de juin 2013, par une définition plus claire des missions de la PASS, permet de mettre en lumière des problèmes de fonctionnement pour certaines d'entre elles.

a. Les réussites

Depuis leur création, le nombre de PASS a régulièrement augmenté et on compte à ce jour 410 PASS en France, avec une bonne implantation territoriale, malgré tout encore insuffisante en zone rurale (71) Les PASS fournissent l'aide à l'ouverture des droits à une couverture médicale, accueillent et accompagnent les personnes dans la reconnaissance de leurs droits de façon plus large puisque la quasi-totalité de ces structures offre la possibilité d'un entretien et d'un accompagnement social. Cela s'est particulièrement vérifié pour les migrants et les personnes après leur sortie d'un lieu de privation de liberté.

De la même façon les évaluations constatent qu'elles sont efficaces sur le plan de la prévention, du dépistage et du traitement en particulier pour la tuberculose, le VIH, les hépatites, avec des possibilités de prise en charge pour personnes issues de pays à forte prévalence de ces maladies. (3)

Les rapports d'activité des PASS et des associations impliquées dans la médecine de la précarité notent tous un travail en réseau effectif, quand il existe. (3)

Les PASS représentent surtout pour beaucoup l'«*antidote à une filière spécifique*» (45) d'une médecine des pauvres, puisqu'elles peuvent être la passerelle vers le droit commun. Les structures associatives et humanitaires, comme le Comede et Médecins du Monde, considèrent même déjà les PASS comme un lieu de soins de droit commun à part entière.

La possibilité de recours de plus en plus fréquent à l'interprétariat est également un avantage précieux de ces structures puisque comme nous le verrons, l'obstacle de la langue est souvent majeur et les possibilités en dehors des PASS très restreintes.

Enfin, beaucoup des acteurs des PASS sont les tenants d'une « médecine sobre » qui apprend, ou réapprend, la place du *care* (prendre soin) au sein d'une démarche de *cure* (soigner). Cette démarche ne peut bien entendu pas se justifier par les contraintes de l'exercice en PASS et l'exigence d'une médecine de qualité pour tous est au cœur de leur travail, mais cela participe selon nous à la particularité de la relation entre le patient et l'équipe de la PASS, de la relation à l'autre, que l'on retrouve souvent dans les discours de professionnels et de patients.

b. Les limites

Malgré leur nombre, les PASS existantes sont insuffisantes permettre un maillage satisfaisant du territoire, en particulier dans les zones rurales. Seulement 11 % des PASS sont implantées en zone rurale ou unité urbaine de petite taille.

Les PASS spécialisées restent également trop rares, en particulier pour les soins dans les spécialités difficiles d'accès comme les soins dentaires, l'ophtalmologie, la gynécologie-obstétrique et la psychiatrie. La synthèse des rapports sur les PASS réalisée par la DGOS (71) révèle aussi la nécessité du développement de PASS mobiles (seules quatre existent, sur les huit recommandées par la DGOS), seules capables de pallier aux difficultés d'accès aux soins des grands exclus qu'ils soient exclus «géographiques» (zones rurales, inégalités territoriales d'offre de soins) mais également ceux au cœur des villes qui ont beaucoup de difficultés à engager une démarche de soins. (SDF, personnes souffrant de pathologies psychiatriques lourdes, d'addictions (74))

Autre révélateur d'un manque de structures, les centres de santé et de services sociaux gratuits n'ont pas vu leur activité diminuer, bien au contraire, les centres de Médecins du Monde et le Comede enregistrent une augmentation régulière du nombre de personnes reçues.

(3) (+33% sur l'ensemble des centres de Médecins du Monde depuis 2008, même si les réformes de 1998 et 1999 ont permis la fermeture de 10 centres on compte encore actuellement 20 CASO en France) Cette augmentation peut être en partie attribuée aux répercussions de la crise économique depuis 2008 ainsi qu'au durcissement des conditions de régularisation et d'accès aux soins pour les étrangers, qui renforcent encore les inégalités sociales de santé en France, le dysfonctionnement de certaines PASS ne permet pas d'améliorer l'accès aux soins sur les territoires concernés et des hôpitaux officiellement dotés d'une PASS renvoient même les patients sans couverture sociale vers les centres associatifs. (Voir les modes de recours détaillés dans les rapports précédemment cités de Médecins du Monde et du Comede) Le Comede considère ainsi que 2 % des obstacles aux soins sont dus aux dysfonctionnements de l'hôpital ou de la PASS. (67) L'obstacle principal qui peut être rencontré est sans doute l'absence totale de dispositif, c'est-à-dire que l'établissement possède officiellement une PASS, le plus souvent transversale, sans aucune activité concrète, sans espace dédié ni même aucun personnel. C'est le cas dans presque 10 % des PASS qui déclarent n'avoir aucun personnel dédié au dispositif (45), ce chiffre étant certainement sous-évalué puisqu'on peut s'interroger sur les possibilités de prise en charge dans les structures qui ne disposent pas de temps médical dédié (une sur deux) et sur les établissements qui réorientent les patients sans droits vers d'autres structures, PASS voisines ou centres gratuits associatifs. (3) L'existence du dispositif PASS peut trop facilement être oubliée dans ces situations et pour beaucoup, il faut, pour assurer le fonctionnement et la pérennité, au minimum un médecin et une assistante sociale, voire une existence « physique » par des locaux dédiés. (Soit une PASS horizontale)

Ce dispositif physique minimum permettrait également de pallier le manque de visibilité dont souffrent les PASS, tant vis-à-vis des professionnels extérieurs qu'au sein même de leurs établissements puisque certains rencontrent des difficultés pour la délivrance des traitements par la pharmacie hospitalière pour leurs patients. L'existence réelle permettrait une diffusion des informations et des procédures afin de développer un réseau intra et extrahospitalier. Ce réseau quand il existe déjà est souvent assez bien développé avec le monde de la médecine de la précarité local mais assez peu avec les médecins et paramédicaux libéraux. Par exemple, seuls 35% ont des partenariats avec des médecins généralistes libéraux, pourtant indispensables pour assurer l'accompagnement des patients vers le droit commun et la continuité des soins. (75)

Comme nous l'avons vu plus haut, les décisions prises quant au fonctionnement de chaque PASS ne sont pas toujours compatibles avec la mission d'accueil inconditionnel des

personnes en situation de précarité rappelée dans la circulaire de juin 2013. Ainsi on observe des restrictions ou des refus de soins dans les PASS de l'hôpital public, qui concernent, selon les circonstances et les critères d'éligibilité retenus par les structures, les personnes sans droits potentiels, les personnes avec une couverture sociale même lorsqu'elles présentent des facteurs de précarité voire parfois les personnes avec des droits possibles, mais pour qui la demande n'a pas été faite. Il en va de même pour les problèmes de facturation, les PASS qui fonctionnent avec la facturation des soins aux personnes avec une couverture médicale même incomplète, alors même que ces personnes ont fait le choix de se présenter à une consultation de « précarité » font fuir ces patients dans le meilleur des cas vers des structures gratuites sinon les amènent à renoncer aux soins.

Ces obstacles ne pourront aller qu'en s'aggravant dans un contexte d'injonctions contradictoires entre la mission établie par la loi et les incitations répétées des tutelles à réaliser des économies financières. Le poids de l'argument budgétaire est bien entendu majeur dans les choix et les possibilités de fonctionnement des PASS :

« L'existence d'une PASS dans un établissement hospitalier dépend d'une (bonne) volonté locale tripartite associant une équipe médicale, un service social et le soutien d'une direction hospitalière. Le manque d'un seul élément de ce trépied met en danger le dispositif »¹

Enfin, et c'est l'objet de notre travail, une des limites rencontrées par les PASS, même celles qui « fonctionnent bien », c'est la difficulté du retour au droit commun et de la continuité des soins pour leurs patients

¹ Dr Claire George, présidente du Collectif PASS, allocution lors du Colloque national des PASS du vendredi 20 mai 2011, cité dans *Le Social à l'Hôpital*, J. Geeraert, 2010 (73)

4. La PASS Villermé à Bobigny

a. Louis René Villermé (1782-1863)

Médecin hygiéniste, sociologue, également considéré comme le premier médecin du travail, Louis Villermé s'intéresse aux inégalités sociales de santé notamment à travers le retentissement sur la santé des conditions de vie et de travail. Il publie de nombreux travaux sur la santé des prisonniers, des ouvriers, des enfants de Paris. Les conclusions de ses travaux sont à l'origine de nombreuses lois sociales en particulier concernant le travail des enfants. (1841)(76,77)

b. La consultation de la PASS Villermé

La PASS Villermé est située au sein de l'hôpital Avicenne à Bobigny. Cet hôpital, inauguré le 22 mars 1935, s'appelle alors « hôpital franco-musulman » et est réservé à une population de confession musulmane originaire d'Afrique du Nord. En 1962, il est rattaché à l'AP-HP (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris), ce qui lui fait perdre sa spécificité d'établissement à destination de la population musulmane et il s'ouvre à tous les patients. En 1968, il devient un centre hospitalier universitaire en convention avec l'université de médecine de Bobigny et rejoint le Groupement Hospitalier Universitaire Nord. C'est en 1978 qu'il prend le nom du médecin et philosophe perse. (78)

La création du centre Villermé remonte à 1996 à l'initiative de deux médecins, le Pr Robineau, chef du service infectieux de l'hôpital et le Pr Fassin, praticien hospitalier dans le service de médecine interne, professeur en santé publique et en anthropologie. Ils obtiennent de la direction la possibilité d'ouvrir, au sein de l'hôpital, un centre de consultations gratuites de médecine générale sans rendez-vous avec une assistante sociale et un infirmier. La structure est donc, comme d'autres en France, antérieure à la loi de 1998. (C'est également le cas des consultations Verlaine à l'hôpital saint Antoine (1992) et Baudelaire à Saint Louis (1994) à Paris, entre autres) Ces lieux, PASS dédiées avant l'heure, n'ont subi que peu de changement avec la création des PASS, si ce n'est la dénomination commune et la reconnaissance d'une légitimité législative. D'autres PASS horizontales ont connu un développement inverse, la loi de 1998 ayant donné l'impulsion, un système de consultations gratuites préexistait sans espace dédié, finalement créé après quelques années.

Dès son ouverture, la consultation a eu une activité importante et a été dotée d'un budget lui permettant de fonctionner correctement. À partir de 1999, une série de départs des membres fondateurs fragilise la structure qui fonctionnera alors pendant plusieurs années à bas régime. En 2006, la PASS intègre la polyclinique médicale de l'hôpital dans un objectif de rendre ce service moins stigmatisant (les employés de l'hôpital l'avaient nommé « *le service des étrangers*»). Les patients sont donc désormais reçus à l'accueil de la polyclinique et attendent dans la salle d'attente sans distinction avec les patients venus aux autres consultations dispensées à la polyclinique. La reprise de l'activité de la PASS sous sa forme actuelle, intervient en 2007, avec l'arrivée du médecin coordinateur, le Dr Geeraert.

Médecin généraliste installé en libéral au Blanc-Mesnil (93), il milite depuis longtemps pour l'accès aux soins des populations démunies et en particulier des sans-papiers, il a notamment créé l'antenne de la Cimade en Seine-Saint-Denis. Il assure depuis 2007 deux vacations d'une demi-journée de consultations sans rendez-vous et la direction de la PASS-Villermé. La PASS Villermé fonctionnait depuis 2000 sans budget, ce qui n'est plus le cas depuis 2007. Il participe au comité de pilotage qui réunit, officiellement, les acteurs de l'hôpital et les partenaires extérieurs. La PASS Villermé est la seule PASS horizontale du département de Seine-Saint-Denis.

Début 2014, la PASS est toujours située dans les locaux de la polyclinique avec une ou deux salles de consultations dédiées aux consultations médicales et psychiatriques et le bureau de l'assistante sociale. L'accueil des patients se fait à l'accueil commun pour toute la polyclinique et la salle d'attente est également commune. Tous les patients ont accès au plateau technique, en particulier le centre de prélèvement infirmier de la polyclinique. La PASS est actuellement composée de Mme AMMANE, assistante sociale présente aux 2/3 temps, quatre médecins qui réalisent au total cinq demi-journées de consultations sans rendez-vous et deux demi-journées sur rendez-vous. Une psychiatre est également présente pour des consultations sur rendez-vous ainsi que pour assister le médecin au cours des consultations sans rendez-vous du vendredi après-midi. La délivrance des médicaments pour les patients bénéficiant d'un « bon PASS » se fait à la pharmacie de l'hôpital.

Toutes les personnes, quelle que soit leur situation au regard de l'assurance maladie y sont reçues en consultation médicale et/ou en entretien social selon leurs demandes. Lorsqu'elles se présentent à l'accueil de la polyclinique elles peuvent donc être orientées directement vers l'assistante sociale, ou si elles ont une demande de soins de santé, être reçues d'abord par le médecin en consultation et ensuite si la situation le nécessite, elles sont reçues par l'AS pour un premier entretien qui permet de définir les démarches dans lesquelles elles

ont besoin d'être accompagnées. C'est également l'assistante sociale qui fournit le « bon » PASS qui permet d'accéder aux soins et de bloquer la facturation des actes réalisés à l'hôpital pour les personnes sans couverture maladie.

S'il est vrai que la volonté des professionnels de la PASS est que toutes les personnes qui se présentent puissent être reçues par un médecin, il nous faut désormais nuancer cette affirmation. Premièrement parce qu'il existe une catégorie de patients considérés comme « sans droits potentiels » par l'administration et le service social pour diverses raisons : visa touristique de courte durée en cours de validité, impossibilité à prouver son identité, demande initiale d'ouverture de droits avec une autre identité, etc., la suspicion envers de possibles « touristes sanitaires » qui viendraient en France pour se faire soigner gratuitement est souvent l'argument avancé par l'administration (et même parfois les responsables du service social) pour refuser la délivrance des bons PASS aux personnes qui ne peuvent justifier d'une intention de rester en France de façon durable. Deuxièmement, depuis quelques mois les consignes données aux agents d'accueil de la polyclinique les obligent à refuser d'inscrire toute personne qui ne pourrait justifier de son identité, mais également tous les bénéficiaires d'une CMUC. Ces décisions de l'administration, sans concertation préalable avec les acteurs de la PASS, sont en opposition totale avec le rôle de la PASS défini par la circulaire de juin 2013.

Enfin, depuis le mois de mai 2014, la polyclinique n'est joignable par téléphone que via une plateforme téléphonique payante (le standard de l'hôpital renvoie lui aussi à ce numéro) ce qui pose bien entendu un problème pour la prise de rendez-vous ou de renseignements au sein d'une polyclinique d'un hôpital public, surtout quand celle-ci abrite une consultation pour les personnes très démunies.

II. Les difficultés d'intégration dans le système de droit commun

À l'instar de la santé qui, bien au-delà de la seule absence de maladie, ne peut être assurée que lorsque les droits fondamentaux de l'Homme sont respectés, les déterminants de l'accès aux soins ne peuvent se résumer à l'existence d'une couverture maladie. Si c'est en effet une condition indispensable pour intégrer le système de santé de droit commun et si bien trop souvent les démarches nécessaires pour l'ouverture des droits sont complexes, son existence ne garantit pas un accès aux soins. En 2003, la DHOS réalise une évaluation des PASS et note que « seulement » 39 % des consultants n'ont aucune couverture sociale à l'entrée de la PASS. (70) On remarque ici une différence entre les structures selon le tissu social au sein duquel elles évoluent et leur mode d'accès puisque à la Mission France de médecins du Monde seuls 12 % des personnes ont des droits à une couverture maladie effectivement ouverts (3). On peut supposer que par leur accessibilité et leur visibilité les CASO sont des lieux de « tout premier recours », notamment pour les nouveaux arrivants (94% sont étrangers dont 35 % sont en France depuis moins de 3 mois et 71 % sans autorisation de séjour). Cela laisse également penser, et c'est ce qu'expriment les professionnels des structures associatives, que la PASS est déjà un grand pas vers le droit commun, un premier pas dans l'hôpital public et que son rôle dans l'accès aux soins est bien sûr d'offrir une possibilité de soins médicaux, mais peut-être surtout d'accompagner le mouvement, la démarche vers un système de soins complexe. On sent dans l'historique de leur création et leur organisation en structure médico-sociale que la priorité est toujours et logiquement l'ouverture des droits pour une couverture maladie, mais comme l'avaient déjà avancé les travaux de la DHOS et les constatations plus récentes sur les consultants des PASS (beaucoup de personnes sans complémentaire santé ont recours au PASS)(69), avoir des droits ouverts ne suffit pas pour accéder aux soins. C'est le constat fait par les professionnels de la PASS Villermé à travers leur expérience au fil des années, qui est à l'origine de ce travail. Nous verrons donc pourquoi les PASS ne peuvent se résumer à des lieux de soins avec un accompagnement dans les démarches auprès de la CPAM et comment depuis plusieurs années de nombreuses PASS évaluent leur « efficacité » de retour au droit commun et tentent de mieux identifier les obstacles dans cette mission.

A. L'inscription dans le droit commun, la mission première de la PASS

1. Les textes

Dès 1995, Simone Veil, ministre de la Santé, souhaite que les efforts dans le domaine de l'accès aux soins tendent à « *ouvrir le dispositif ordinaire de soins à la population qui s'en trouve exclue* » rappelant que « *l'intégration de tous dans le système de santé de droit commun [...] est la seule politique compatible avec l'éthique médicale et le plein respect de la dignité de la personne humaine.* » (39) On voit également au fil des textes législatifs depuis 1998, une évolution dans les priorités. À l'image de beaucoup d'autres démarches de lutte contre l'exclusion, on sent une transition lente, de l'objectif de création de lieux d'accueil et de soins pour les exclus (46) à une démarche d'accompagnement vers l'autonomie dans une logique d'*empowerment*, de rendre à chacun la capacité de participer et d'agir. Si le pendant négatif de cette démarche peut être un désengagement de l'État et de la société, il nous semble que l'accompagnement vers plus d'émancipation est une forme de protection contre le développement de filières spécifiques aux pauvres et aux exclus. Loin de l'image négative de l'assistanat, l'accompagnement des personnes en situation de précarité vers une restauration de leur capacité d'agir par l'accès aux minima sociaux et aux droits fondamentaux est une reconnaissance de l'égalité entre les Hommes. Dans le domaine de la santé et en particulier de la relation médecin-malade, c'est une évolution engagée depuis plusieurs années vers une relation plus équilibrée.

La circulaire de juin 2013(69) rappelle que le rôle de la PASS ne se limite donc pas à l'acte thérapeutique médical, mais doit permettre un accompagnement global de la personne et une orientation après la PASS « *dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun* », en rappelant que l'absence de couverture maladie ne peut être le seul critère d'éligibilité pour l'accès aux PASS puisque bien d'autres situations sont responsables de précarité et de difficultés d'accès aux soins. (71)

2. L'avis des professionnels

Pour la plupart d'entre eux, l'intégration dans le système de soins de droit commun est l'« *objectif prioritaire des Pass* », ils considèrent le dispositif comme « *un passage.* » (45) En effet si elles veulent œuvrer dans une démarche d'équité en santé, elles ne peuvent devenir

un lieu de soins régulier pour leurs patients, participant ainsi la « *filière spécifique* » tant redoutée. Les PASS sont des lieux de soins qui offrent un accès aux soins primaire et guident les patients vers un système de soins classique, sans remettre en cause la qualité des soins prodigués dans les PASS, elles ne sont pas des lieux adaptés pour l'accès secondaire. Elles doivent permettre à leurs patients d'accéder à une continuité des soins et au libre choix du lieu de soins au sein de l'offre de soins de droit commun. Cette idée est partagée par les professionnels des PASS (73) mais aussi par les professionnels en première ligne dans les problématiques de recours aux soins, lieux de soins gratuits, SAMU social. (79)

B. La «mission la plus difficile»?

Si les acteurs des PASS sont unanimes sur la priorité du retour au système de droit commun, on voit à travers les entretiens réalisés dans différents travaux (80) que le moment, la façon et les critères d'orientation diffèrent largement entre les professionnels. Certains ne l'appréhendent que peu alors que pour d'autres c'est certainement la « *mission la plus difficile* »¹. Les difficultés sont, comme nous le détaillerons, de plusieurs natures. L'une d'entre elles est la difficulté à évaluer objectivement ce retour au droit commun et ses échecs. En effet, en attendant une harmonisation annoncée des structures qui inclura nécessairement une évaluation précise de leurs activités, la plupart des PASS n'a qu'une évaluation de son activité annuelle et les difficultés évidentes de suivi de patients autrement que dans une étude formelle pour ne pas les perdre de vue et le manque de réseau extrahospitalier avec les médecins généralistes en particulier, compliquent bien entendu les évaluations pour chaque PASS de son « efficacité de retour au droit commun ». Cependant, devant l'importance de cette évaluation, plusieurs structures ont entrepris des études ciblées sur le sujet. Nous verrons que les constats sont sensiblement les mêmes au sein des PASS qui « fonctionnent bien », puis nous verrons quelle est la situation à Villermé et les difficultés que pose une telle recherche.

¹ Entretien d'un médecin de la PASS cité dans S. Pailhes, "De La PASS Au Système de Santé de Droit Commun." (2008) (81)

1. Une évaluation sur le plan national encore difficile, mais des études locales concordantes

Si l'harmonisation du fonctionnement et du recueil des données entre les PASS tarde encore, rendant très difficile une évaluation de l'efficacité et de la réalité du retour au droit commun après le passage dans ces lieux, beaucoup se sont posé la question. Plusieurs PASS ont donc mené des études pour mieux évaluer leurs pratiques. La liste présentée ici n'est certainement pas exhaustive puisque la diffusion des travaux sur les PASS se fait encore de façon plutôt confidentielle, mais plusieurs sites et groupements de professionnels se développent pour permettent une mise en commun des ressources sur le sujet comme l'APPASSRA (81), le Collectif PASS (82) et le COMEGAS (1). Les travaux présentés, s'ils ont tous pour objectif d'évaluer le retour au système sanitaire de droit commun après une période de consultations dans une PASS, diffèrent entre eux par bien des aspects, les types de structures sont différentes, n'évoluent pas dans les mêmes environnements socio-économiques, accueillent, suivent et orientent les patients de manières variées. D'autre part les méthodes utilisées, les critères retenus sont également différents. Nous présenterons chaque structure et le type d'évaluation qu'elle a réalisée ainsi que les résultats observés. Nous avons également relevé dans chaque situation le nombre de primo-consultants avec des droits déjà ouverts puisqu'il nous semble que nous intéresser aux raisons qui incitent ces patients à avoir recours à la consultation de PASS est nécessaire pour identifier les obstacles dans le droit commun.

a. La PASS de l'Hôtel-Dieu de Lyon (2006)

Dans son travail de thèse sur le retour au droit commun des patients consultants à la PASS de l'Hôtel Dieu de Lyon (83) dont l'objectif est de déterminer certaines caractéristiques prédictives d'une utilisation prolongée de la PASS, Sophie Pailhès réalise une étude longitudinale de cohorte, avec un recueil de données médicales et sociales des patients ayant consulté un médecin de la PASS pour la première fois en 2006.

La PASS de l'Hôtel-Dieu est une PASS dédiée qui propose des entretiens et un accompagnement social et des consultations médicales. (Une assistante sociale à temps plein et quatre médecins assurant sept demi-journées de consultations sans rendez-vous au total), elle prend en charge tous les patients ayant des droits potentiels à une couverture maladie,

mais oriente les patients ne pouvant prétendre à aucune couverture maladie (visa de tourisme non expiré, les étrangers en situation irrégulière présents depuis moins de trois mois) vers le centre de soins de Médecins du Monde.

La phase initiale de l'étude a concerné 406 patients, 93 % n'avaient aucune couverture sociale, 3 % n'avaient pas de complémentaire, et 4 % avaient une couverture complète. Une demande a été faite ou était en cours pour 85 % des personnes sans couverture complète avec une réponse positive pour 87 %. L'analyse a porté sur les 102 patients pour qui une demande de droits a été faite et a abouti, qui ont consulté au moins une fois dans le temps séparant la demande et l'obtention effective de leur droit et qui consultent à nouveau entre la date d'obtention des droits et la date supposée de retour au droit commun (la date de dernière consultation précédant l'absence de passage à la PASS pendant quatre mois a été choisie, le point de l'étude étant le 15/07/07). Trois analyses sont ensuite réalisées à deux, trois et six mois pour rechercher des différences significatives selon ces différents délais supposés de retour au droit commun. Six mois après l'ouverture effective des droits 56 % des patients sont passés dans le système commun, tandis que 29 % continuent de consulter à la PASS. (pour 15 % le critère de retour au droit commun établi manque)

Selon ce travail, 7 % des primoconsultants ont une couverture maladie complète ou non et 29 % des patients consultent encore à la PASS 6 mois après l'ouverture des droits alors que le délai constaté pour une ouverture effective était inférieur à deux mois.

b. La PASS de Chambéry : le projet PARAD (2007)

La PASS de Chambéry comprend un praticien hospitalier, une infirmière, une assistante sociale et une secrétaire, chacun à mi-temps. L'activité globale de cette Pass se définit selon trois axes : une PASS dédiée avec des consultations externes, aux horaires élargis et flexibles selon les demandes (disponibilité permanente d'un médecin consultant), située dans la polyclinique (regroupant consultations de médecine interne, de maladies infectieuses et de dermatologie) avec salle d'attente, salles de consultations et de soins et secrétariat d'accueil communs (le bureau de l'assistante sociale est dans un autre bâtiment), une activité mobile est proposée dans les différents services hospitaliers, en particulier par l'infirmière et l'assistante sociale (en 2009, 1093 consultations médicales y ont été enregistrées, pour 312 personnes); une structure extra-muros, le Point Santé avec consultations médicales et paramédicales (soins classiques, bilans biologiques, dépistages,

vaccinations courantes et délivrance gratuite de médicaments), cette PASS externe s'est élargie en « Espace santé », avec une consultation dentaire, une équipe du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD) et une équipe de soutien en santé mentale (équipe mobile psychiatrie précarité EMPP) et enfin les professionnels de la PASS gèrent la coordination du réseau Santé Précarité.

Le projet PARAD mené à la PASS de Chambéry est présenté dans le travail de thèse de Thomas Collin. (80) Il a été mené une étude d'observation longitudinale de cohorte rétrospective sur la période du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2009. Le recueil de données s'est fait à partir du fichier d'activité et des dossiers médico-sociaux de la PASS prolongé par les résultats d'une requête auprès de la CPAM 73. L'objet du projet était d'étudier le parcours à la PASS, l'orientation et le recours aux soins dans le droit commun et de tenter d'en trouver des corrélations avec des caractéristiques connues des consultants : caractéristiques individuelles (sexe, âge, maîtrise de la langue française, origine géographique); socioadministratives (titre de séjour, logement, droit à l'assurance maladie); sanitaires (motif et résultat de consultations, par type de pathologies); du passage à la PASS (type de fréquentation, consultation spécialisée, relais externe nominatif, durée de suivi, nombre de consultations médicales); du recours au droit commun (identification CPAM, droit à l'assurance maladie, déclaration de médecin traitant, nombre de consultations remboursées en médecine générale en 2009). Il a été également réalisé une étude qualitative avec entretiens de patients afin d'affiner les résultats issus de l'étude quantitative.

Ont été inclus tous les primoconsultants au cours de l'année 2007 soient 118 personnes, 52,5 % des consultants n'avaient aucun droit d'assurance maladie, 28,8 % étaient bénéficiaires de la CMUC, 5,9 % bénéficiaient seulement d'un droit de sécurité sociale sans la part complémentaire et 4,2 % avaient un droit à l'AME, 7 % consultaient malgré un droit de sécurité sociale avec mutuelle et 5 % présentaient une affiliation avec une affection de longue durée.

9,3 % des consultants étaient toujours suivis à la PASS 24 mois après leur première consultation, mais pour la plupart de ces patients, le relevé CPAM montre qu'ils ont également eu des consultations dans le système sanitaire de droit commun. La fréquentation de la PASS, globalement de courte durée, était aussi majoritairement régulière, suggérant un suivi cohérent. La moyenne de durée de suivi était de 5 mois. (50 % des patients (médiane) ont une durée de suivi inférieure ou égale à 2 mois et 81,4 % des consultants étaient suivis au plus 6 mois après leur première consultation) L'accès aux droits 6 et 12 mois après la première consultation à la PASS est quasi général, néanmoins après 24 mois certains patients

perdent leurs droits. (faute de renouvellement d'AME, fin de droits CMUC sans demande d'AME..)

Selon ce travail donc, 47,5 % des primo-consultants à la PASS possèdent une couverture maladie même incomplète et 9 % des patients consultent encore à la PASS deux ans après leur premier contact.

c. La PASS de Saint-Étienne (2005) (84)

La PASS du CHU de Saint-Étienne est une PASS dédiée composée d'un personnel spécifique : médecin et infirmier à mi-temps et assistant social à temps plein au sein d'un espace indépendant, mitoyen du service des urgences avec accueil administratif commun. Il y a été mené en 2005, en partenariat avec la caisse primaire d'assurance maladie de Saint-Étienne, l'étude « PASS et réintégration dans le système de soins de droit commun » (84).

En 2005, 611 personnes y ont été reçues, plus de 80 % des consultants n'avaient pas de droit à l'assurance maladie, ou une protection incomplète (sans mutuelle). À la fin de l'année, 377 personnes étaient perdues de vue, 110 constituaient la file active de la consultation médicale et un relais avait été proposé à 99 personnes consultantes vers le système de soins de droit commun (relais nominatif ou non nominatif auprès d'un médecin généraliste ou autre professionnel de santé). Ces dernières avaient toutes obtenu un droit à une couverture maladie. L'étude réalisée a porté sur ces 99 personnes, elle évalue leur recours aux soins six mois après le relais, par le recueil des données de remboursement de la CPAM locale. Au cours de cette période de 6 mois, 64 % des personnes ont consulté au moins une fois en médecine générale, 34 % au moins une fois un médecin spécialiste et 38 % en consultation hospitalière. Pour 30 % des patients, aucune consultation médicale dans le département n'a été enregistrée. L'étude ne permet pas de savoir si ces patients avaient alors à nouveau recours à la PASS mais on peut supposer que pour la plupart d'entre eux si une consultation médicale a été nécessaire ils ont donc eu recours à une structure gratuite.

d. Les PASS du centre hospitalier intercommunal de Créteil (2013)

Le centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC) possède deux PASS horizontales, l'une interne et l'autre externe. En effet le centre de consultations médicales et

sociales (CCMS) de "Créteil Solidarité" installé en dehors de l'hôpital et créé en 1987 sous la forme d'une structure associative a été reconnue PASS externe en 2011. Elles sont associées dans le réseau sanitaire et social des pratiques coopératives de Créteil. À elles deux elles proposent aux patients des entretiens sociaux et des consultations de médecine générale ainsi que des séances de vaccinations, des consultations de psychotraumatismes pour les personnes victimes de violences dans leur pays d'origine. Une conseillère des missions sociales de la CPAM assure deux fois par mois une permanence qui permet en temps réel de faire le point sur les droits et d'assurer le plus rapidement possible, l'ouverture des droits. Un protocole d'«orientation primaire» permet également d'orienter directement vers un professionnel en ville les personnes qui se présentent avec des droits ouverts. Pour les autres, après recouvrement des droits, une «orientation secondaire» est effectuée vers un médecin de ville de façon concertée et nominative. Il s'agit soit du médecin référent antérieur du patient s'il existe soit d'un médecin généraliste correspondant du réseau (74 médecins généralistes sont ainsi identifiés) auquel est adressé le dossier médical avec un courrier de retour afin de savoir si le patient a donné ou non suite à l'orientation en ville.

Le CCMS/PASS externe réalise des évaluations régulières de son activité et de ses pratiques, notamment sur l'orientation des consultants vers le droit commun. (86)

En 2013, sans compter les séances de vaccinations, le CCMS a reçu 583 patients dont 31 % sont des patients déjà connus (2012 ou années antérieures). Seuls 10 % des primoconsultants ont des droits ouverts pour une couverture santé. 30 % des primoconsultants ont été orientés secondairement vers un médecin de ville et pour 1/3 d'entre eux un premier contact a été confirmé par courrier retour par le médecin. Le rapport précise, sans pouvoir en donner de chiffres précis, car le suivi des parcours de soins est souvent difficile, qu'« *il est courant que les patients reviennent dans le «circuit PASS» malgré l'ouverture des droits et l'orientation vers la médecine de ville.* » (Souvent pour des raisons de rupture de droits : renouvellement non effectif à la date de rupture, changement de statut administratif, délai entre l'obtention des droits de base et l'ouverture de la complémentaire).

e. La PASS de Chartres (2002)

Un dispositif de consultations médicales gratuites et d'accompagnement par un travailleur social existe à Chartres depuis 1998 sous l'impulsion de « militants » de l'accès aux soins, dès 2000 il prend le nom de PASS et un cadre législatif mieux défini. En 2002, la

PASS de Chartres est donc une PASS horizontale qui fonctionne donc depuis quatre années, le Dr David Poubel réalise alors une évaluation de l'activité de la structure dont les résultats sont détaillés dans le travail d'Emmanuel Lavoué. (87) Il constate tout d'abord que l'activité augmente de façon importante chaque année (entre 30 et 50 % de patients en plus), en 2002 la PASS a reçu 233 personnes, plus de la moitié d'entre eux n'avaient aucune couverture médicale : 30 % ont une couverture complète, 10% seulement une couverture de base et les 60% restants n'en ont aucune. Enfin il constate que le dispositif en place ne permet pas suffisamment la réintégration des personnes suivies à la PASS dans le système sanitaire commun puisqu'une part importante des personnes prises en charge continue de fréquenter la PASS pendant plusieurs années malgré l'ouverture des droits. Les acteurs de la PASS de Chartres estiment que seuls 4% des patients parviennent à réintégrer le droit commun à la première tentative.

Toutefois, ce travail nuance cet « échec » et précise que l'un des points forts de la PASS, ce qui la rend si indispensable c'est peut-être de ne pas fonctionner sur un mode contractuel avec le patient, de s'adapter à chaque personne, de ne pas « abandonner le patient » s'il ne remplit pas sa part et ne va pas consulter ailleurs dès qu'il le peut. L'infirmière de la PASS affirme même que le phénomène de désaffiliation sociale peut être si fort qu'il faut accepter que pour certaines personnes la PASS devienne un dispositif définitif.

Ces PASS et les études qui y ont été réalisées diffèrent trop entre elles pour être parfaitement comparables, néanmoins elles s'accordent toutes sur des points importants. Tout d'abord, l'ouverture des droits sociaux et sa complexité reste le problème majeur dans l'accès aux soins puisque les PASS sont principalement fréquentées par des personnes sans couverture maladie malgré des droits potentiels. Mais ces travaux montrent également que l'absence de droit n'est pas le seul obstacle dans l'accès aux soins des personnes en situation précaire et que le retour au droit commun depuis les PASS ne peut se limiter à l'ouverture des droits à l'assurance maladie puisque beaucoup de personnes ont recours aux PASS malgré des droits ouverts initialement (entre 7 et 47,5 % selon les PASS) et que toutes ces structures sont confrontées à des situations d'utilisation « prolongée » ou de constat d'échec d'orientation pour une proportion importante de patients allant de 9 à 31 % selon les PASS. Ce sont des sentiments identiques dans leur pratique quotidienne qui ont amené les acteurs de la PASS de Bobigny au souhait d'une évaluation plus précise et qui a été à l'origine de ce travail de thèse. Nous allons donc voir maintenant ce qu'il en est pour la consultation Villermé.

2. La PASS de Bobigny

Comme pour la plupart des travaux que nous venons d'évoquer, la question du retour au droit commun pour les patients de la consultation Villermé est issue de constats des professionnels. Tout d'abord le fait que beaucoup de primoconsultants avaient des droits à une couverture maladie et parfois même une complémentaire, ensuite qu'une fois les droits ouverts beaucoup de patients s'installaient dans un suivi médical à la PASS parfois pour une longue période et enfin que certains patients ayant pour un temps intégré le droit commun avaient à nouveau régulièrement recours à la PASS pour des demandes diverses. Pour que ces impressions puissent être utiles à une évolution et la base d'une réflexion sur les pratiques, il nous fallait tout d'abord en établir la réalité et l'ampleur et ensuite nous donner les moyens d'y apporter des réponses. Comme pour les autres travaux, le mode habituel de recueil des données de la consultation Villermé ne permettait pas d'identifier simplement toutes les catégories de patients qui nous intéressaient et leurs parcours, l'idéal pour cela étant de mener une enquête quantitative prospective avec un suivi à moyen terme des patients. D'autre part, nous sentions qu'il nous fallait interroger les patients eux-mêmes, sortir du mode de réflexion de soignant pour élargir le champ de nos hypothèses. Comme nous le décrirons plus loin, nous avons choisi, pour répondre à notre problématique, une méthode d'enquête qualitative basée sur des entretiens de patients.

Il nous fallait donc avant cela, par un bilan d'activité de la consultation, connaître plus précisément les patients. Depuis 2012, le service social a changé de logiciel et opté pour un recueil de données indépendant de celui fait lors des consultations médicales. Les logiciels étant parfaitement hermétiques l'un à l'autre, cloisonnant malheureusement les informations sociales et médicales d'un même patient et rend toute tentative d'évaluation globale fort compliquée (pour notre recherche bien entendu, mais aussi pour la prise en charge du patient au quotidien et dommageable pour une évaluation régulière de l'activité et des pratiques de la PASS). Aussi, les chiffres présentés ici sont le fruit de l'analyse rétrospective des consultations médicales à la PASS au cours de l'année 2013 croisée avec les données des entretiens sociaux au cours de la même année grâce au numéro permanent attribué à chaque patient au sein de l'hôpital et commun à tous les services. Cette analyse statistique manque certainement de précision comparée à une étude prospective avec suivi de patients, qui serait un travail à mener à la PASS Villermé. En particulier, nous avons dû, pour permettre la comparaison des données, considérer que les patients qui avaient consulté au moins deux fois un médecin sans voir l'assistante sociale étaient des patients avec des droits ouverts avant la

première consultation. De la même façon, il existe une catégorie de patients considérés comme « sans droits potentiels » par l'administration et le service social (pour diverses raisons : visa touristique encore valide, impossibilité à prouver son identité, demande initiale d'ouverture de droits avec une autre identité...) Ces « sans-droits » qui voient d'abord le médecin, ne sont souvent même pas reçus par l'assistante sociale puisqu'ils sont « non éligibles » pour le bon PASS. Ils sont donc renvoyés vers les structures gratuites associatives ou se retrouvent dans d'autres PASS. (En 2012, 3 % des consultants des CASO ont été orientés par des structures publiques logiquement dotées d'un système d'accès aux soins pour les non-assurés sociaux : urgences, consultations hospitalières, PMI, PF, PASS...(3)) le nombre de ces patients ne peut être précisément connu par la méthode de recueil actuel de données, il a été estimé par les professionnels de la PASS sur une courte période à un patient par semaine et extrapolé sur une année à 52 patients par an.

Nous tenons ici à remercier encore une fois Thomas Phuong du service de Programme Médicalisé des Système d'Information (PMSI) de l'hôpital Avicenne pour son aide précieuse dans la détermination des catégories de patients et son travail patient de comparaison des données médicales et sociales.

a. L'activité de la PASS Villermé en 2013 et ses consultants

En 2013, 498 personnes ont été vues par un médecin à la PASS Villermé pour un total de 1091 consultations. 299 patients n'ont consulté qu'une seule fois, mais la moyenne des consultations est sinon de 4 consultations par patient et par an avec un maximum de 12 consultations par personne et par an.

La moyenne d'âge est de 39,7 ans, avec toutefois presque 6 % de mineurs (souvent isolés). Il y a une nette prédominance masculine puisque les consultants de Villermé sont pour 74 % des hommes.

La plupart sont célibataires (71 %), domiciliés en Seine-Saint-Denis (79 %). Seuls 3 % sont dans un logement stable (individuel ou collectif), les autres ont tous des conditions de logement précaires, dans le meilleur des cas hébergés par des connaissances (71 %) ou par le SAMU social (14,5 %), sinon à la rue ou dans des squats (11,7 %). 12,5 % sont totalement isolés en France.

La moitié n'a aucun revenu personnel, et 9 % des consultants n'ont aucune ressource financière.

Les consultants de la PASS sont principalement des étrangers (96,8 %) avec seulement 3,2 % de Français. Plus de la moitié d'entre eux viennent d'un pays africain (53,4 %) et un quart d'Asie (24 %). Le tableau suivant résume les différentes nationalités rencontrées à la PASS et leur répartition. Il faut noter que les migrations sont largement liées à la situation dans les pays d'origine, aussi selon les conflits, les crises économiques, cette répartition change sensiblement chaque année.

87% des primo-consultants de la PASS ne possèdent pas de titre de séjour.

Afrique	53,4%	Amérique du Nord	1,2%
Algérie	5%	Canada	0,2%
Angola	0,4%	Haïti	1%
Bénin	0,4%	Amérique du Sud	1,2%
Burkina-Faso	0,2%	Brésil	0,6%
Cameroun	3,2%	Bolivie	0,2%
Cap Vert	0,6%	Colombie	0,4%
Comores	1%	Asie	24%
Congo Brazzaville	2,8%	Bengladesh	7,5%
Congo Kinshasa (RDC)	3,8%	Birmanie	0,6%
Côte d'Ivoire	4,4%	Inde	5,5%
Egypte	3,4%	Chine	0,6%
Erythrée	0,4%	Pakistan	7%
Gambie	0,2%	Sri Lanka	2,6%
Ghana	0,6%	Europe	11%
Guinée Bissau	0,8%	France	3,2%
Guinée Conakry	4,2%	Italie	0,2%
Ile Maurice	1%	Roumanie	3,5%
Madagascar	0,4%	Serbie	0,4%
Mali	8,2%	Ukraine	0,2%
Maroc	3,8%	Bulgarie	0,8%
Mauritanie	1,8%	Espagne	0,2%
Nigéria	0,4%	Grèce	0,2%
République Centrafricaine	0,2%	Hongrie	0,2%
Sénégal	2,8%	Pologne	0,4%
Tunisie	3,2%	Russie	0,6%
		Turquie	0,6%

Tableau 1 : Nationalités des patients de la PASS Villermé en 2013 (Données manquantes 9,5%)

Enfin la répartition du nombre de consultations entre les médecins devrait suivre assez logiquement leur activité, néanmoins l'un d'entre eux, le Dr X, qui réalise pourtant deux demi-journées de consultation sans rendez-vous par semaine est arrivé au sein de la structure en cours d'année ce qui explique en partie le nombre plus faible de consultations.

Répartition des consultations	
Dr Z	72%
Dr Y	15%
Dr X	11,7%
Dr W	1,3%

Tableau 2 : Répartition des consultations entre les médecins de la PASS Villermé en 2013

b. Droits sociaux et évaluation du retour au droit commun

Nous avons vu l'organisation pratique de la PASS Villermé pour ce qui est de l'orientation à l'issue de la consultation, cela peut être une reconvoque pour la suite de la prise en charge (le plus fréquent), l'orientation vers un spécialiste de l'hôpital ou de ville ou vers un médecin généraliste de ville. L'état de santé des patients nécessite parfois une hospitalisation. (qui rentre alors dans le cadre des soins urgents et vitaux pour les non-assurés sociaux) Il n'existe pas de protocoles ni de réseaux officiels à la PASS pour l'orientation vers les praticiens de ville. Néanmoins l'expérience des médecins leur permet souvent de donner des noms de médecins spécialistes ou de dentistes chez qui il n'y pas de risque de refus de soins pour les patients bénéficiaires de l'AME ou de la CMUC. Pour ce qui est des généralistes, en dehors des centres de santé à proximité, les médecins de la PASS ne possèdent pas de liste de médecins « d'aval » et les patients sont incités à choisir un médecin traitant autour de leur domicile. Le cas échéant, le docteur Z. propose parfois aux patients une fois leurs droits ouverts de venir maintenant consulter à son cabinet de ville. Comme nous le verrons cette orientation vers un médecin traitant de ville ne survient pas au même moment dans le suivi du patient selon le médecin de la PASS qu'il consulte, et cela, pour des raisons diverses qui ont trait à leur conception personnelle du rôle de la PASS, mais aussi aux appréhensions justifiées ou non sur la capacité du système de soins d'aval à recevoir « leur » patient.

Le système de recueil des données ne permet pas, dans les conditions actuelles, une analyse aussi précise que souhaitée, mais ce bilan nous a tout de même permis d'esquisser un

portrait médico-social des consultants de la PASS. Ce travail a montré qu'un dossier médico-social commun et plus détaillé pourrait faciliter le travail de bilan d'activité annuel de la consultation Villermé.

❖ Entretiens sociaux

En 2013, le service social dédié à la PASS Villermé a reçu 198 personnes pour un total de 353 entretiens. 123 personnes n'ont eu qu'un seul entretien social, pour les autres la moyenne est de 2 entretiens par personne et par an avec un maximum de 6 entretiens par personne et par an.

Il a été délivré 304 bons PASS permettant l'accès aux consultations, au plateau technique et à la délivrance des médicaments au sein de l'établissement, 132 patients n'en ont eu qu'un seul sur l'année, pour les autres la moyenne est de 1,5 bon PASS par personne et par an.

La majorité des patients (87 %, 172 patients) n'avaient aucune couverture maladie au premier entretien, 3% seulement une couverture de base sans complémentaire et 7 % une couverture sociale complète (AME, CMUC). Enfin, 3 % des patients étaient couverts par un régime social d'un pays membre de l'UE ou d'un autre pays (assurance privée). Au cours de l'année 2013, une ouverture de droits a été obtenue grâce à l'accompagnement social pour 97 personnes (63 % AME, 36 % CMUC, 2 % régime général) ainsi que l'obtention d'une complémentaire pour ceux qui en étaient dépourvu (ACS et CMUC).

❖ Consultations médicales

En 2013, la moitié des consultations médicales totales de la PASS concernaient des patients sans droits ouverts (voir tableau 3). Nous souhaitons ensuite mieux connaître les groupes de patients pour qui le recours à la PASS est le signe de difficultés d'intégrer ou de réintégrer le système de droit commun. Convaincus comme beaucoup que si le fait d'avoir des droits à l'assurance maladie est une condition nécessaire elle n'est pas suffisante pour permettre cette (ré) intégration, nous avons donc orienté le bilan d'activité sur les groupes des patients qui consultent au sein de l'unité fonctionnelle nommée « Précarité » avec des droits ouverts. Cela concernait donc les patients qui ont une « utilisation prolongée » du dispositif une fois leurs droits acquis, mais également ceux qui viennent consulter un médecin avec des droits ouverts avant leur premier contact.

25 % des consultations annuelles de la PASS sont des patients consultant pour la première fois avec des droits sociaux ouverts (avec ou sans complémentaire) et 25 % d'entre elles concernent des patients qui consultent au moins une seconde fois avec droits ouverts. Les patients avec droits représentent 54 % des premières consultations et 46 % des consultations suivantes, les patients avec des droits ouverts reviennent donc sensiblement moins souvent que les patients sans droits.

Parmi les patients qui viennent consulter plusieurs fois avec des droits ouverts, 86 % avaient des droits ouverts initialement, 14 % ont eu ouverture de droits au cours de l'année. (L'un des facteurs notable et que notre bilan d'activité ne permet pas d'évaluer est le délai entre l'ouverture des droits et l'accès effectif au justificatif permettant de se rendre dans un lieu de soins « classique », en particulier la carte AME.)

	Pas de droits	Droits ouverts
Patients	230 (46%)	268 (54%)
Consultations médicales	540 (49,5%)	551 (50,5%)
Premières consultations	230 (46%)	268 (54%)
Consultations suivantes	310 (52%)	283 ¹ (48%)

Tableau 3 : Situation des patients de la PASS Villermé au regard des droits à une couverture maladie en 2013

La PASS Villermé est donc une structure importante sur le plan du nombre de patients qui peut s'expliquer en partie par la situation socio-économique difficile dans le département associée à une démographie médicale en baisse. Les caractéristiques des personnes qui y ont été reçues en 2013 sont comparables aux autres PASS citées (qui sont des PASS de grandes villes avec des populations migrantes souvent importantes), ce sont majoritairement des hommes jeunes, immigrés, isolés avec peu de ressources et des conditions de vie très précaires. La plupart sont en situation irrégulière pour le droit de séjour. L'organisation et le fonctionnement de la PASS Villermé, puisqu'elle se veut un lieu d'accès aux soins pour tous, et probablement en partie en lien avec la pauvreté des Séquano-Dyonisiens, font que si elle est plus particulièrement orientée vers les non-assurés sociaux, elle reçoit un plus grand nombre de patients avec des droits ouverts que les structures citées plus haut. À l'instar de ces PASS, elle doit également faire face aux difficultés du retour au droit commun de ses patients puisqu'un quart des consultations annuelles concernent des patients qui consultent à plusieurs reprises avec des droits ouverts.

¹ Dont 233 avec droits ouverts initiaux et 50 avec droits ouverts par l'AS de la PASS pendant l'année

Le bilan d'activité confirme donc les constats quotidiens des professionnels de la PASS, il ne permet pas une analyse aussi fine que souhaitée, et manque en particulier de précision quant au délai d'ouverture des droits à l'issue d'une première demande, ni d'établir si la durée de fréquentation de la PASS est plus importante pour les personnes qui ont acquis les droits au cours du suivi à la PASS ou pour celles qui consultent initialement avec des droits déjà ouverts. Un travail sur le mode de recueil des données et leurs exploitations à des fins de recherche à la lumière de ce premier bilan enrichirait certainement ce sujet d'étude.

C. Les déterminants de l'accès aux soins

1. Une littérature riche, mais des problématiques diverses

Les PASS sont des lieux d'accueil médico-social pour les personnes en situation difficile qui ont en commun d'avoir des difficultés d'accès aux soins et de façon plus large aux droits sociaux. Les situations qui exposent à une vulnérabilité sociale, sont extrêmement variables et il n'existe pas un groupe social de personnes précaires bien défini. Ainsi dans la synthèse des rapports sur les PASS de l'IGAS, l'ANAES et le GRES les auteurs constatent que les « *types de précarité et les pathologies diffèrent selon le pays de naissance et la zone d'habitation [des] populations.* » (71)

La lutte contre les inégalités de santé doit être basée sur une connaissance précise des facteurs d'inégalités. Pour comprendre les difficultés d'intégration du droit commun des consultants des PASS, il faut donc bien entendu connaître et comprendre les facteurs d'inégalités principaux, mais aussi étudier ce groupe précis. Nous avons bien vu que le tissu social au sein duquel les PASS existent détermine les problématiques auxquelles elles se heurtent majoritairement : isolement géographique et déserts médicaux dans les zones rurales, grande exclusion et migrants en situation instable dans les villes. La PASS Villermé, installée en plein cœur de la Seine-Saint-Denis reçoit principalement des patients étrangers, qui cumulent fréquemment les difficultés d'une situation socio-économique défavorable et celles liées à la migration : situation irrégulière, perte de repères, isolement, événements bibliographiques traumatisants pour les demandeurs d'asile, etc. Ces difficultés particulières doivent être appréhendées par les professionnels impliqués, car elles ont un rôle certain sur le parcours de soins de ces personnes.

La recherche documentaire sur les obstacles dans l'accès aux soins nous a montré qu'elle est riche et variée. Les facteurs d'inégalités sociales de santé auxquels s'intéressent de nombreux auteurs depuis quelques années commencent à être bien connus et étudiés, les centres de soins gratuits qui existaient avant la création des PASS ont été l'objet de plusieurs études (88) (89) On trouve également une littérature importante sur les difficultés spécifiques rencontrées par les migrants qui peuvent être rapprochées des problématiques de la PASS. Enfin si certaines PASS, comme nous l'avons vu, commencent à publier des travaux sur le sujet, il n'existe actuellement que peu de littérature spécifique sur ces structures et leurs patients.

Nous allons présenter tout d’abord les déterminants de l’accès aux soins identifiés dans la littérature, puis nous verrons les hypothèses issues d’une concertation avec les professionnels de la PASS Villermé et retrouvées également dans les travaux publiés par les PASS. Enfin, par la réalisation d’une étude qualitative basée sur des entretiens de patients de la PASS, nous essayerons de confirmer l’importance des facteurs connus, d’évaluer l’impact de nos hypothèses et de mieux comprendre finalement les parcours de soins des patients de la PASS Villermé.

2. Des déterminants d’accès aux soins bien documentés dans la littérature

De même que pour les déterminants de la santé, deux grandes catégories de difficultés d’accès aux soins peuvent être schématiquement distinguées : les difficultés matérielles et les difficultés psychosociales. Nous rappellerons ici quels sont les obstacles aux soins bien documentés, liés à la situation des personnes puis à l’organisation du système de soins et enfin nous verrons que les spécificités des PASS peuvent favoriser l’accès aux soins pour tous.

a. Les obstacles liés à la situation des patients, les conséquences de la précarité sur la santé et l’accès aux soins

❖ Des difficultés prioritaires sur la santé

Les difficultés sociales que rencontrent les personnes en situation de précarité entrent souvent en concurrence avec l’attention et le temps disponible réservés la santé et aux soins. (92) La satisfaction des besoins physiologiques fondamentaux : se loger, se nourrir, se laver, se mettre à l’abri, peut être une activité à temps plein qui requiert beaucoup de déplacements. Dans l’enquête auprès des consultants des centres de soins gratuits, Isabelle Parizot et Pierre Chauvin constatent qu’il n’y a pas de différences culturelles en fonction de l’origine migratoire des patients sur le besoin de soins ressenti mais bien que les raisons de non-recours aux soins et de non-suivi sont très fortement influencées par les conditions de vie, l’isolement social et des représentations de la santé diverses, avec des modes de recours aux soins tardifs. Les personnes en situation difficile ont pourtant, un état de santé moins bon et des besoins de soins plus importants que les autres. (93)

❖ **La perte des repères et la *disqualification sociale***

Si chaque histoire est particulière, de l'exil au chômage en passant par la perte du logement ou les débuts du séjour irrégulier, les répercussions sont parfois assez comparables; des situations sociales difficiles, stigmatisantes qui confrontent à une perte des repères, une dévalorisation de son identité et aboutissent à une *disqualification sociale* (88) Ce phénomène s'accompagne d'une perte de la capacité à décider et à agir sur sa vie, aggravé par l'isolement. La démarche de soins peut alors se révéler trop dévalorisante, surtout quand elle doit passer par la demande d'aide sociale et de gratuité.

❖ **Le logement, l'environnement et l'éloignement**

Le fait d'être sans logement ou dans des conditions insalubres ou instables prédispose plus aux problèmes de santé et aux difficultés de recours aux soins.(92) Tout d'abord, ce problème peut donc primer sur la santé, ensuite les changements fréquents de lieu de vie (hébergements par connaissances, 115, SDF) éloignent les personnes de lieux de soins connus et bien identifiés et compliquent voire rendent impossible un suivi médical. Mais il n'est pas nécessaire d'être sans abri pour rencontrer des difficultés d'accès aux soins de santé, vivre dans un quartier défavorisé ou en zone rurale fait également obstacle au recours aux soins : moindre disponibilité d'équipements sanitaires, de transports en commun, le coût du transport, etc. (93)

❖ **La précarité financière et la couverture sociale incertaine**

Des revenus bas, ou leur absence totale comme c'est souvent le cas pour les personnes en situation irrégulière ont bien entendu un impact fort sur le recours aux soins. Le renoncement aux soins pour raisons financières peut d'ailleurs être considéré comme un indicateur de précarité. (94) Les dispositifs de dispense d'avance des frais, et en particulier la CMUC, ont permis de réduire le taux de renoncement aux soins des personnes bénéficiaires. Toutefois, le coût individuel de la santé reste un obstacle majeur dans l'accès aux soins. Il est presque insurmontable pour les personnes sans couverture médicale (résidence en France de moins de 3 mois, revenus supérieurs au plafond de l'AME, méconnaissance, difficultés de

demande), elles sont très nombreuses dans les structures de soins gratuits (87 % au CASO, 50 % à la PASS Villermé) et quasiment absentes des lieux de soins libéraux.

Si pour eux la difficulté de recours aux soins semble évidente, on constate malheureusement que l'existence de droits à l'assurance maladie n'est pas un garant à l'accès aux soins, pour le devenir il faut également que cette couverture soit complète et continue.

Nous parlerons tout d'abord de la couverture maladie «en pointillé», le renouvellement de l'AME et de la CMUC étant annuel et non automatique. Les difficultés d'obtention, le délai de traitement des dossiers se révèlent presque aussi importants que pour une première demande et il est fréquent que les bénéficiaires se retrouvent dans une période de plusieurs semaines «sans droits» ou en tout cas incapables d'en justifier. On voit ainsi à la PASS Villermé des patients suivis par un médecin traitant en ville qui viennent consulter pour un renouvellement d'ordonnance de maladie chronique et une dispense de traitement par la pharmacie parce qu'ils se trouvent sans droits au moment du renouvellement.

Ensuite, elle doit également être complète, l'absence de complémentaire ou de «mauvais» remboursements de la part complémentaire sont des facteurs de renoncement ou d'interruption de soins. (67) Le renoncement aux soins se fait après une réflexion sur les priorités de dépenses (95), quand le «reste à charge», soient les dépenses globales de santé après remboursement par l'assurance maladie de la part obligatoire, est trop lourd en proportion du revenu. (5 % des assurés ont un reste à charge supérieurs à 1 500 euros par an (96)) Ce reste à charge est d'autant plus lourd que les personnes sont soumises à l'effet de seuil, c'est-à-dire avec des revenus juste supérieurs au seuil d'attribution de la CMUC (716,08 euros par mois pour une personne seule et 1074,08 euros pour un foyer composé de deux personnes (97)) et qui ne bénéficient donc pas de l'aide. L'effet de seuil existe également pour les personnes en situation irrégulière dont les revenus dépassent le plafond d'attribution de l'AME et pour qui le reste à charge représente la totalité du montant des soins. Ainsi quand les revenus augmentent, le renoncement aux soins diminue par la possibilité d'une meilleure couverture complémentaire et un reste à charge plus supportable.

Les dispositifs d'aide comme la CMUC ou l'ACS, qui permettent de pallier en partie ces difficultés, ne sont attribués que sur demande et encore peu connus, aussi le nombre de bénéficiaires actuels est bien en deçà du nombre théorique admissible. (L'ACS a concerné en 2012, seulement 90 000 personnes (53) avec un taux de non recours estimé proche des 65% (54)) L'attribution automatique en fonction des revenus est une revendication des professionnels impliqués dans l'accès aux soins et fait partie des propositions du rapport de la

sénatrice Aline Archimbaud. (54) Les PASS reçoivent une part non négligeable de patients dont la couverture maladie est incomplète. (69)

Le système de soins, en particulier libéral, avec le paiement à l'acte et un ticket modérateur faussé par une couverture complémentaire très différente selon les personnes, ne permet pas de distinction entre les soins « essentiels » ou non et participe selon nous, à cette inégalité d'accès aux soins. De nombreux travaux ont montré depuis longtemps que la dispense d'avance des frais, ou le tiers payant intégral, n'est pas inflationniste sur les dépenses de santé (98). En particulier, les études réalisées par le Fond CMU (99) montrent que l'acquisition d'une complémentaire santé entraîne une augmentation de la consommation de soins, mais dirigée vers des actes courants et de première nécessité (généraliste), soit un rattrapage de soins « essentiels ». Le renoncement aux soins a en revanche un impact sur l'état de santé de la population et doit donc être considéré comme un problème de santé publique.

Enfin, la grande proportion, au sein des PASS, de patients bénéficiant d'une dispense totale des frais par l'AME ainsi que la présence de patients bénéficiaires d'une CMUC ou pris en charge au titre de l'ALD (71) illustrent que si l'existence d'une couverture maladie complète est une condition nécessaire pour l'accès aux soins dans le droit commun, elle n'est pas suffisante.

❖ **La précarité de la situation administrative au regard du droit de séjour**

Les personnes étrangères, et en particulier celles en situation irrégulière, cumulent souvent les difficultés d'accès aux soins de santé. Non seulement elles sont plus souvent confrontées à des conditions de vie difficiles (71) mais elles sont aussi plus souvent victimes de stigmatisation et de discrimination dans leurs contacts avec le système de soins. Que cela soit aux guichets de l'assurance maladie (102) (67), à ceux des hôpitaux ou dans les menaces récurrentes sur les conditions d'attribution voire sur l'existence même de l'AME.(101) (Critère de résidence de plus de trois mois imposé depuis 2004, franchise de 30 euros de droits d'entrée pour l'AME introduite en 2011 et retirée en 2012, etc.) . La distinction de l'AME des autres dispositifs favorise encore ces discriminations. L'absence de carte Vitale (pas de possibilité de télétransmission) est aussi un argument de refus de soins fréquent. Ajoutons à cela l'anxiété générée par l'irrégularité du séjour et le risque de contrôles, dans les transports et aux abords des lieux de soins par exemple.

Les personnes qui souhaitent faire une demande d'asile relèvent, une fois qu'elles ont obtenu le récépissé de leur demande et si elles ne viennent pas d'un pays « sûr », du régime de la CMU, avant cela ou après un refus de leur demande d'asile par l'OFPRA (puis la CNDA), elles doivent faire les démarches pour une ouverture de droits au titre de l'AME.

❖ **La méconnaissance du système de soins par les patients**

Beaucoup de patients ne connaissent pas leurs droits à la protection de la santé, c'est particulièrement vrai pour les personnes en situation de précarité et les étrangers. (67) Le constat est sensiblement le même dans la plupart des centres de soins gratuits, y compris les PASS. Les patients qui consultent initialement sans droits ouverts sont très nombreux à pouvoir prétendre à un dispositif maladie sans délai, mais n'en bénéficient pas, souvent à cause du manque de connaissance et de possibilité de recours au système médico-social. (raison donnée pour 33 % des patients du CASO) Ainsi 77 % des personnes consultant au CASO en 2012 avaient des droits à l'assurance maladie et seulement 12 % avaient effectivement des droits ouverts. Ils ont également une mauvaise connaissance de l'organisation du système de soins et des possibilités de recours en cas de besoin. (104) L'hôpital reste un lieu symbolique du soin et les urgences, facilement identifiables, deviennent un mode de recours aux soins privilégié pour les plus démunis. (54)

❖ **Une prise en charge « plurielle » (70)**

L'organisation mondiale des médecins généralistes (WONCA) a proposé en 2002 des définitions de la discipline de médecine générale et des compétences du médecin généraliste (105) L'une de ces compétences est la prise en charge globale du patient selon un « modèle biopsychosocial » prenant en considération dans le soin les conditions de vie du patient, les dimensions culturelles et existentielles et en assurant la continuité des soins selon les besoins du patient. La prise en charge d'un patient en médecine ne se résume que rarement à un acte thérapeutique isolé et tout praticien comprend l'importance de cette considération du patient dans sa globalité. En effet, si la santé est la résultante de facteurs matériels et psychosociaux, sa protection, voire sa restauration, passe par cette prise en charge « plurielle ». Or, la précarité, qu'elle qu'en soit la cause, est un facteur de risque de plus mauvais état de santé et doit être pris en compte par le soignant. (106) Premièrement parce que l'accompagnement

social, presque indispensable pour l'accès aux droits, doit être proposé, mais ne peut être assumé seul par le médecin. Ensuite, parce que si le type de pathologies ne diffère pas de celle de la population générale, leur prévalence et leur sévérité sont plus importantes et les possibilités de prise en charge moindres, en particulier le recours au spécialiste ou aux examens complémentaires. Entre autres, la prévalence des pathologies psychiatriques et des addictions est plus importante que dans la population générale. La répartition n'est pas égale au sein de ce groupe si varié, on note par exemple plus d'addictions et de troubles psychiatriques chez les Français et les Européens que chez les étrangers extracommunautaires et une prévalence nettement plus importante de syndrome de stress post-traumatique chez ces derniers. (Demandeurs d'asile en particulier) (74) (71) Cette prise en charge ne peut donc s'appuyer que sur un véritable réseau de soins qui peut, dans le cas des patients précaires, être difficile à établir en médecine de ville. (75) (Les difficultés d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique en ville sont une réalité quotidienne pour tous les patients et leurs médecins, même sans les obstacles de la précarité)

b. Les problèmes structurels du système de soins français

On observe une inadéquation entre le système de soins et la situation des personnes défavorisées. Aux obstacles de recours aux soins liés à la situation même des patients, s'ajoutent ceux créés par un système sanitaire et social qui peine à s'adapter, et qui va même parfois jusqu'à méconnaître le droit aux soins des plus démunis et les exclure d'une prise en charge qui se veut équitable pour tout résident français.

❖ Une offre d'aval insuffisante

La diminution du nombre de médecins généralistes (- 6.5 % en 7 ans) et l'évolution des choix de mode d'exercice pèsent sur l'offre de soins de proximité, ou de premier recours, et cette tendance va se poursuivre dans les années qui viennent. (107) Les départs à la retraite des médecins libéraux sont trop peu compensés par l'installation de leurs jeunes confrères, que ce mode d'exercice attire assez peu, plaçant certaines zones en situation de « désert médical », que les implantations récentes de maisons médicales peinent à combler. Dans certains départements, comme la Seine-Saint-Denis, les structures de soins ou de prévention

non hospitalières (PMI, PF, CDAG, CMS) compensent quelque peu l'insuffisance de l'offre libérale ou hospitalière, mais cela reste marginal. (60)

❖ **La complexité du système de soins**

La méconnaissance du système de soins par les patients et les professionnels est en partie liée à la complexité de celui-ci. Si la « sécu » est bien connue, les critères de rattachements aux différents organismes, l'affiliation non automatique, les possibilités de complémentaire, les modes de remboursements, etc. tout cela demande bien du temps au profane qui veut en comprendre le fonctionnement. Qui a déjà rempli un dossier auprès de la CPAM, pressent aisément les difficultés que peuvent rencontrer les personnes non francophones, sans justificatifs de domicile ou en l'absence de documents prouvant son identité. Pour beaucoup de personnes, l'accès aux soins se heurte déjà à la demande d'ouverture de droits. (67)

Le parcours de soins coordonné peut aussi être un frein à l'accès aux soins (75) puisqu'il pénalise financièrement le patient qui n'y entre pas. Enfin, comme nous l'avons évoqué, les professionnels de santé sont effectivement confrontés à des problèmes de remboursements de la part des organismes en charge, surtout concernant l'AME, mais également pour les bénéficiaires de la CMUC qui pensent à tort avoir déclaré un médecin traitant, le médecin n'est alors pas remboursé de la totalité du montant de la consultation (16.1 euros au lieu de 23 euros). Cela ne peut bien entendu pas justifier de refuser ces patients pour éviter les problèmes de comptabilité, mais il est vrai que pour les médecins qui comptent beaucoup de patients précaires dans leur patientèle, ce problème ne peut être ignoré. Le tiers payant intégral généralisé et l'intégration de l'AME à la CMU (avec délivrance d'une carte vitale pour la télétransmission) en harmonisant le mode de règlement de la consultation médicale, permettraient de simplifier la gestion et de limiter les freins ressentis par certains praticiens.

❖ **La complexité de la prise en charge médico-psychosociale face à l'isolement des médecins de ville**

L'étude RIVAGES menée auprès des généralistes de la région toulousaine (108) et l'enquête d'Adeline Aubry auprès de médecins généralistes parisiens dans le cadre de son travail de thèse (75) évaluent la prise en charge des patients précaires en médecine de ville. Ils rapportent les difficultés évoquées par les praticiens lors de cette prise en charge : la barrière

de la langue est le premier obstacle cité, puis le problème des justificatifs de couverture maladie souvent absents, la compréhension et l'observance du traitement par le patient et le suivi médical. Concernant les prescriptions de médicaments, d'examens complémentaires ou les demandes d'avis spécialisés, les généralistes déclarent avoir peu de difficultés pour les bénéficiaires de la CMUC et de l'AME. (mais adaptent tout de même leurs orientations en fonction de la couverture maladie : recours à l'hôpital ou aux CMS quasiment exclusifs, très peu voire aucun recours aux spécialistes de ville) Les personnes sans domicile fixe ou sans couverture maladie posent bien entendu bien plus de difficultés qui poussent les praticiens à trouver des solutions plus ou moins satisfaisantes : orientation aux urgences, ordonnance au nom d'un ami assuré. Enfin, les problèmes du reste à charge et de l'effet seuil sont majeurs puisque 60 % des généralistes parisiens interrogés déclarent avoir eu des difficultés pour la prescription de traitements et d'examens complémentaires pour des patients sans couverture complémentaire.

Ces obstacles à la prise en charge sont majoritairement rapprochés par les médecins à l'isolement de la pratique en cabinet médical, en particulier concernant les démarches sociales, et au problème du temps disponible pour faire face à l'intrication de problèmes médico-psychosociaux. Il ressort de ces deux enquêtes, l'intérêt pour les médecins de ville pour une « structure de coordination », la diffusion d'informations sur les personnes et les structures ressources pour ces prises en charge complexes, en somme le recours possible à un « réseau précarité ».

❖ La méconnaissance des problématiques de la précarité, de l'accès aux soins et des migrants par les professionnels impliqués

Une des constations majeures des travaux cités plus haut est la mauvaise connaissance globale des problématiques de l'accès aux soins. (107) Dans l'enquête d'Adeline Aubry, seuls 35 % des médecins se renseignent systématiquement sur la couverture maladie de leurs patients et 26 % ne le font qu'en présence de « signes de précarité » (sont cités la présentation et l'apparence physique, la situation psycho-sociale, l'absence de suivi médical et l'absence de carte Vitale), ces chiffres passent respectivement à 7 % et 48 % pour la complémentaire. Aucun médecin ne connaît ou ne mentionne la PASS comme possibilité de recours face à un patient sans couverture sociale.

La carence de la sensibilisation des professionnels sur le sujet dès la formation initiale est nette, comme en témoigne les connaissances des internes de médecine générale d'Ile-de-France interrogés par J. Sallé (108). Seule une minorité établit un lien entre précarité et santé, avec des connaissances théoriques sur le système de protection sociale assez mauvaises voire erronées qui selon l'auteur « *risque[nt] de laisser perdurer des pratiques sources d'obstacles majeurs à l'accès aux soins* ». On notera par exemple qu'un interne sur cinq considère qu'il est possible de refuser de recevoir un patient bénéficiaire de l'AME en consultation pour des raisons financières. Des patients avec CMUC ou AME se voient parfois demander le règlement de la consultation au praticien pour se faire rembourser ensuite par méconnaissance du principe de dispense d'avance des frais.

Cette méconnaissance des droits et des dispositifs existants s'étend plus largement à la plupart des interlocuteurs extérieurs au « monde la précarité », agents de la CPAM, assistantes sociales, agents d'accueil hospitaliers, etc. (37) Elle constitue une des sources principales d'obstacle aux soins en particulier parce que l'ignorance fait le lit des refus de soins et des discriminations.

❖ Le refus de soins et les discriminations

Le code de déontologie médicale prévoit la possibilité du refus de soins par le médecin pour un acte « *qu'il estimerait contraire à ses convictions professionnelles, personnelles ou éthiques* ». Le flou autour de cette définition est toutefois encadré par l'exclusion des situations d'urgence ou le cas où le médecin manquerait alors à ses « *devoirs d'humanité* »(35), l'article 7 souligne également le devoir de non-discrimination et l'article 12 celui de participation à la protection de la santé publique. Le travail conjoint du Défenseur des Droits et de la DGOS dans le *Guide des usagers de la santé* (9) précise qu'« *il est interdit au médecin de refuser de soigner un malade pour un motif discriminatoire ou pour des raisons financières* » et « *de pratiquer des dépassements d'honoraires abusifs* ».

Le refus de soins directement lié au fait d'être bénéficiaire de la CMUC ou de l'AME est donc parfaitement inacceptable et opposable au regard de la législation. Il reste toutefois un problème majeur, et, bien que le nombre ait diminué depuis la mise en place de la CMUC, il reste encore trop élevé. D'après le testing 2009 de l'IRDES pour le Fond CMU, mené auprès de plusieurs catégories de praticiens à Paris, le taux de refus de rendez-vous directement imputable au fait d'être bénéficiaire de la CMUC était de 25.5 %. (97) En milieu

rural, d'après le testing de 2012, il est nettement moins important puisqu'il est de 3,8 %.(99) La majorité des refus sont de nature financière (patients jugés insolvable, dépassement d'honoraires non pris en charge dans le panier de soins) ou basée sur des préjugés sur le respect vis-à-vis du médecin. (Voir pour cela le bulletin du CNOM sur les refus de soins « justifiés » (28)) Les refus sont plus nombreux pour l'AME (111), principalement justifiés par le fait que l'AME ne permet pas la télétransmission. Cela rebute les praticiens qui craignent, parfois à juste titre, un retard de remboursement des soins qui peut aller dans certains départements jusqu'à une année. (102) (Certains médecins et pharmaciens évoquent même l'absence totale de remboursement pour les soins couverts par l'AME des bénéficiaires de la CPAM de Paris).

Le refus n'est pas toujours basé sur des discriminations conscientes et, est souvent la conséquence de la mauvaise connaissance du système sanitaire et social par les professionnels évoquée plus haut, mais trouve également parfois sa source dans une confusion entre les situations médicale, sociale et administrative et les droits des personnes. (107)

Cette possibilité de refus de soins est malheureusement devenue monnaie courante, ainsi de nombreux patients demandent avant les soins si le médecin « prend » la CMUC ou l'AME, et certains logiciels de secrétariat à distance précisent en aide-mémoire pour les secrétaires chargées des rendez-vous si le médecin « accepte » la CMU et l'AME. Notre recherche ne nous a pas permis de trouver d'étude sur le refus de soins envers les personnes sans couverture médicale.

❖ Des restrictions d'accès aux soins justifiées par la lutte contre les «assistés» et les «fraudeurs»

Ce dernier paragraphe a lui aussi trait à la discrimination, mais plus précisément à celle dirigée contre les personnes soupçonnées de profiter d'un système de santé auquel ils ne participent pas, parfois «en fraudant». Ces «profiteurs» sont ainsi considérés comme responsables de l'explosion des dépenses de santé, des décisions de déremboursements de certains traitements et parfois même d'une bonne partie de la dette de l'État. (65) Certains députés estiment ainsi, qu'"[il] n'est pas logique que des étrangers aient les mêmes prestations sociales que les nationaux", cette affirmation erronée, tant sur le plan du droit à la santé que pour les autres aides sociales, permet d'attribuer une partie de la dépense publique à des personnes qui ne le « mériteraient » pas. (112) Ce discours ambiant, qui n'est pas

nouveau, est relayé par certains quotidiens nationaux (113) qui entretiennent le fantasme du « migrant sanitaire » (ou « touriste médical »), profiteuse et menteuse, qui par le truchement de « filières spécialisées » parviendrait à venir se faire soigner gratuitement en France, faisant « exploser » le budget de l'AME. (114)

S'il doit logiquement se trouver parmi les étrangers autant de fraudeurs que parmi les Français, soit un nombre raisonnablement faible, (en 2010, l'IGAS diffusait un rapport sur les dépenses liées à l'AME, ses travaux montrent un « *nombre limité de situations frauduleuses* » qui représenterait pour la CPAM de Bobigny un préjudice économique équivalent à 0.12% des dépenses AME (37)) le traitement de l'information sous-entend une pratique largement partagée, laissant planer le doute sur tout étranger qui se présenterait en demande de soins, non plus de faire semblant d'être malade, mais d'être malade et d'en profiter au dépend des nationaux. Ces allégations ne peuvent se faire que par ignorance ou par mépris de la complexité du processus de migration. La perméabilité à ce discours, a malheureusement pour conséquence des restrictions de droits et de soins, souvent dans le non-respect des textes législatifs, quand les interlocuteurs valident cette « illégitimité » aux aides et aux services. (100)

c. Les spécificités du lieu

❖ L'hôpital, mode de recours aux soins privilégié

Emmanuelle Cambois souligne une utilisation du système de soins typée selon la situation sociale des patients. (93) Les plus démunis consultent plus fréquemment à l'hôpital qu'en ville (en particulier moindre consommation de soins dentaires, et spécialistes). L'auteure suggère que ce mode de recours s'explique en partie par des pathologies plus évoluées et donc plus graves au moment du recours, en lien avec une sous-consommation de soins préalable et un recours plus tardif, confirmé par le rapport de l'IGAS sur les bénéficiaires de l'AME. (37) Mais l'hôpital peut aussi être choisi pour les caractéristiques du lieu en lui-même, facilement identifiable pour des personnes qui se repèrent mal dans le système de soins de ville, en l'absence d'un suivi régulier et avec une facilité d'accès : pas de prise de rendez-vous préalable, pas d'horaires (pour les urgences), pas d'avance des frais, recours facilité aux spécialistes en particulier les consultations de psychiatrie. (102) On peut supposer également que l'hôpital est une référence commune, un symbole quasiment

universel de lieu d'accueil et de soins, même si les conditions d'accès et d'utilisation varient selon les pays.

❖ **La PASS, un lieu dédié aux patients précaires**

Si l'hôpital offre une visibilité et des facilités d'accès qui en font un mode de recours aux soins fréquent, la vocation des PASS, en particulier horizontales, est de permettre un accès aux soins adapté à tous et sans discrimination. Cela implique une connaissance et une organisation adaptées aux problématiques des personnes défavorisées, qui n'ont pas, jusque-là, trouvées de réponses dans le système de soins classique. La PASS, tente par son organisation, d'être exempte des obstacles d'accès présentés plus haut par des consultations sans rendez-vous, à horaires élargis, sans l'obstacle financier, par un accueil des non-assurés sociaux, etc.

Partageant déjà les « avantages » de l'hôpital, elle propose en plus, par sa définition même, une association indispensable de soin médical et d'accompagnement social (69), les relations directes entre référent social et référent médical permettent une évaluation et des démarches coordonnées. Elle offre aussi des recours aux spécialistes et une coordination des soins facilités par la proximité (en particulier psychiatres, psychologues, addictologues, oncologues), des relations ciblées et privilégiées avec les associations d'aide aux défavorisés et enfin l'accès indispensable à une traduction bien plus facile que depuis la ville. (45)

3. Des hypothèses à étudier

Les patients des PASS restent un groupe peu représenté dans les études. Dans notre volonté d'essayer peut-être de mieux comprendre les difficultés d'intégration de ces patients dans le droit commun, il fallait réfléchir de manière plus ciblée. Les discussions informelles avec les professionnels de la PASS, nous ont permis d'élargir notre champ d'hypothèses à des thèmes moins documentés, fondées sur l'expérience et les sentiments des professionnels sur le sujet. Cela a permis de définir quatre grands thèmes de réflexion.

a. La relation avec les professionnels de la PASS

Pour les professionnels de la PASS, la relation établie avec les patients peut constituer un frein majeur au retour au droit commun des patients. Leur sentiment est qu'un lien s'établit rapidement, entre des personnes confrontées dans leur existence à des difficultés et des refus et des professionnels qui leur offrent une écoute « bienveillante et adaptée ». Ils estiment que ces circonstances sont propices à une relation forte, les patients auraient alors du mal à quitter la structure et à « prendre le risque » de ne pas la retrouver dans un autre lieu de soins.

On retrouve plusieurs exemples de l'importance de cette relation particulière dans les travaux sur les centres de soins pour les personnes défavorisées (83) et de l'influence qu'elle peut avoir sur l'orientation vers le droit commun. (115) L'étude de cette relation permettrait d'en saisir les caractères spécifiques. Se posent ensuite les questions d'autonomie des patients dans le choix de lieu de soins et de dépendance à la structure qui gênent leur départ. L'idéal étant bien sûr que cette relation de confiance serve à guider les personnes vers une intégration ou une réintégration dans un parcours classique.

b. Le temps et le mode d'orientation vers le droit commun

Chaque PASS, en particulier horizontale, a un fonctionnement particulier quant à l'accueil et la prise en charge de patients, y compris pour l'orientation vers le droit commun. Le temps de l'orientation représente la différence principale, puisque certaines PASS orientent très rapidement les patients avec des droits déjà ouverts vers des structures de droit commun (parfois dès l'accueil) puis secondairement les patients une fois leurs droits obtenus. D'autres considèrent que le recours à la PASS n'est pas soumis à l'existence des droits et que toute difficulté dans l'accès aux soins justifie d'être accueilli, et pris en charge à la PASS aussi longtemps qu'il le faudra. (73) Mais, au sein même d'une structure, les pratiques entre intervenants peuvent également varier. Si nous avons noté un « consensus professionnel » sur l'importance d'une orientation adaptée à chaque patient, à son histoire et son état de santé, on remarque toutefois que l'évaluation de ce « bon moment » n'est pas basée sur les mêmes arguments. Certains estiment qu'il faut réorienter le plus rapidement possible pour limiter justement l'instauration d'une relation qui sera trop difficile à quitter, ceux-là essayent de ne pas « fidéliser » les patients à la PASS. D'autres jugent que la fragilité du patient en lien avec les événements qui l'ont amené à la PASS incite au contraire à prendre le temps de

développer cette relation de confiance et à attendre que la situation sociale administrative, médicale se stabilise autant que faire se peut. Les premiers ont une démarche d'offre d'accès primaire aux soins tandis que les seconds entament souvent une démarche de continuité et de globalité des soins. Ces derniers justifient souvent leur démarche par un manque de confiance dans la capacité du système classique à prendre correctement en charge ces patients (80), ce qui pose les questions de définition et de légitimité d'une « médecine de la précarité ».

Enfin le mode d'orientation est tout aussi varié entre les PASS, certaines développent un réseau de « médecins relais » en ville auxquels ils peuvent adresser les patients (83), d'autres laissent les patients choisir un médecin traitant proche de chez eux après avoir expliqué le fonctionnement de la médecine de ville.

c. La traduction et la qualité des soins

L'autre thème fréquemment retrouvé quand on interroge les professionnels sur les freins au retour au droit commun est la traduction. Tous considèrent la possibilité du recours à un interprète comme indispensable à la qualité des soins. La relation de soin médical est en effet basée sur une communication entre deux individus, qui, si elle n'est pas exclusivement orale mais aussi corporelle (par les attitudes et les gestes), doit aboutir à une compréhension commune pour permettre le soin. (116) Cette communication, nécessaire pour la prise en charge des problèmes sociaux et médicaux somatiques, semble indissociable de la prise en charge des problèmes psychologiques et psychiatriques. Les PASS disposent d'un budget dédié au financement d'un service d'interprétariat (69) disponible sur demande du professionnel lors de la consultation médicale ou de l'entretien social. En l'absence de solutions, la « débrouillardise » (recours à un tiers présent ou par téléphone) est la règle, en particulier en médecine de ville, où ce recours à un interprète professionnel est très difficile. Le problème de la langue est l'une des difficultés les plus citées par les médecins généralistes lors des consultations avec des migrants. (109)

d. L'éducation, la pratique médicale et les expériences antérieures de difficultés d'accès aux soins

Enfin, ce qui ressort de la concertation avec les professionnels de la PASS Villermé, c'est le poids supposé de l'expérience de chaque patient dans le domaine de la santé, dans le

double sens de confrontation antérieure et de connaissances acquises. Dans les différents travaux, une appréhension du contact avec le système de soins après de mauvaises expériences en France ou dès le pays d'origine (refus de prise en charge, discrimination, obstacles financiers) est souvent avancée pour expliquer en partie la complexité de la démarche du retour au droit commun.⁽⁸⁰⁾ L'expérience, dans le sens des connaissances, se réfère à la conception et à la compréhension de la maladie et du soin et à une pratique médicale établie auparavant au fil de la vie du patient. Elle est surtout évoquée comme un atout possible dans la démarche vers le parcours de soins classique, où une pratique passée positive sert à la fois de référence et d'objectif à rejoindre. Un patient qui peut se référer à une image positive du soin médical, même confronté à des difficultés d'accès, aura plus de facilités à s'orienter vers le droit commun qu'un patient qui n'a connu que des échecs. ⁽¹¹⁵⁾

La recherche bibliographique sur ces thèmes met en lumière l'impact qu'ils peuvent avoir sur le parcours des patients de la PASS. Notre souhait étant de réaliser un travail pour contribuer à une meilleure compréhension des phénomènes en jeu et d'améliorer encore le fonctionnement de la consultation Villermé, il nous fallait trouver une méthodologie qui réponde à ce projet.

III. Étude qualitative : entretiens avec les patients de la PASS

A. Justification de l'étude et objectifs

Notre problématique a donc été exposée à Marie-France Couillot, maître de conférences en santé publique à l'Université Paris 13 et membre de l'Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux (IRIS) (115). Compte tenu de notre démarche et dans ces conditions de littérature encore assez pauvre sur le sujet des PASS, une enquête qualitative était, selon elle, à privilégier, permettant d'une part la validation ou non de nos hypothèses et d'autre part l'ouverture à des réponses « inattendues » impossible avec un questionnaire fermé. Puisque nous voulions mieux comprendre les facteurs en jeu concernant les patients de la PASS, le choix du groupe cible pour cette enquête a été rapidement fait : les patients. Une enquête plus approfondie auprès des professionnels impliqués à la PASS serait également intéressante dans un prochain travail. Ici nous avons fait le choix de nous intéresser spécifiquement au groupe des patients. Notre recherche documentaire préalable nous a permis toutefois de prendre connaissance de travaux sur les PASS où la parole était donnée aux professionnels (73) (80) (83). Enfin ce choix se justifie également par la nécessité, pour optimiser l'accessibilité aux soins de « *débattre du point de vue du patient, le seul à pouvoir envisager l'utilité globale et le coût global d'un recours (usager d'un service public, client d'un service privé) et capable d'apprécier tous les facteurs d'accessibilité cités et de les intégrer en une seule réponse sur sa satisfaction.* ». (11)

La pratique de l'enquête qualitative et la réalisation d'entretiens semi-dirigés ne nous étaient absolument pas familières, nous avons donc rencontré Karima Guenfoud, maître de conférence en sociologie à l'université Paris 13 et également membre de l'IRIS, qui nous a aimablement guidée pour ce travail, tant sur la technique des entretiens orientés sur notre problématique que sur celle de l'analyse.

Afin de répondre à notre problématique, en somme pourquoi les patients ont du mal à quitter la PASS, nous avons choisi de réaliser des entretiens de patients semi-directifs suivant le parcours de vie des personnes comme ligne directrice et en s'appuyant sur les temps forts et les ruptures de ce parcours afin d'essayer de mieux comprendre ces personnes, de les resituer dans leur vécu avant leur arrivée à la PASS.

Un canevas a donc été suivi pour chaque entretien, qui débutait toujours sur la date d'arrivée en France quand il s'agissait de migrants et sur la date de première consultation à la PASS dans le cas contraire. Puis les personnes étaient invitées à remonter dans le temps et à démarrer leur récit à partir de leur naissance. Puis selon les événements, nous essayions de faire progresser ce récit par période de dix années jusqu'à la date d'arrivée en France pour les migrants (ou d'arrivée à la PASS). Pour chaque période en plus du récit fait par l'interviewé, nous essayions de faire évoquer les contacts éventuels avec les soins, la maladie, afin de mieux connaître leur éducation et leur pratique médicales. (il était demandé par exemple les conditions médicales dans lesquelles les personnes sont venues au monde).

À partir de la date d'arrivée en France, nous essayions de comprendre les raisons et les conditions de cette migration, les connaissances du pays d'accueil qu'ils pouvaient avoir avant leur départ et de détailler autant que possible les conditions à l'arrivée (famille, santé, habitat). Le récit de la période suivant l'arrivée en France était guidé par nos questions afin de s'orienter plus précisément, mais sans se restreindre sur la santé en essayant de faire raconter les conditions de rencontre avec le système de soins français, avec les réseaux de solidarité éventuels afin de mieux cerner les représentations que les gens ont de ce système de soins.

Enfin une fois que ce parcours de soins était précisé, nous orientions plus précisément le récit sur la PASS, la représentation du lieu pour les personnes, les raisons qui les incitent à venir, à revenir et éventuellement à changer de lieu de soins. Nous avons également essayé de faire définir aux interviewés les notions de « bon médecin » et de « bon soin ».

Les objectifs étaient, à partir de ces entretiens, de pouvoir mieux comprendre et mieux définir :

- ❖ le parcours de ces personnes jusqu'à leur arrivée à la PASS. Est-ce que les chemins empruntés pour y parvenir peuvent expliquer les difficultés à en partir ?
- ❖ les signes d'installation et les raisons de l'investissement de la PASS comme un lieu de soins « classique »
- ❖ la relation avec les médecins
- ❖ la relation avec le lieu

B. Matériel et méthodes

1. Choix des patients interviewés

Il avait été décidé d'essayer de constituer un échantillon tout de même assez proche de la population de personnes consultant à la PASS au regard des caractéristiques principales (sexe, âge, nationalité, droits, médecin vu en consultation). La réalité des conditions de réalisations des entretiens a fait que la « sélection » s'est presque faite d'elle-même, en autre selon le hasard des consultations sans rendez-vous. Nous verrons que ce hasard a, en définitive, permis de rencontrer des patients assez représentatifs des consultations en général. Les biais principaux pour sa constitution ont été tout d'abord la langue puisque nous avons décidé de ne réaliser des entretiens que de patients francophones ou qui venait en consultation avec un tiers servant d'un interprète. Les entretiens étaient réalisés le jour de la venue en consultation des patients compte tenu de la difficulté pour certains patients de se déplacer à nouveau pour nous voir, c'est donc le médecin présent qui « sélectionnait » les patients venus à la consultation médicale.

Les critères d'inclusion étaient donc :

- ❖ personne majeure
- ❖ consultant un médecin de la PASS le jour même
- ❖ francophone ou accompagné d'une personne francophone, ayant accepté de participer à l'étude
- ❖ disponible pour un entretien

2. Présentation de l'étude aux patients et déroulement des entretiens

L'entretien et son objet étaient présentés par le médecin de la consultation, soit avant que le patient soit vu s'il était connu et que le temps d'attente le permettait, soit après qu'il a été vu s'il remplissait les critères d'inclusion. Nous étions présente lors de la présentation, vêtue en civil et présentée comme une étudiante en médecine, réalisant un travail personnel pour la faculté sur les patients fréquentant la consultation. Il avait été décidé de ne pas faire mention explicite du statut de soignant pour ne pas fausser la discussion.

Si le patient acceptait l'entretien, nous avons décidé de présenter à nouveau l'étude ainsi que les détails une fois seule avec lui afin de nous assurer que la personne avait bien compris, et de permettre un refus « loin » du médecin, en assurant bien qu'il n'y aurait aucune conséquence ni préjudice sur leur prise en charge. Il était à nouveau précisé que nous n'étions en rien impliquée dans leur prise en charge, notre rôle étant limité à celui d'enquêteur.

L'étude était présentée sous forme d'une discussion sur leur vie, sans qu'aucune des informations rapportées ne soit divulguée en dehors de la pièce, même pas avec le médecin ou l'assistante sociale, l'intérêt étant purement universitaire. Enfin, l'enregistrement audio était proposé et il était bien spécifié qu'il ne serait entendu que par nous et que les entretiens seraient rendus anonymes.

3. Analyse des résultats

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'enregistreur vocal de Samsung S4 après accord des personnes interrogées afin de permettre une retranscription intégrale ultérieure. Le texte complet des entretiens est accessible pour toute personne qui le souhaiterait à titre professionnel.

Après retranscription, il a été réalisé une analyse qualitative du contenu, d'abord par lecture du texte pour permettre de donner les caractéristiques des personnes interrogées et ensuite pour restituer un récit de chaque entretien. Ensuite, chaque entretien a été codé en fonction des catégories définies plus haut (cf. A. Justification de l'étude et objectifs) permettant de mesurer le poids relatif pour ces patients des obstacles connus du retour au soin, de valider ou non les hypothèses concernant spécifiquement le retour au droit commun des patients de la PASS et enfin d'ouvrir la réflexion sur les pistes fournies par les patients eux-mêmes par leurs réponses.

4. Aspects éthiques

Nous nous sommes tenue à informer chaque personne de la façon la plus complète et la plus claire qui soit quant à l'objectif de l'étude et à la protection des informations personnelles qui nous seraient confiées lors des entretiens afin d'éviter toute conséquence réelle ou supposée, bénéfique ou préjudiciable, de notre démarche. Au cours de la retranscription, les entretiens ont été rendus anonymes en modifiant les noms, les lieux

évoqués, les dates, les détails précis de la migration, pour qu'ils ne permettent pas d'identifier les personnes, en respectant tout de même une logique pour que le récit garde son sens et que cela soit sans conséquence pour l'interprétation.

C. Résultats

1. Données générales

Les entretiens ont été réalisés dans les locaux de la polyclinique de l'hôpital Avicenne à Bobigny (93) du 15 février 2013 au 28 mai 2014. Tous les patients à qui il a été proposé ont accepté l'entretien. Tous se sont déroulés dans un bureau de consultation médicale de la polyclinique qui n'est pas spécifiquement lié à la PASS puisque les médecins y consultent de façon exceptionnelle.

Il a été réalisé neuf entretiens, représentant un enregistrement total de cinq heures et quarante minutes, le plus court a duré seize minutes et le plus long une heure et trente-sept minutes. Quatre des entretiens ont été réalisés en « couple »: ceux de Patrice et Fanta venus consulter en couple et qui ont souhaité être présents tous les deux. Ceux d'Abdoulaye et Hervé, le second ayant accompagné le premier à la consultation pour une aide de traduction et ayant accepté de participer à l'étude également. Enfin Vladimir était accompagné de sa mère, qui ne parle pas français, mais qui a souhaité rester pendant l'entretien, et Carolina était accompagnée de son fils mais, dans ces deux cas les accompagnateurs n'ont pas été directement interrogés. Au total donc onze personnes ont été interrogées pour l'étude, ce qui nous a permis tout d'abord de constituer un échantillon sensiblement représentatif et ensuite de parvenir à une saturation des données observées lors de l'analyse des entretiens. Toutes les personnes étaient francophones ou accompagnées d'une personne qui a accepté de servir d'interprète (deux fois). L'un des couples connaissait notre statut de médecin pour nous avoir déjà vue à la consultation auparavant, il n'y a pas eu de référence ou de demande particulière liée à cela au cours de l'entretien.

2. Caractéristiques des personnes interrogées

Entretien	Durée	Langue	Sexe	Age	Nationalité	Présence en France	Situation administrative	Logement Isolement
Aminata	0:33:36	Fr	F	41	Camerounaise	1 an	Pas de TS	Hébergée (famille) Célibataire
Moussa	00:15:56	Fr	H	30	Malien	4 ans	Pas de TS	Hébergé (ami) Isolé
Carolina	00:34:53	Fr avec interprète	F	38	Roumaine	11 ans	TSS 1 an	Campement Couple et enfants
Vladimir	01:37:25	Fr	H	33	Russe	9 ans	TSS 1 an	Logement perso Seul avec sa mère
Mamadou	01:00:12	Fr	H	52	Mauritanien	6 ans	Refus renouvellement TSS	Foyer Isolé
Patrice et Fanta	00:19:32	Fr	F/H	37/23	Maliens	3 ans	Demandes TSS en cours	Hôtel 115 Couple et enfant
Abdoulaye et Hervé	00:25:36	Fr avec interprète	H/H	16/ 32	Maliens	2 mois/ 9 ans	Pas de TS/ TSS 1 an	Foyer Isolés
Djibril	00:32:40	Fr	H	50	Algérien	2 ans	TSS 1 an	Hébergé 115 Couple et enfants
Yousseuf	00:20:58	Fr	H	30	Ivoirien	1 an	Pas de TS	Squat Isolé
total	5:40:48		3F/8H					
			28%F/ 72%H	34,7 ans				

Tableau 4 : caractéristiques principales des patients interviewés, durée des entretiens.

(TS= titre de séjour, TSS= titre de séjour pour soin)

Entretien	Consultations					Expériences médicales antérieures PO/FR
	Droits sociaux actuels	Droits 1ère consultation	avec droits ouverts	Suivi habituel	Mode d'arrivée à la PASS	
Aminata	Non : attente AME	non	NR	PASS	Orientation à l'accueil hôpital	Oui/Non
Moussa	AME	oui	3	PASS	CMS Orientation à l'accueil	Non/Oui
Carolina	CMU-C	oui	6	PASS	PMI	Oui/Oui
Vladimir	CMU-C/ALD	non	>10	PASS	Par un ami	Oui/Oui
Mamadou	Non : refus CMU	non	>10	MT ville, PASS	MdM	Oui/Oui
Patrice et Fanta	AME	Oui	1	MT ville,		Oui/Oui
	AME	Oui	4	PASS	Cimade	Non/Oui
Abdoulaye et Hervé	Non < 3mois	Non	NR	Aucun	CLAT	Non/Non
	CMUC	Oui	3	CMS,PASS	CMS	Non/Oui
Djibril	CMUC et ALD	oui	>10	Spé, PASS	MdM	Oui/Oui
Youssouf	AME	non	>10		MdM	Non/Oui
	Non 27% Oui 73%	Non 45,5% Oui 54,5%	81,8% des patients			

Tableau 5 : Caractéristiques principales du parcours de soins des patients interviewés.

(CMS= centre de santé municipal, CLAT= Centre de lutte anti-tuberculose MT= médecin traitant, Spé= médecin spécialiste, MdM= Médecins du Monde, FR= France, PO= pays d'origine)

3. Récit des entretiens

a. Aminata

L'entretien avec Aminata s'est très bien passé, elle l'a accepté de bon cœur puis s'est vite inquiétée d'être trop bavarde et de dépasser le temps que nous avions prévu de lui accorder si nous ne la limitons pas. Une fois rassurée sur notre disponibilité pour écouter son histoire, l'ambiance s'est très vite détendue et elle a paru contente de pouvoir raconter son parcours jusqu'ici. Son discours était fluide et elle suivait de bon gré les changements d'orientation du récit qu'impliquaient nos questions. L'entretien s'est déroulé en français puisqu'elle est parfaitement francophone.

Aminata est arrivée en France en 2011, elle est venue principalement pour des raisons économiques, et a rejoint sa tante maternelle qui n'est plus très autonome pour l'aider dans ses tâches quotidiennes. Elle est actuellement en situation irrégulière, mais prépare un dossier de titre de séjour pour soins. Elle avait une bonne connaissance du système de soins du Cameroun, car elle y a été suivie et traitée pour une maladie grave. Elle a dû faire face dans son pays d'origine à des limitations de soins pour raisons financières bien qu'elle ait été à l'époque soutenue par toute sa famille qui s'est endettée pour ses soins. Une fois en France, elle a pu avoir une approche partielle du système de soins par les expériences vécues en accompagnant sa tante dans ses démarches. Elle a pourtant été confrontée à la complexité du système de demande de l'AME et aux refus, sans aide dans ses démarches. Ceci a entraîné un retard de recours aux soins puisqu'elle pensait devoir avoir une couverture médicale avant de consulter un médecin. Le hasard l'a amené à la PASS (l'hôpital a paru un lieu d'accueil sans couverture possible en cas d'urgence à l'agent de la CPAM mais sans orientation directe sur une structure PASS) où elle a pu être vue par un médecin et commencer le suivi que sa pathologie nécessite. Elle a également pu se faire aider par l'assistante sociale pour sa demande d'AME. Le jour de l'entretien, Aminata venait en consultation pour la quatrième fois, toujours sans droits ouverts malgré trois demandes dont la première datait de huit mois. Aminata n'a pas eu d'autres expériences de soins en France que la PASS Villermé, elle est extrêmement sensible à la qualité de l'accueil qui, pour elle, est déjà un acte de soins. La «considération» du docteur Z. qui vient la chercher, lui tend la main pour la saluer, la raccompagne et lui serre à nouveau la main au moment de la quitter revient souvent dans son discours, et surtout, qu'il le fasse à chaque fois et de la même façon pour tous les patients de

la salle d'attente. Aminata étend aisément ces qualités à tous les médecins de la PASS, voire à tous les médecins français, comme une éthique, une compétence partagée par tous les soignants. Pour autant elle n'envisage pas de changer de médecin même une fois les droits ouverts, elle craint que des soins ailleurs aient un coût qui pourrait lui incomber. Pour elle l'AME a donc une valeur d'«autorisation» à voir un médecin, mais ne permet pas la dispense des frais. La PASS est pour elle un lieu de soin de qualité où elle a construit un véritable projet de suivi médical, elle ne perçoit pas pour l'instant par ses connaissances ou par les informations des professionnels, de limites à sa prise en charge médicale à la consultation.

b. Moussa

L'entretien avec Moussa a été difficile en ce sens qu'il paraissait très mal à l'aise. Il avait pourtant accepté l'entretien assez facilement, mais une fois installés, nous avons eu beaucoup de mal à lancer véritablement un récit. Le patient ne comprenait apparemment pas du tout dans quelle mesure ses réponses pouvaient avoir un quelconque intérêt pour nous. Nos questions supposées rester ouvertes sont, contre notre gré, devenues rapidement fermées, car nous n'avons pas trouvé d'autre solution pour l'amener à s'exprimer. L'entretien est donc particulièrement court (15 minutes) et peu étoffé. Moussa a eu au cours de l'entretien des remarques très intéressantes et chargées de sens pour notre travail. Nous lui sommes reconnaissante d'avoir participé à notre étude malgré ses réticences et lui prouvons ici que ses réponses avaient une grande valeur pour notre recherche.

Moussa est en France depuis 2009, il est venu pour des raisons économiques essentiellement. Il est très isolé depuis son arrivée, et bien que son frère y vive également, ils se fréquentent peu. Moussa a peu de connaissance du système médical de son pays d'origine ; venant dans un village très isolé où l'accès aux soins et aux médicaments nécessite de faire trois jours de marche et n'ayant pas connu pour lui ou un proche de situation de soins. Depuis son arrivée en France par contre, il a eu plusieurs expériences de soins en centre de santé et aux urgences sans avoir de couverture sociale. À cette époque personne ne l'a orienté vers un système de PASS, ni vers une demande d'AME, il dit même avoir reçu des factures à la suite de ces consultations.

Le jour de l'entretien, Moussa venait pour la troisième fois en consultation. Il se souvenait avoir une AME valide déjà à sa première consultation. Il n'envisage pas de retourner consulter dans le droit commun notamment en raison des mauvaises expériences

antérieures (des «mauvais soins»). Moussa ne paraît pas lier l'accueil et le soin à l'existence ou non d'une couverture sociale, mais au lieu (*«ici il y a plein de monde qui peut venir mais c'est comme ça pour tout l'hôpital»*) et bien qu'il soit satisfait de l'accueil, un « bon » médecin n'a pas besoin, selon lui, d'être gentil ou chaleureux, mais compétent «pour lui». Moussa perçoit la relation médecin-malade comme une relation non interchangeable, très individualisée. Enfin ce qui est notable chez ce monsieur, c'est que malgré des choix apparents, tout est très conditionné par le droit de séjour, les possibilités ne sont pas les mêmes tant au regard du travail, que pour le choix du lieu de soins. C'est le droit de séjour qui prévaut sur la couverture médicale : « - *Votre frère qui est en France il vient ici aussi quand il a besoin de voir un médecin ? -Non, il va ailleurs, je ne sais pas où, mais il a les papiers... »*

c. Carolina

Après avoir accepté rapidement l'entretien, Carolina a sorti de nombreux papiers administratifs en demandant si nous pouvions « *faire quelque chose pour [elle]* ». Le but de notre travail et notre position extérieure à la PASS ont alors bien été réexpliqués. Elle a alors accepté l'entretien dans ces conditions, sans paraître déçue et après avoir rangé ses documents. Elle s'est avérée très discrète sur son parcours. Indépendamment de l'entretien qui a suivi, cet épisode révèle une confusion entre démarches médicales, sociales et administratives, car sa demande d'aide portait tant sur les documents de la CAF que sur le dossier de la préfecture et sur la demande d'acquisition d'un logement pour raison de santé... L'entretien avec Carolina s'est déroulé en présence de son fils pour aider à la traduction ; en effet, Carolina comprend très bien le français, mais avait peur de ne pas le parler assez bien pour pouvoir répondre seule. Au final, l'entretien s'est fait presque intégralement en français, de façon assez fluide et détendue.

Avec sa famille, ils ont quitté leur pays d'origine pour des raisons économiques principalement, mais la décision a été prise l'avis d'un médecin concernant les soins appropriés pour son plus jeune fils, indisponibles en Roumanie. Carolina a donc une bonne connaissance du système de soins roumain puisque son fils, mais également son frère y ont été pris en charge pour des problèmes assez lourds. Elle y a par ailleurs fait face à un défaut de soins pour des raisons financières.

Dans son discours on retrouve fréquemment le problème de la langue, les avancées sont souvent permises quand un contact avec un intermédiaire parlant sa langue intervient, professionnel ou non.

La précarité de leur situation a souvent entraîné des retards de soins pour elle ou sa famille : l'argent en Roumanie, les conditions de logements incompatibles avec la chirurgie pour son fils et les expulsions des campements où ils résident en France.

Elle a eu plusieurs expériences pour elle ou ses enfants dans le droit commun mais également dans d'autres structures d'accès aux soins sans couverture médicale, elle connaît maintenant assez bien le système de soins, mais n'envisage pas de quitter la PASS sauf si le docteur Z. l'y pousse. Elle ne savait plus me dire combien de consultations elle avait fait à la PASS le jour de l'entretien, mais elle sait les avoir fait avec des droits ouverts. La consultation de son dossier nous a permis de savoir qu'elle a vu le médecin six fois en 2013.

Elle exprime un fort sentiment de confiance et de calme lorsqu'elle évoque la PASS, une rare situation qui ne génère pas d'obstacles, d'inquiétude et qui soit simple.

d. Vladimir et sa mère

Vladimir a très facilement accepté l'entretien, comme il était accompagné de sa mère qui consulte également à la PASS mais qui ne parle pas le français, bien qu'elle le comprenne, nous leur avons donc proposé de faire un entretien à trois. L'entretien s'est déroulé en français et cela a été le plus long de tous avec beaucoup de détails sur l'organisation politique et sanitaire et ses modifications au cours de leur vie en Russie. Vladimir et sa mère ont quitté leur pays d'origine uniquement pour une raison d'accès aux soins qu'ils résument en une «question de vie ou de mort», une obligation et qu'ils opposent nettement aux «autres» qui viennent pour des raisons économiques. Ils ont tous deux une très bonne connaissance du système de santé de leur pays puisque la mère de Vladimir était physiopathologiste, que beaucoup de leurs proches y exercent en tant que médecins et qu'ils ont fait face à de gros problèmes de santé pendant plusieurs mois avant de venir en France. Ils appartenaient à une catégorie socioculturelle très favorisée, mais à cause de ses problèmes de santé, Vladimir a arrêté ses études à 16 ans et est depuis autodidacte. Ils consultent fréquemment à la PASS et se proposent parfois pour aider à la traduction pour les patients russophones. Dans cet entretien encore le rôle de la traduction a un poids important dans les choix ainsi que dans les améliorations de la situation.

Ils connaissent également assez bien le système de soins français, qui est au final assez proche du système de soins russe, mais après beaucoup de mauvaises expériences en majorité dues à une méconnaissance initiale de leur part et de la part des professionnels qu'ils ont rencontrés et à une grande perte de repères. Ils ont eu de nombreuses expériences dans le droit commun mais, viennent maintenant exclusivement à la PASS depuis plusieurs mois bien que leurs droits soient ouverts. Il faut noter néanmoins qu'ils ont été confrontés à plusieurs reprises à la rupture de droits, c'est-à-dire l'intervalle entre deux attestations, en raison des délais de renouvellement ce qui place malgré eux les patients dans une situation où ils n'ont aucune façon de prouver l'existence de leurs droits. Ils n'envisagent pas de retourner consulter dans le droit commun pour l'instant.

La lecture de l'entretien de Vladimir fait ressortir un sentiment très fort de fatalité, d'absence de choix (bien qu'il a donné beaucoup de critères de choix de médecins par exemple) et surtout d'injustice ; une injustice ressentie en Russie d'abord où les soins ont été absents ou inadaptés puis en France par le mauvais accueil qu'ils ont perçus tant dans le système de soins que dans la société en général. Une injustice enfin d'être assimilé en raison de la situation (droit de séjour, hébergement, pas de droit au travail) aux «autres», il s'en différencie avec force par un capital social et culturel (en particulier en connaissances médicales) bien supérieur.

Chez Vladimir, la relation médecin-malade est surtout fondée sur l'importance de l'équilibre entre les protagonistes, qui le rassure sur la reconnaissance de son statut social et de son «expertise».

e. Mamadou

Mamadou a très facilement accepté l'entretien, il a paru content de «rendre service» au docteur Y. qui le lui proposait. L'entretien s'est déroulé en français qu'il maîtrise désormais très bien après plusieurs années de cours. Une fois le but de l'étude réexpliqué, il a semblé intéressé par le fait de pouvoir exposer toutes les difficultés qu'il a rencontrées au cours de son parcours en France. En particulier, le refus récent du renouvellement de son titre de séjour pour soins en raison, selon lui, de son voyage en Mauritanie pour revoir sa famille après dix ans d'absence. Mamadou a beaucoup exprimé sa colère contre ce qu'il perçoit comme une sanction injuste au regard de toutes les privations et difficultés qu'il a affrontées depuis son arrivée en France. Il trouve surtout injuste que personne ne comprenne la nécessité pour lui de

revoir sa femme et ses enfants ainsi que sa mère mourante. On sent dans le discours de ce patient le poids de la maladie et des soins sur sa vie quotidienne qui le privent de toute liberté d'agir (il a réduit son voyage en Mauritanie pour rentrer faire sa prise de sang indispensable en France, il s'est fait licencier à cause de ces nombreuses absences pour des rendez-vous médicaux...) et qui lui demandent un investissement important dans les démarches. Ce patient a quitté son pays d'origine pour des raisons économiques, il n'avait jusque-là jamais eu de problème de santé. Au cours de son parcours, il a été gravement malade. Après avoir subi deux opérations cardiaques en Espagne, il a décidé de venir en France pour avoir «*de bons soins et de bons docteurs*» sur les conseils d'un ami. Il a initialement été pris en charge à la PASS puis a été incité à trouver un médecin traitant en ville par le docteur Y. une fois ses droits ouverts et son état médical bien stabilisé. Il est maintenant suivi en ville par son médecin traitant, mais revient chaque année voir le docteur Y. pour le certificat médical indispensable à la demande de renouvellement du titre de séjour pour soins délivré pour un an. (qui ne peut être fait par un médecin de ville) Il est très satisfait des médecins qu'il voit et de leur prise en charge, il insiste sur le fait que la plupart d'entre eux ont pris le temps de lui expliquer les choses quand il ne parlait pas encore français, sur le respect qu'il perçoit envers lui lors des consultations avec ses différents médecins.

Il est intéressant de noter que si le patient décrit clairement le moment de l'orientation vers un médecin de ville par le docteur Y., le médecin de la PASS ne se souvenait plus du tout de l'avoir incité à trouver un médecin traitant en ville. Il trouvait même que le patient avait «du jour au lendemain, disparu dans la nature» et s'était inquiété pour la continuité des soins jusqu'à le revoir un an plus tard.

f. Patrice et Fanta

Bien qu'il ait déjà accompagné sa compagne Fanta, Patrice venait pour la première fois en consultation à la PASS pour lui-même. Sa demande était un certificat médical pour un dossier de titre de séjour pour soins. Ils ont facilement accepté l'entretien, mais ont demandé à le faire ensemble. Ce couple, originaire du Mali, a quitté son pays d'origine en espérant trouver des conditions de vie meilleures en France. Aucun des deux n'a eu de problème de santé particulier au cours de sa vie, si ce n'est que Patrice a un problème de vue mal étiqueté puisque le diagnostic donné au Mali aurait été réfuté par l'ophtalmologue en France. Depuis leur arrivée en France il y a 3 ans, il a été découvert un diabète à Patrice et Fanta est suivie

pour une épilepsie révélée pendant sa grossesse. Ils sont parents d'un petit garçon de 8 mois également présent lors de l'entretien.

Si leur parcours de soin paraît extérieurement compliqué et avec de nombreux démarches et changements d'interlocuteurs, ils ne paraissent pas l'avoir ressenti comme tel ou en avoir souffert autant que des difficultés de leur situation : l'hébergement instable par le 115, les temps de transports, la domiciliation, la complexité des démarches auprès de la préfecture... Ils sont tous les deux bénéficiaires de l'AME et suivis en ville par un médecin traitant ainsi que par un diabétologue pour Patrice et un neurologue pour Fanta à l'hôpital. Leur fils est régulièrement suivi à la PMI et par le médecin traitant. Leur venue à la PASS est motivée par le besoin de certificats pour les dossiers de titres de séjour pour soins, ils y ont été adressés par la Cimade. Fanta est déjà venue à quatre reprises à la consultation Villermé pour des certificats. Ces personnes, si elles ont désormais une assez bonne connaissance du système de droit commun, viennent à la PASS pour la rédaction de certificats alors qu'elles sont toutes deux suivies par un praticien hospitalier (diabétologue et neurologue) qui est apte à le faire au cours du suivi systématique. Mais la complexité des démarches et la méconnaissance de la part des professionnels qui les suivent induisent un suivi par trois ou quatre médecins pour chacun d'entre eux.

g. Abdoulaye et Hervé

L'entretien d'Abdoulaye a été très influencé par la présence de l'interprète. En effet, ce jeune patient qui venait pour la première fois à la PASS était accompagné d'un ami pour l'aider à la traduction puisqu'il ne parle pas très bien français. L'interprète, Hervé, a beaucoup interféré dans cet entretien. Bien qu'Abdoulaye ait accepté de nous rencontrer assez facilement, il a ensuite paru gêné par nos questions, s'est très vite mis en retrait et nous a proposé de parler directement avec Hervé. Ce dernier paraissait très content de pouvoir raconter son parcours et a accepté d'être enregistré à son tour. Deux entretiens ont donc été retranscrits dont celui réalisé avec Hervé qui ne venait pas ce jour-là consulter à la PASS Villermé mais était déjà venu. Nous avons décidé de le garder les deux malgré tout pour deux raisons : la situation de Abdoulaye est assez typique des nouveaux arrivants d'Afrique subsaharienne qui trouvent assez facilement une place en foyer, soit souvent un simple matelas dans un couloir déjà surpeuplé. Au sein de cette communauté, ils trouvent des conseils et de l'aide pour la vie quotidienne et les démarches et arrivent donc à la PASS

orientés par d'anciens patients avec souvent au début, un ami interprète. Le parcours de soin et la vision qu'en a Hervé, quant à lui, nous paraissent tout à fait en lien avec notre problématique. Aussi nous avons gardé les deux témoignages.

Abdoulaye est originaire du Mali, en France depuis six semaines, il a quitté son pays pour avoir de meilleures conditions de vie, sans possibilité de visa, il a dû selon lui faire plein de « à gauche -à droite » avant d'arriver à Drancy où il a trouvé une place au foyer. Il n'a eu que très peu de contact avec le système de santé dans son pays d'origine et aucun en France. Lors d'une campagne du centre de lutte anti-tuberculose (CLAT) au foyer, il a eu une radiographie des poumons anormale qui nécessite un avis spécialisé, le médecin du CLAT l'a donc adressé à la consultation de pneumologie de l'hôpital (comme précisé sur l'enveloppe du courrier d'orientation que nous a montré le patient) mais l'agent d'accueil l'a inscrit à la consultation de la PASS probablement en raison de l'absence de droits. Le patient aurait pu être reçu en pneumologie, l'hôpital Avicenne fonctionnant également avec un système de PASS transversale. Abdoulaye n'a que très peu de connaissances du système de soins en France, mais Hervé est là pour le guider. Ce patient par l'intermédiaire du CLAT a rencontré une assistante sociale avec laquelle il a rendez-vous pour une demande d'AME quand il aura atteint les trois mois de résidence en France.

Hervé est en France depuis 9 ans, il vient lui aussi du Mali, il a actuellement un titre de séjour pour soins renouvelable chaque année depuis 2011 avec une CMUC. Il a consulté pour la première fois à la PASS Villermé dans les mêmes conditions qu'Abdoulaye, c'est-à-dire orienté par le CLAT pour un bilan après un dépistage de tuberculose. Il n'avait à l'époque aucune couverture médicale. Il a désormais une assez bonne connaissance du système de soins, est suivi par un spécialiste à l'hôpital et a un médecin traitant dans un centre de santé. Il assimile semble-t-il la PASS à tout le reste de l'hôpital, car à nos questions il dit qu'il est suivi « ici » en désignant le bureau de consultation alors qu'il a, a priori, un suivi régulier dans un autre service. Il ne revient en fait consulter à Villermé que « de temps en temps » quand ses médecins ne sont pas disponibles, mais y revient en tant qu'accompagnateur pour des personnes du foyer qui ont besoin de voir un médecin. Il exprime un sentiment de satisfaction à avoir des repères stables dans son parcours de soins, il sait maintenant où de rendre selon ses besoins et ses démarches et ne voit aucun motif pour changer de lieux de soins.

h. Djibril

L'entretien avec Djibril s'est déroulé en français dans une ambiance détendue. Il s'est beaucoup intéressé au sujet de notre travail. Djibril est Algérien, il porte une prothèse de jambe après un grave accident de la circulation survenu à l'âge de 14 ans. Il a déjà résidé en France de 2002 à 2004 principalement pour des raisons de santé puisque sa prothèse ne lui permettait pas de se déplacer et que les soins en Algérie étaient selon lui inadaptés. Un voisin lui avait conseillé de contacter un centre spécialisé en France pour voir s'il était possible d'être mieux appareillé. En 2004 avant la fin des soins il a dû repartir en Algérie avec sa famille. Il est revenu depuis 2012, car il avait à nouveau des problèmes avec sa prothèse de jambe. Djibril a actuellement un titre de séjour pour soins avec une CMUC et une ALD.

Il consulte le docteur Z. à la PASS depuis septembre 2012 et vient régulièrement le voir pour son suivi et pour les démarches administratives liées au dossier de titre de séjour pour soins. Sa femme et ses filles sont suivies par un médecin traitant en ville et lui-même a eu d'autres médecins auparavant, mais n'envisage pas du tout d'être suivi ailleurs qu'à la PASS. En réponse à notre question sur une orientation possible par le médecin de la PASS vers un médecin de ville, il paraît reconnaissant au docteur Z. de n'en avoir jamais parlé, voire même ressent-il cela comme impossible au sein de la relation qu'ils entretiennent. Enfin, ce monsieur est très fier de la bonne intégration de sa femme et de ses filles, de leur acquisition rapide de la langue française, sa femme prend des cours de français, et leur réussite scolaire.

i. Youssouf

Youssouf a accepté l'entretien facilement, il y avait ce jour-là beaucoup de monde dans la salle d'attente et le docteur Z. qui le connaissait déjà lui a proposé de nous rencontrer en attendant son « tour ». Le but de notre travail l'a intéressé, mais il a ajouté très vite que sa vie n'était « pas intéressante ». L'entretien s'est pourtant déroulé très facilement et Youssouf avait un discours riche et fluide. Il a quitté la Côte d'Ivoire en 2012 pour trouver une vie meilleure après le décès de ses parents. Il a traversé et séjourné dans plusieurs pays avant d'arriver en France en 2013. Il n'a jamais eu de contact avec le système de santé, ni dans son pays d'origine, ni au cours de son voyage jusqu'en France.

Youssouf a eu un parcours «classique» à la PASS Villermé, adressé par Médecins du Monde alors qu'il n'avait aucune couverture médicale il a bénéficié des bons PASS tant que

nécessaire. Il a désormais l'aide médicale grâce à l'accompagnement par l'assistante sociale de la PASS. Depuis l'ouverture des droits, il a consulté à plusieurs reprises et n'envisage pas de changer de lieu de soins. Ce patient exprime beaucoup de tristesse en lien avec les événements de sa vie et aux difficultés qu'il rencontre depuis son arrivée en France. Le manque de ressources et la complexité des démarches pour assurer ses besoins primordiaux, sans aucune aide, ressortent beaucoup de son discours.

La PASS et le docteur Z. apparaissent alors comme des repères stables, des lieux où les difficultés qu'il a traversées sont connues et comprises sans avoir besoin d'y revenir sans cesse. Cela lui offre enfin un lieu où il a la possibilité d'avancer, de dépasser ses difficultés sans les cacher. Le jour de l'entretien, il venait voir le médecin et l'assistante sociale pour qu'ils l'aident dans son problème de logement puisqu'il va être expulsé du squat où il vit.

D. Analyse des entretiens

1. L'influence des situations difficiles sur la santé et l'accès aux soins

Tout est instable, il faut multiplier les démarches et les déplacements pour satisfaire les besoins primordiaux, la santé n'est pas une priorité elle doit souvent rentrer dans un emploi du temps chargé avec des moyens limités.

a. Migration, isolement social, perte de repères, perte de la capacité à agir

Même quand elle est «choisie», la migration est toujours une étape marquante dans le parcours de vie des personnes. Qu'ils partent en laissant des proches où parce qu'ils ont tout perdu, la perte de lien social est palpable dans la majorité des discours. Partis pour une vie meilleure, des soins meilleurs, ils découvrent ensuite les difficultés dans ce pays d'accueil, dans des conditions souvent bien peu accueillantes pour les nouveaux arrivants à quoi s'ajoutent parfois la barrière de la langue et la perte de repères culturels et sociaux. Tout ceci les prive, au moins un temps, de leur capacité de décision et d'action y compris dans les actes de la vie quotidienne suivant le phénomène de «disqualification sociale» (90) décrit par Serge Paugam. Cette dépendance est plus ou moins ressentie et difficile selon les personnes et leurs parcours de vie.

« Tu sais, quand tu viens dans un autre pays.. il n'y a pas quelqu'un devant toi pour t'expliquer... c'est seulement Dieu qui peut t'aider... sinon... Oui personne n'est là pour te dire : « tu dois faire ça comme ça ». » Youssouf

« [...] ça fait neuf ans que je suis là et je ne peux pas travailler, je n'ai pas les papiers, non si nous n'étions pas partis, mon fils serait mort là-bas ! Il a eu beaucoup de problèmes, des infections du sang, des reins... et mes collègues m'ont dit : « ce n'est pas possible qu'il reste à Moscou, sans médecins, sans médicaments sinon dans 6 mois c'est fini ! » [...] Mon mari, mon deuxième fils, le travail, j'avais tout... mais tout s'est cassé parce qu'avec les analyses et tout ça tous les docteurs m'ont dit que ce

n'était pas possible, on ne pouvait pas rester ici pour le soigner. J'ai tout perdu et je n'ai rien ici... [...] même si je pouvais payer, on ne voulait pas de nous ici... Alors le troisième jour j'ai voulu acheter des billets pour l'Angleterre, mais ce n'était pas possible avec mon visa [...] on n'a pas choisi la France c'est elle qui nous a choisis.»

Vladimir et sa mère

« - Vous avez de la famille en France ? -Non je suis tout seul. -Pas d'ami ? - Non (pause) mon frère mais bon... » Moussa

« Je suis parti de Mauritanie en 2002 et je suis retourné en Mauritanie en 2012. J'ai ma famille là-bas : ma femme et mes deux enfants alors je devais retourner là-bas.. [...] je vous pose la question, je dois les laisser là-bas ? J'ai une femme et deux enfants petits, je n'y suis pas retourné depuis dix ans, et je n'ai pas le droit d'y aller ??? » Mamadou

« Bon si tu n'es pas un peu intellectuel pour faire tout ça, pour l'adresse et les transports... si tu ne sais pas lire et écrire tu abandonnes hein... »

Patrice et Fanta

« On attend, ce n'est pas nous qui décidons [...] vous ne pouvez rien y changer, vous êtes malade, vous êtes seul et vous êtes bloqué dans votre appartement bloqué dans votre fauteuil... » Vladimir

« [...] pour le travail c'est compliqué : beaucoup de prises de sang, beaucoup de rendez-vous... par exemple le travail il commence à 8 heures et bien la prise de sang c'est à 8 heures ! Il y a la prise de sang le matin et puis à 17h il faut récupérer le résultat et allez voir le médecin [...] le patron m'a dit qu'il y avait beaucoup trop de rendez-vous. Le médecin écrivait les certificats, mais quand même il y en avait trop. Et il m'a dit de partir » Mamadou

b. Les conditions de logement

Comme nous l'avons vu plus haut, les consultants de la PASS Villermé ont très rarement des logements personnels et stables. La grande majorité trouve des solutions presque au jour le jour de l'hébergement par des connaissances, aux hôtels du 115, en passant par la rue. Dans la plupart des régions la capacité des dispositifs d'hébergement d'urgence est en effet très largement dépassée. De même que celle des CADA (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile) dans le cas des demandeurs d'asile. La loi oblige pourtant l'État à les accueillir pendant la période d'examen de leur demande (116) quand ils n'ont pas la possibilité d'occuper un logement individuel ou d'être hébergés par des proches. (117) Les demandeurs non hébergés en CADA peuvent recevoir l'allocation temporaire d'attente (ATA soit 11,35 euros/ jour (119)) ou être pris en charge par le dispositif d'hébergement d'urgence des demandeurs d'asile (HUDA). Récemment la CNCDH dénonçait le fait que les capacités d'accueil restent structurellement insuffisantes par rapport aux besoins et que les crédits baissent, alors que le nombre des demandes tend à augmenter.

Se loger est donc un problème quasi quotidien et les conditions sont pour la plupart très instables, incompatibles avec un bon état de santé, avec un lieu de soins fixe et une continuité dans les soins.

« Il doit être opéré encore une fois en avril, mais ils ont dit qu'on n'habite pas dans des bonnes conditions. [...] Mais maintenant ils disent qu'on ne peut pas faire l'opération si on est encore dans la caravane. » Carolina

« La police vient tout le temps, casser le terrain, et ils nous disent de partir à chaque fois, alors je n'avais jamais le temps de venir m'occuper de ça [les problèmes de santé]» Carolina

« On a d'abord rencontré le docteur T. à Paris, on vivait là-bas et je faisais les demandes d'AME là-bas. Mais le nouvel hôtel [du 115] il est ici, je dois faire les demandes d'AME à Bobigny [...] depuis qu'on est ici c'est impossible d'y aller [à Paris] c'est trop loin, trop compliqué. On parle avec lui par Skype » Vladimir

« Ils m'ont envoyé dans un autre centre à Saint-Denis et après c'est le 115 que j'ai appelé, et puis le 115 pendant six mois. Après l'assistante sociale, elle m'a dit que le problème c'est que comme je suis sorti pour la Mauritanie, j'ai perdu le 115. Donc après le 115 il a fallu que je cherche le foyer, mais au foyer il y a beaucoup de monde. Je suis malade, il y a une fenêtre seulement, du soir au matin il y a beaucoup de monde, c'est pas bien... »

Mamadou

« [La domiciliation] si c'est Paris, alors c'est à Paris. Si tu passes quelque part à Paris et que ton adresse c'est 93, c'est compliqué. »

Mamadou

« Avant qu'elle soit enceinte on a demandé, mais le 115 a dit que « Non, nous on prend pas des gens comme ça, il faut être enceinte ou malade ou avec des enfants ». Mais après elle a été enceinte et c'était le calvaire, alors on a refait appel au 115 et là on a eu une place. [...] Depuis l'accouchement on est au même endroit, mais avant on bougeait. [...] On partait même à Rambouillet ! »

Patrice et Fanta

« On avait du mal, surtout pour le courrier... On était chez des gens et ils refusaient même pour le courrier. Alors à Médecins du Monde on a pu faire la domiciliation et recevoir le courrier. Ils étaient même très ouverts. »

Patrice

« L'hôtel et tout, on a changé je crois 6 ou 7 fois [...] c'est très loin et je souffre avec cette prothèse... »

Djibril

« Je suis venu avec lui, je dormais chez son grand frère pendant une semaine, et après une semaine il m'a mis dehors, c'est comme ça que je me suis retrouvé dehors. [Après] je dormais dans une mosquée, je dormais dans la « Maison Mère » mais ce n'est pas comme une vraie maison. -Ça a duré longtemps? -Huit mois. [Et maintenant ils] sont venus nous voir hier ils veulent qu'on laisse le squat. »

Youssef

c. La précarité financière

La plupart des consultants de la PASS sont sans activité professionnelle ; l'absence de titre de séjour ne permettant bien sûr pas de travailler officiellement et n'ouvrant aucun droit aux aides sociales. Quant aux personnes en situation régulière par l'obtention d'un titre de séjour ou d'un récépissé de demande d'asile, ils n'ont souvent pas de droit ouvert au travail. L'allocation temporaire d'attente pour les demandeurs d'asile qui n'ont pu être hébergés par le CADA, quand elle est connue et obtenue, s'élève à 340 euros par mois (119) ce qui ne suffit pas à couvrir les besoins élémentaires et encore moins les soins de santé.

Bien loin de l'image d'étrangers venus « profiter » du système gratuit de soins français en faisant des allers retours réguliers depuis leur pays, la règle est bien souvent l'absence de revenu. Avec des personnes parfois soutenues pour le minimum par l'aide de la communauté ou dépendantes des structures gratuites. Cette grande précarité financière est bien entendu un obstacle majeur aux soins, et la santé, sauf exception, ne peut être dans les priorités pour les dépenses. Certaines des personnes interrogées ont été confrontées à des coûts de soins qu'ils ne pouvaient honorer, en France ou dans leur pays d'origine, comme nous le verrons plus loin. Si, contrairement à ce que nous pensions, le coût des soins, et surtout la gratuité des soins à la PASS, n'est pas spontanément évoqué par personnes interviewées, il se pose quand même comme obstacle évident et incontournable quand la question est posée.

« - Je ne vous ai pas demandé si vous gagniez un peu d'argent en France, de l'aide de quelqu'un ou des petits boulots ? - Non, rien du tout. » Aminata

« -Pas de petits boulots pour avoir un peu d'argent ? -Non, comment je pourrais travailler ? Je n'ai pas les papiers » Moussa

« Maintenant j'ai un problème en France : je suis là depuis 2008, maintenant c'est 2014 et je n'ai pas trouvé un euro ! Pas de travail, rien ! » « je suis fatigué. Je dors dans le foyer depuis 2008, je fais les papiers, je me débrouille pour la nourriture... Depuis cinq ans, pas la CAF, pas le RMI, rien du tout ! Cinq ans ! Jusqu'en 2013 ! Et 2014, six ans ! » Mamadou

« Parce que au foyer, il y a la Mauritanie, le Mali, le Sénégal et tout et tout, c'est comme une grande famille, et le matin et le soir, il y a le riz ou le couscous pour tout le monde. Ceux qui ont un travail, les personnes qui travaillent, même 50 euros, ils travaillent et lui pas de travail, lui pas de travail, lui pas de travail, ils préparent à manger le riz, le couscous. -Ceux qui gagnent de l'argent, partagent pour que tout le monde puisse manger ? -Oui le soir et le matin » Mamadou

« - Vous auriez peur que ça coûte cher d'aller chez un autre docteur ? -Je n'ai même pas d'argent, je ne saurai pas où trouver de l'argent si je devais payer - En venant ici, est-ce ce que vous saviez si vous alliez devoir payer quelque chose? Non, je me suis dit : « je suis en train de demander l'AME, j'ai besoin de voir un médecin, je vais me lancer et puis on verra. » » Aminata

« [...] comme je n'ai pas d'argent je n'ai pas pu payer. - L'hôpital ? -Oui. » Moussa

« - Est-ce que vous savez si vous auriez besoin de payer la consultation dans ce cas ? Et les médicaments ? -Non je ne peux pas payer. On n'a pas d'argent, on vit à cinq dans une caravane... » Carolina

« [...] au bout d'un moment, on n'a plus eu d'argent [pour payer les soins] » Vladimir

« J'avais des lunettes mais j'ai perdu ça ici, et comme j'ai pas le titre de séjour, bon ce n'est pas remboursé. A chaque fois on me dit qu'il faut des lunettes mais comme je n'ai pas l'argent pour acheter alors... » Patrice

« [Le médecin] m'a donné rendez-vous du côté de Drancy. Mais bon ce jour-là je n'y suis pas allé, parce que bon je travaillais pas et ce jour-là quelqu'un m'a proposé du travail alors j'y suis allé » Hervé

« Je suis allé aux médecins gratuits, comment ça s'appelle... Médecins du Monde. » Djibri

d. Une couverture maladie absente ou en pointillé

L'absence totale de couverture maladie est une situation un peu moins rencontrée à la PASS Villermé que dans les centres d'action humanitaire (3), toutefois un patient sur deux en est dépourvu à sa première consultation. L'autre moitié s'est souvent confrontée à la complexité des démarches d'ouverture de droits et à des refus. On note ensuite les problèmes de délai lors du renouvellement annuel de la CMU et de l'AME, les personnes se retrouvant parfois sans droits pendant plusieurs mois le temps de recevoir le nouveau justificatif. D'autres par le changement de leur statut administratif doivent passer à un autre régime (passage de bénéficiaire de l'AME à la CMU et inversement), le changement de département de domiciliation obligent également les personnes à faire les demandes dans une nouvelle CPAM. Tout ceci illustre bien que l'existence théorique et même pratique d'un droit à une couverture maladie n'est pas un garant suffisant pour l'accès effectif aux soins. Il faut ajouter à cela le poids du reste à charge trop lourd en l'absence de couverture pour la part complémentaire.

« Je me disais qu'il fallait avoir l'AME pour pouvoir aller voir un médecin »

Aminata

« [...] plusieurs fois j'ai été malade et je venais à l'hôpital mais sans Aide Médicale. »

Moussa

« Tous les ans je dois renouveler mon aide médicale et c'est très long d'avoir la nouvelle carte à chaque fois... [Quand] on vivait là-bas [à Paris] et je faisais les demandes d'AME là-bas. Mais le nouvel hôtel [du 115] il est ici, je dois faire les demandes d'AME à Bobigny » Vladimir

« Chaque année, la CMU finit au mois de mars, alors chaque année en janvier je dois refaire la demande, et puis en mars c'est bon. [Cette année] la carte est refusée ! et la CMU c'est finie depuis le 31 mars -Et vous savez comment vous allez faire pour vos médicaments et pour les prises de sang ? -Je vais aller à la pharmacie et je vais les payer... Quand je suis allé à Bobigny, ils m'ont dit « Mamadou., la carte c'est refusé, il faut aller voir l'assistante sociale », d'abord elle était en vacances, mais après je l'ai vu et elle m'a dit : « Il ne fallait pas partir en

Mauritanie Mamadou., pourquoi vous avez fait ça ? » Elle me dit qu'il ne fallait pas partir... mais moi j'ai une femme, j'ai des enfants, je les laisse là-bas comme ça ? »

Mamadou

« Je suis allée à la Sécurité sociale et là ils ont cochés les papiers qu'il fallait apporter pour faire la demande. Alors j'ai tout apporté à une dame qui m'a reçue, qui a vérifié et qui m'a dit que c'était bon... Quand j'ai reçu le courrier de refus, ils proposaient de faire un recours gracieux, alors je suis allé voir un écrivain public qui m'a aidée à faire cette lettre de recours. Malheureusement je n'en ai pas gardé de copie. Je l'ai envoyée puis j'ai encore attendu 2 mois et comme je n'avais aucune réponse je suis retourné à la Sécu pour dire à la dame que j'avais fait le recours gracieux et que je n'avais toujours pas de nouvelles. Alors elle m'a dit : « Faites une nouvelle demande ». Donc j'ai fait une nouvelle demande en partant de zéro, cette nouvelle demande je l'ai fait au mois d'août 2012 (soient 8 mois auparavant) et ma première consultation à l'hôpital c'était au mois de décembre 2012. [...] Quand je suis venue ici la première fois, j'ai vu l'assistante sociale et je lui ai expliqué que j'avais déjà fait deux demandes alors elle a vérifié dans son ordinateur et elle me dit qu'il n'y a aucune trace de demande auprès de la Sécu, et qu'il va falloir refaire un dossier de demande. Mais cette troisième demande je l'ai déposé ici à Avicenne. Maintenant que c'est fait, j'ai demandé au docteur Z. de me faire un certificat médical et je suis allée à la préfecture pour faire une demande de titre de séjour. Pour remplir le dossier pour un titre de séjour pour cause de maladie il faut la copie de l'AME alors je suis bloquée pour l'instant»

Aminata

« J'ai demandé d'abord l'Aide médicale, la première demande, elle a été refusée. Parce que pour les 3 mois ils ont demandé un ticket ou quelque chose et moi je ne l'avais pas. Alors j'ai eu le ticket et j'ai recommencé mais bon pas de réponse, alors je suis allé vers Stade de France là-bas, comme la sécu. J'ai dit mon nom à l'accueil avec la fiche qu'on m'avait donné. Et en fait, le jour que j'étais là-bas avant ils avaient pris mon dossier ils l'avaient mis sur le côté et depuis 3 mois maintenant mon dossier il était resté sur le côté, il avait pas bougé ! Alors la dame elle me dit : « ben non votre dossier il est encore là ! ». Elle m'a redonné une feuille et on a refait le dossier. Après un ou deux mois je suis passé à par hasard alors je suis allé

voir et ils m'ont dit que oui, que le courrier était arrivé c'était bon pour l'AME. »

Hervé

e. La situation administrative instable et la lourdeur des démarches

Les patients sont quasiment tous confrontés à des démarches administratives en particulier pour la régularisation du séjour, les demandes d'aide pour le logement, la domiciliation, la CPAM, etc. Toutes ses démarches demandent du temps, des papiers à jour, de nombreux déplacements, les démarches et les conditions d'obtention sont complexes, les refus fréquents et les aides rares. C'est souvent une occupation à temps plein dans les premiers temps pour les nouveaux arrivants. Les déceptions sont fréquentes pour ceux qui ont l'impression de «jouer le jeu», de se plier aux règles de l'administration et qui se voient opposer des refus. Ceci est compliqué par l'instabilité du lieu de vie, le coût des transports et la crainte se faire contrôler lors des déplacements pour les personnes en situation irrégulière.

« J'espère que l'assistante sociale et la CAF de Saint-Denis vont pouvoir nous aider pour avoir une maison. C'est compliqué, tous les papiers, les endroits où il faut aller... je comprends bien le français mais je ne peux pas répondre bien ou écrire... C'est compliqué pour moi, je dois marcher beaucoup, pour aller dans pleins d'endroits mais j'ai mal aux pieds, je suis essoufflée... » Carolina

« La carte elle finit en août, alors je viens en mai avant pour faire le certificat et emmener tout à Bobigny. C'est compliqué. Depuis cinq ans je fais ça » « comme je suis sorti pour la Mauritanie en 2012 maintenant il refuse la carte (le titre de séjour), tu vois (Mamadou sort le titre de séjour) depuis cinq ans c'est bon, un an, un an, un an... et la sixième : refusé ! » Mamadou

Mamadou a une grande pochette dans laquelle il classe tous ces documents importants, il m'expliquera à la fin qu'il ne garde que l'année en cours et l'année précédente sur lui, sinon c'est trop lourd.

« [à] l'accueil ils ne m'ont pas bien compris mais on m'a donné la demande de titre de séjour normal, enfin bon, sans soins.. L'autre jour j'y suis retourné parce

qu'ils devraient m'envoyer le résultat bientôt parce que j'ai déposé le dossier le 13 octobre 2013, et je suis allé voir le monsieur à l'accueil qui m'a dit que ça c'était la demande normale, sans la maladie, mais que je devais attendre la réponse de celui-là avant de faire la deuxième. Mais moi j'ai dit que c'est parce que je suis malade que je viens demander le titre de séjour, parce que je viens à peine d'arriver en France, je vais pas demander le titre de séjour normal... » Patrice

« Si vous ne travaillez pas, si vous allez voir Médecins du Monde, ils vont faire l'Aide Médicale d'État et à travers ça vous pouvez demander Solidarité Transports, ça revient moins cher et vous pouvez vous déplacer après sans souci » Patrice

Patrice et Fanta ne viennent à la PASS que pour les certificats médicaux indispensables à leurs démarches administratives, étant suivis tout deux par des praticiens hospitaliers, les certificats pourraient être faits au cours de leurs consultations systématiques, mais la complexité du système (leur médecin traitant ne peut pas le faire, la Cimade les a adressés à la PASS spécifiquement pour ces certificats...) fait qu'ils ont recours à trois voire quatre médecins différents en fonction de leurs demandes.

« Le docteur Z. il travaille avec la préfecture, il a fait même la demande pour moi à la préfecture, et ils m'ont donné le titre de séjour provisoire et une enveloppe confidentielle. Ils m'ont dit « Tu fais comme tu veux, soit tu peux aller à l'hôpital voir ton médecin traitant de d'habitude soit tu peux aller voir un médecin privé agréé. » Moi j'ai pas d'argent, le médecin privé, il faut donner au moins 100 ou 150 euros... »

Djibril

On voit bien que les situations difficiles et précaires dans lesquelles évoluent ces personnes sont difficilement compatibles avec le système de soins français actuel. De par les difficultés rencontrées pour assurer leurs besoins fondamentaux, l'accès aux soins primaire peut être rapidement compromis et la santé être reléguée au second plan dans les priorités. D'autant que si la plupart des patients ont des droits potentiels à une couverture maladie encore faut-il qu'elles y accèdent et qu'elles la conservent. La continuité des soins est presque impossible dans ces conditions. Ceci est bien illustré par le parcours qui mène la plupart des patients jusqu'à la PASS, que cela soit le premier contact avec un médecin ou non, le chemin a rarement été tranquille et bien balisé. Si beaucoup finissent par être orientés par les

structures telles que le CASO, les personnes se sont souvent heurtées à des expériences de soins malheureuses. Quand ce n'est pas le cas, la PASS est souvent découverte «par hasard» alors qu'il y a une demande de soins à laquelle personne n'a répondu.

2. Les chemins qui mènent à la PASS sont souvent semés d'embûches

Après s'être parfois heurtés à des difficultés de soins dans leur pays d'origine ou en France, les personnes arrivent à la PASS, mais pour y parvenir il faut souvent des tours et des détours pour enfin rencontrer le médecin et l'assistante sociale de la PASS Villermé, souvent par hasard.

a. Des expériences antérieures négatives

❖ Expériences antérieures dans le pays d'origine.

Les contacts avec le système de soin dans le pays d'origine influencent largement la relation avec le nouveau lieu de soins. Comme nous le verrons, pour beaucoup de patients l'hôpital reste une référence commune entre le pays d'origine et la France. De la même façon, les difficultés d'accès aux soins rencontrées avant l'arrivée en France posent les jalons de la relation avec le système de soins français. En effet, si la PASS favorise l'accès aux soins en France, elle paraît aussi plus facile d'accès en comparaison aux obstacles déjà rencontrés dans le pays d'origine. Car les difficultés dans le parcours de soins peuvent avoir commencé avant ou au cours du voyage migratoire ; les personnes peuvent avoir fait face à des difficultés financières ou à des soins inexistantes ou jugés inadaptés. Plusieurs récits décrivent des systèmes de soins où le coût des soins est un obstacle majeur et beaucoup ont été confrontés à des refus de soins ou des soins dispensés en fonction des possibilités de paiement et non des besoins.

« - Au Mali si on veut voir un docteur il faut payer ? -Oui - Ça coûte cher ?
-Oui, un peu. Enfin ce n'est pas le même argent qu'ici » Moussa

«- Quand vous aviez un problème de santé et que vous pouviez vous déplacer pour aller aux urgences, vous ne payiez pas tout de suite parce que vous avez une assurance. Bon il fallait habiter Moscou et avoir une adresse fixe, par contre si vous venez d'une autre région ou sans adresse fixe il faut payer avant de se faire soigner. Il n'y a pas de système d'assistante sociale comme ici -Mais si vous habitez Moscou, vous ne payiez pas tout de suite mais après oui ? -Oui une petite partie, comme ici, si vous travaillez vous payez. -Comme la Sécurité sociale un peu ? Avec des cotisations quand on travaille ? -Oui c'est ça. » Vladimir

« Mes parents ont porté plainte pour ça et cette dame a disparu, elle a changé de ville. Mais finalement ça n'a abouti à rien ; ils se sont retrouvés tous seuls à assumer le coût de ce qu'il fallait faire après. » Aminata

« Avant d'avoir la consultation avec le médecin [au Cameroun], il faut la payer, sinon on n'est pas vu. Si tu n'as pas d'argent... Moi j'ai été très malade - c'est encore pour ça que je viens voir le Docteur Z. - ma famille s'est saignée, elle a pris des dettes pour que j'essaye de suivre un peu le traitement parce que c'était ma vie qui était en jeu. Ils se sont endettés, et il n'y a que deux ans qu'ils ont finis de payer la dette parce que c'était très cher. [...] Après j'ai fait aussi de la chimiothérapie, je n'ai fait que trois séances tellement c'était cher. [...] c'est pour ça que je vous ai dit que ma famille avait dû s'endetter parce qu'il fallait vraiment faire quelque chose pour que je puisse me soigner... » Aminata

« - Votre fils il avait déjà eu des soins en Roumanie ? -Oui, il avait un docteur pour l'opération mais il nous manquait beaucoup d'argent. On n'avait même pas de maison, on dormait chez des amis » Carolina

« A partir de 1994, 1995, là vraiment c'était fini : plus de médicaments, plus de pansements... Si vous alliez à l'hôpital il fallait venir avec votre drap, avec votre pansement... » « Il y a beaucoup de personnes qui sont mortes, beaucoup de personnes âgées, par manque de nourriture... Et manque de soins. C'était comme ça : le docteur de famille vient chez toi, il te voit et il dit : « j'ai une bonne formation, je sais ce qu'il faut faire mais je ne peux pas, je n'ai rien, pas de matériel ! [...] si nous n'étions pas partis, mon fils serait mort là-bas ! Il a eu beaucoup de problèmes,, des

infections du sang, des reins... et mes collègues m'ont dit : « ce n'est pas possible qu'il reste à Moscou, sans médecins, sans médicaments sinon dans 6 mois c'est fini ! » [...] tous les docteurs m'ont dit que ce n'était pas possible, on ne pouvait pas rester ici pour le soigner. » Vladimir et sa mère

« Je suis allé à l'hôpital comme ça ! Et là-bas je reste trois jours sans aide médicale, dans le couloir. Ni scanner, ni rien [...] On a cherché pendant 2 mois un chirurgien qui accepte de m'opérer. Il ne s'était encore rien passé pour moi parce qu'il n'y avait pas de spécialiste, rien on me laissait là comme ça ! Ma mère proposait de tout payer mais personne n'acceptait parce qu'aucun médecin n'était formé pour ça ! » « La prothèse en titane je l'ai payée 33000 dollars, au noir... si vous n'avez pas l'argent comment vous faites ? » « J'ai dû acheter mon traitement au marché noir, c'est un monsieur qui voyage souvent en Angleterre, une fois par an. Mais ils avaient juste une boîte, pas plus. [...] Il y a beaucoup de gens qui sont morts à cause de ça, le manque de traitements. [...] Quand je suis allé à l'hôpital on m'a dit que j'avais l'hépatite C, ils m'ont dit si tu trouves le traitement on te soigne, sinon tant pis. »

Vladimir

« J'allais à l'hôpital, mais ils ne s'occupaient pas de tout, alors j'allais aussi chez le médecin traditionnel. . Mais jusqu'à maintenant je ne sais pas ce que j'ai aux yeux, pour quelle raison je ne vois pas comme tout le monde. » Patrice

« Comment est-ce organisé à Bamako, il y a des médecins à l'hôpital et des médecins en ville comme ici ? -Il y a des médecins à l'hôpital oui. -Et est-ce qu'il y a aussi des médecins en ville qui travaillent tout seul ? -Oui mais c'est payant, les cabinets de consultations comme ça tout seul c'est cher. [...] A l'hôpital on paye juste son ordonnance parce que c'est toi-même qui va acheter les médicaments. On ne paye pas le médecin. Enfin ça dépend de l'hôpital, des fois tu payes 1 euro ou 1 euro 50 et on te donne un ticket pour attendre et tu vois le médecin mais sinon tu payes que l'ordonnance. -Et quand on a besoin d'être hospitalisé ou opéré par exemple comment ça se passe ? -On paye. Moi je n'ai jamais été opéré mais je connais des gens oui et il faut payer avant. -D'accord, mais vous seulement des petits problèmes et vous n'êtes allé que à l'hôpital c'est ça ? -Oui »

Abdoulaye

« Avant il y avait des bons médecins, en 80, 81, des médecins, des Allemands, des Français.. dans le grand hôpital de rééducation et de prothèses, et après ça a changé tout. Parce que tous les 3 ans, je changeais la prothèse, j'ai changé 3 fois : en 81, 84 et en 88 et après 88 je souffre. Après les rendez-vous c'était long, j'ai gardé la prothèse 5 ans. Et puis, ils m'ont dit « si tu veux la prothèse qui est bien il faut de l'argent et moi je n'ai pas d'argent. » Djibril

« Vous trouvez que vous avez été bien soigné à Alger ? -Oui avant c'était bien, mais après ce n'était pas bien. -Pourquoi ? -Je ne sais pas... Je souffre parce qu'il n'y a pas de moyens. » Djibril

❖ Expériences antérieures en France

Les expériences antérieures de contact avec le système de soin français, quand elles existent, participent elles aussi, fortement aux orientations du parcours de soins des patients de la PASS. Qu'elles aient été positives ou négatives, elles servent de référence pour évaluer chaque nouveau contact. Il est assez remarquable que lorsque ces expériences ont eu lieu dans les centres de soins gratuits associatifs ou d'ONG elles soient le plus souvent perçues positivement, alors que lorsqu'elles ont eu lieu dans le droit commun elles ont généralement poussé les personnes à consulter ailleurs.

«- Vous avez déjà vu des médecins qui n'écoutaient pas bien, qui ne donnaient pas les bons traitements pour vous? -Oui une fois à l'hôpital Delafontaine, il criait, il ne voulait pas écouter ce que je lui disais, quels médicaments il me fallait... Il n'écoutait pas. [...] Alors quand j'ai trouvé le médecin ici, je n'y suis plus jamais retournée » Carolina

« On est allé voir un docteur du quartier aussi, un Africain, médecin du sport, il ne connaît pas bien les problèmes, il n'a rien compris ! Peut-être qu'il avait acheté son diplôme ! Son cabinet et la porte de la pharmacie de son ami sont collés et il prescrit beaucoup de médicaments, plus que ce dont vous avez besoin, c'est la mafia ! Ici beaucoup de docteurs sont comme ça ! » Vladimir

« Sauf un médecin, je dis la vérité hein, sauf un médecin ici à l'hôpital Avicenne, pour les dents, c'était ici. Je suis passé une première fois et la deuxième fois il m'a dit : « Non, faut pas que tu viennes ici. ». J'ai dit « Pourquoi ? ». Il 'a dit.. Enfin il m'a parlé avec...enfin dur... c'est pas bien. [...] Il m'a dit : « Là où tu habites il y a des dentistes, des chirurgiens, faut demander. » Il m'a dit ça comme ça. Après... je ne sais pas...-Vous n'êtes pas revenu du coup ? -Non, c'était pas gentil du tout... ici à Avicenne hein ! C'est un centre là-bas ! J'ai dit « Merci docteur et au revoir » -Vous avez pensé que c'était à cause de quoi? -Je ne sais pas, je n'ai pas d'idée... »

Djibril

« J'ai trouvé à Paris un dermatologue, qui a encore écrit une lettre où il disait : « ne parle pas bien français » et « faire massages ». Alors je lui dis : « C'est quoi ça ? Pourquoi vous écrivez ça ? » et il a souri comme si c'était une blague. Qu'est-ce que vous croyez qu'il peut se passer quand vous venez d'un autre pays, en fauteuil roulant, que vous ne parlez pas la langue de ce pays et que vous avez de l'argent ? » Vladimir

b. Les circonstances de recours à la PASS

Pour toutes les personnes interrogées, le motif de recours initial à la PASS était une demande de soins médicaux sauf pour trois d'entre eux qui sont venus initialement pour une demande de certificat médical dans le cadre d'une constitution de dossier de titre de séjour pour soins (Patrice, Fanta et Djibril). Toutes les personnes interviewées ont eu ensuite au moins un entretien social avec l'AS de la PASS pour un accompagnement dans leurs démarches, sauf Moussa qui n'en a pour l'instant pas eu besoin. Mais si la demande de soins existe, les personnes qui orientent les patients vers la PASS ont très souvent en tête l'idée de la prise en charge double médicale et sociale que leur paraît nécessiter la situation.

« Une amie m'a dit de refaire la demande d'AME à l'hôpital, que ça irait plus vite, alors quand je suis venue voir le docteur j'ai aussi vue l'AS, et c'est elle qui s'est occupé de ça. » Aminata

« J'ai un ami russe qui travaille à Avicenne et qui m'a dit d'aller voir une assistante sociale et je suis venu ici » Vladimir

« Médecins du Monde nous a donné des adresses, c'est les hôpitaux où il y a des assistantes sociales, donc on peut aller là pour voir ce qui peut nous arranger. »
Youssef

c. Une orientation encore trop souvent hasardeuse

Entre un quart et un tiers des consultants de Villermé sont adressés par les professionnels du «monde de la précarité» : centres de consultations de Médecins du Monde, Comede, Cimade, association France Terre d'Asile, etc. Pour tous les autres, l'arrivée à la PASS relève souvent du hasard, conséquence du grand manque de visibilité de la PASS pour les patients, mais également pour les professionnels, y compris au sein de l'établissement. Au-delà de la méconnaissance de l'existence des structures PASS, on s'aperçoit que c'est plus largement une méconnaissance du système de santé. De la part des patients d'abord, qui parfois n'ont même jamais eu de contact avec un médecin auparavant au cours de leur vie et souvent manque de repères dans cette société qu'ils découvrent. Mais surtout de la part des professionnels impliqués : soignants, agents hospitaliers, agents de la CPAM, etc. Cela entraîne souvent des refus ou des orientations pour de mauvaises raisons, et des expériences malheureuses pour les patients qui ne font que retarder leur accès aux soins. On remarque aussi que les patients conseillent la PASS à des connaissances qui ont besoin d'un médecin, avec souvent un gage de « qualité » de l'accueil et des soins.

« [A Médecins du Monde, ils m'] ont donné une lettre avec une fiche bleue. Ils m'ont dit : « T'habite où ? C'est quoi l'hôpital le plus proche de chez toi ? ». Moi je connais pas bien bien alors j'ai dit « L'hôpital Avicenne. », comme je suis passé ici en 2002-2004, je connaissais. Alors il m'a donné une lettre et je suis venu ici je crois après 15 jours. Je suis passé ici à l'accueil, la dame elle m'a dit : « Monsieur tu viens le vendredi après-midi, le médecin est là de 14 h jusqu'à 18h, voilà ». Après je suis passé : très bien. » Djibril

« -C'est le 115 qui nous a envoyé vers une assistante sociale à Saint Denis. [...] de là qu'on nous a dit d'aller à la Cimade et la Cimade nous a dit de venir ici... [...] -C'était pour les certificats. Ils ont dit qu'ils pouvaient nous aider sur les demandes de séjour » Patrice et Fanta (en réalité ces patients étant déjà suivis par des praticiens hospitaliers ils auraient pu être réorientés vers eux pour les certificats ce qui aurait permis de réduire le nombre d'intervenants)

❖ La méconnaissance du système de soins par les patients

Certaines des personnes interviewées ont une bonne connaissance du système de soins dans leur pays d'origine pour y avoir été prises en charge comme Aminata et Djibril. La mère de Vladimir était elle-même biologiste dans un établissement de santé avant de quitter son pays. D'autres n'ont même jamais ou presque jamais eu à faire avec le monde médical auparavant. Par contre, aucun d'entre eux n'a de connaissance de l'organisation du système de santé français avant d'arriver. S'ils ont parfois tout de même la notion de «meilleurs soins» disponibles en France, comme Djibril ou Vladimir, le fonctionnement leur est inconnu et ils se confrontent aux difficultés une fois arrivés. D'autant que, n'entrant souvent pas dans le groupe «normal» du régime général, ils sont dépendant de la connaissance ou non de leurs droits potentiels qu'aura leur interlocuteur.

« Je ne connaissais rien avant de venir. Donc je pose des questions, certains me donnent de bonnes informations, d'autres me donnent de fausses informations. Alors j'essaie de trouver les bonnes » Aminata

« -Avez-vous le souvenir de gens qui parlaient de la France, de la vie là-bas ?
-Non je n'ai pas fait attention à ça. - Et personne ne vous a jamais raconté l'hôpital en France non plus ou les soins pour les maladies ? -Non. » Moussa

«- Est-ce que vous savez quand même comment ça se passe en Côte d'Ivoire quand on voit un médecin ? Est-ce qu'on peut y aller comme on veut, est-ce qu'il faut payer par exemple ? -Tu sais le problème, c'est que si moi-même j'ai vécu ça je connais mais sinon pas du tout. -D'accord. Est-ce que avant de venir en France

vous aviez rencontré des gens qui étaient déjà allés en France et qui racontait comment c'était ? -Non. » Youssouf

«[...] j'ai un ami qui est amputé et qui a changé la prothèse à Valenton (centre de rééducation situé dans le Val-de-Marne). J'ai discuté avec lui en Algérie, parce que c'est un voisin à moi, il m'a dit : « Il faut partir en France, c'est comme ça .. » [...] il est très très bien, il bouge et tout, c'est super ! Après j'ai pensé et je me suis débrouillé pour l'argent et pour venir... de 98 à 2002. » Djibril

« Non on ne savait rien. Quand je suis venu en France, j'ai tout payé, la visite chez le médecin, les médicaments, tout, tout. Comme ça pendant 2 ans parce que je ne savais pas du tout comment ça marchait. » Vladimir

« - Votre frère qui est en France il vient ici aussi quand il a besoin de voir un médecin ? -Non, il va ailleurs, je ne sais pas où, mais il a les papiers... » Moussa

« - Est-ce que vous êtes déjà allé consulter chez un médecin en ville, qui travaille tout seul ? -Non, parce que je ne connais pas. - Est-ce que vous savez si vous auriez besoin de payer la consultation dans ce cas ? Et les médicaments ? - Non... je ne peux pas payer. On n'a pas d'argent, on vit à 5 dans une caravane... - D'accord. Alors ici on ne vous a jamais demandé de payer, mais ailleurs est-ce que vous avez une idée de comment cela fonctionne ? -Non je ne suis jamais allée ailleurs, quand je n'ai plus de médicaments, je viens ici. » Carolina

« Il m'a dit : « si tu viens ici, tu dois tout payer : les médicaments, les radios... » Il m'a dit que c'est bien de venir mais qu'il faut payer. Il connaît Médecins du Monde, alors il m'a accompagné. » Mamadou

« Il y en qui savait [au foyer] on était en train de parler comme ça et j'ai dit que moi je ne savais pas les choses qu'il fallait faire et il me dit : « Bon, camarade est-ce que tu as déjà fait l'aide médicale ? » Après il m'a expliqué comment c'était, ce qu'il fallait faire. Et puis sinon je demandais. Bon et puis j'ai demandé l'AME après, pendant 6 ans » Hervé

« [...] une fois ils ont refusé l'aide médicale, ils ont donné la CMU. » Hervé

« [...] c'est Médecins du Monde qui vous a donné les adresses, et pourquoi vous avez choisi ici ? -Parce que [la dame qui m'accompagnait] habite à Saint-Denis, c'était le plus près. -Elle vous hébergé ? -Non, mais elle m'a dit qu'elle pouvait m'accompagner. Je la remercie beaucoup parce que c'est grâce à elle que j'ai mon aide médicale, sinon je ne connaissais pas ça. » Youssouf

« [...] même la semaine dernière j'ai envoyé un ami ici, il m'a dit que le médecin est bien. [...] -C'est quelqu'un qui a la sécu ? -Oui il a l'aide médicale. -Il avait déjà vu des médecins en France ? -Non, seulement Médecins du Monde. » Youssouf

❖ ... et par les professionnels

Les entretiens avec les patients révèlent une profonde méconnaissance par les professionnels impliqués des problématiques de la précarité. Il existe fréquemment une confusion entre droits au séjour et droits à une couverture maladie. Aussi, l'orientation vers la PASS se fait parfois par hasard ou « à tort » pour des patients qui ont des droits ouverts, voire un lieu de soins, qui pourraient être orientés vers un parcours classique. Ceci peut être perçu comme le signe que le système commun est, de façon générale, jugé inadapté à la prise en charge de ces personnes sans qu'il soit possible de bien définir les critères de jugement au-delà de la stigmatisation de la PASS comme une consultation « pour les migrants, pour les sans-papiers ». Cette discrimination n'est pas toujours négative, cela peut au contraire être fait dans l'optique d'offrir le « meilleur » lieu de soins possible aux personnes, jugé le plus adapté selon des problématiques réelles ou supposées des patients étrangers. Enfin, le manque de visibilité de la PASS au sein de l'établissement et en dehors reste un frein majeur à une orientation plus adaptée.

« je suis retournée à la Sécurité sociale pour déposer une deuxième demande et j'ai dit à la dame que je ne sentais pas bien mais elle me disait qu'il fallait absolument avoir l'AME pour aller à l'hôpital. Et puis finalement elle m'a dit : « Si vous n'allez pas bien, allez à l'hôpital même si vous n'avez pas d'AME pour

l'instant. » Comme j'étais déjà venu dans cet hôpital avec ma tante, je suis venue. [...] Je suis rentrée par la porte principale et je me suis renseignée, j'ai dit : « C'est la première fois que je viens à l'hôpital en France, je me sens pas bien, je n'ai pas d'AME, je n'ai rien. » Alors la dame de la réception m'a dit d'aller à la porte E. »

Aminata

« - Quelqu'un vous en a parlé [de la consultation Villermé]? - Non personne, mais quand je suis allé au Bourget, il m'a donné un papier pour venir voir pour les yeux ici, c'est comme ça que j'ai connu l'hôpital. - Et le docteur Z. comment vous avez su qu'il faisait des consultations ici ? - Je ne sais plus quelqu'un ici dans l'hôpital a dû me le dire... »

Moussa

«- [...] plusieurs fois j'ai été malade et je venais à l'hôpital mais sans Aide Médicale. E- Vous avez été vu par un médecin ces fois-là ? Aux urgences ? - Oui. - Et c'est là qu'on vous a dit que vous pouviez demander l'AME? - Non, ils ne m'en ont pas parlé. - Alors comment vous avez fait ? - Je ne sais pas, mais comme je n'ai pas d'argent je n'ai pas pu payer [l'hôpital]. »

Moussa

« Le premier docteur qu'on a vu il ne nous a pas demandé comment on vivait, si on habitait dans une caravane ou quoi. »

Carolina

«- Comment vous avez connu le docteur ici, qui vous a parlé d'Avicenne?

- C'est la PMI de La Courneuve qui nous en a parlé. - Et quand vous êtes arrivés dans l'hôpital, vous avez trouvé comment? - On nous avait donné un papier à la PMI pour voir un docteur de famille. - Pour les adultes et les enfants? - Oui. Je suis venue et je suis restée. »

Carolina

«-Personne ne vous a dit aux urgences de Lariboisière qu'il existait des endroits comme la PASS ou ne vous a expliqué comment cela pouvait fonctionner quand on n'a pas de droits de sécu? - Non. E- Vous avez payez des soins? - Oui nous avons reçu la facture de l'hôpital. - Est-ce que quelqu'un vous a déjà proposé de voir une assistante sociale à cette époque? - Non, je passai par la caisse de l'hôpital avec mon argent. »

Vladimir et sa mère

«[...] une assistante sociale qu'on avait vu à Lariboisière, la première fois qu'on est allé la voir pour lui dire que j'avais besoin de médicaments et que je n'avais pas d'argent pour les payer elle m'a dit qu'elle ne pouvait rien faire. - Elle ne vous a pas expliqué comment demander l'AME, le système de PASS ? - Non, rien du tout. La première fois que j'ai trouvé la PASS, c'est en 2010 quand je suis venu ici pour voir une assistante sociale. J'ai un ami russe qui travaille à Avicenne et qui m'a dit d'aller voir une assistante sociale et je suis venu ici.- Donc c'est en voulant voir une assistante sociale que vous avez découvert la PASS ?- Oui c'est ça, par hasard !»

Vladimir

Enfin Abdoulaye a été orienté à la PASS à son arrivée à l'hôpital parce qu'il n'a pas de droits ouverts alors qu'il est adressé en pneumologie et qu'il existe une PASS transversale.

3. Les signes d'installation rapide dans une relation de soins classique

On voit au regard du parcours de soins de ces personnes, qu'obtenir des droits et trouver un lieu de soins relèvent souvent du parcours du combattant. La PASS est donc initialement bien plus un lieu en quelque sorte imposé qu'un choix. Mais dans les récits, on perçoit rapidement après le premier contact les signes d'une véritable décision d'être soigné là. Ce choix est justifié par de nombreux arguments, qui si on les compare aux critères de choix du médecin traitant dans la population générale sont assez similaires. Il est, en outre, souvent maintenu face aux contraintes inhérentes au fonctionnement de la structure et qui, si l'on interroge les professionnels, pourraient pousser les patients à quitter la PASS dès que possible pour le droit commun. Bien entendu, ces contraintes ne pourraient être étudiées complètement qu'en interrogeant aussi les patients qui décident de ne pas revenir consulter à la PASS, mais il est intéressant de constater la perception différente qu'ont les patients interrogés et les professionnels sur le temps d'attente, les plages de consultation limitées, l'aspect stigmatisant d'une telle consultation, etc. Une fois «choisie», la PASS et le médecin sont rapidement investis dans un véritable projet de soins. Dans beaucoup des discours et des démarches, on ressent une volonté de la part des patients de continuité des soins. Enfin, malgré la fréquentation de la PASS et les contacts avec plusieurs intervenants, l'évolution des

connaissances des patients sur le système de soins et sur le «rôle» de la PASS est assez inégale, et surtout ne modifie pas fondamentalement le parcours de soins.

a. Des patients qui choisissent de rester pour la qualité des soins

Si l'on fait la synthèse des résultats de trois travaux de thèses récents sur les critères de choix du médecin traitant, les critères primordiaux cités par les patients sont : l'écoute, la confiance, la proximité du domicile, la compétence, la disponibilité, le bon relationnel, la réputation. (119)(120)(118) Au cours des entretiens, il était demandé aux personnes de définir un «bon médecin» et des «bons soins», comme nous allons le voir les réponses sont très similaires à celle des patients de ville interrogés dans les thèses.

❖ La compétence

« C'est vraiment un bon médecin, il nous a aidés pour tout : il dit « va là-bas pour voir un médecin », il cherche des choses pour nous, il fait beaucoup de choses pour nous. » Vladimir

« Ils font le bon diagnostic ! Et puis d'autres choses par exemple le collègue du docteur Z. quand je suis venu, je lui ai expliqué tous les problèmes, et il me donne une ordonnance de médicaments et m'a dit : « non, je ne peux pas marquer beaucoup de médicaments sur l'ordonnance », « non je ne peux pas faire ça, non je ne peux pas faire ci »... Et puis il m'a dit : « vous avez l'Aide Médicale d'État, pourquoi vous venez ici ? Ne revenez pas, vous pouvez aller en ville » » Vladimir.

« -Est-ce que vous pouvez m'expliquer pourquoi vous venez ici plutôt que de voir un docteur ailleurs, plus près de chez vous ou au Bourget par exemple comme au début ? - (Rires) Parce qu'ici le médecin est bien, ils ne sont pas tous pareils. -Et si vous avez besoin de revenir une prochaine fois, vous pensez revenir ici, ou vous pourriez aller ailleurs ? -Non je viendrai ici, ici c'est bien. Parce qu'il connaît bien son boulot je trouve. -En quoi le docteur Z. est-il «mieux» ? -Je ne sais pas, pour moi il est mieux mais peut-être pour toi non... [...] pas plus gentil... Bon je suis allé là-bas j'ai expliqué ma maladie, il m'a donné des médicaments, ça n'a rien

fait du tout. Je suis venu ici, j'ai expliqué, il m'a donné des médicaments et c'était bien, ça m'a arrangé. Mais toi tu vois un médecin mieux et moi peut-être un autre... Ce n'est pas pareil pour tout le monde. » Moussa

« je connais des gens, ils vont voir un médecin, il leur donne une ordonnance une fois, deux fois, trois fois... et ça soigne pas. Après ils vont changer de médecin et il donne une ordonnance et ça va marcher... moi c'est ce que j'appelle un bon médecin ! L'autre il a fait 2, 3, 4 fois et sans guérir et de l'autre côté il est allé chez lui et il l'a guéri en une fois ! » Hervé

« C'est un très bon médecin parce qu'il connaît cette maladie » Djibril

« Pour la grippe ? Non... je fais une tisane ou quelque chose comme ça... Je me débrouille... J'ai aucun autre problème sauf les douleurs. Même la nuit je dois prendre quelque chose pour dormir tellement je souffre. Sinon la grippe et tout pas besoin de voir un médecin. » Djibril

« [...] même la semaine dernière j'ai envoyé un ami ici, il m'a dit que le médecin est bien. » Youssouf

« Est-ce que vous savez si vous pouvez aller chez n'importe quel médecin ? -Oui je le sais mais je vois toujours mon docteur. -Vous préférez venir ici ? -Oui, quand j'ai reçu mon aide médicale je suis venu le voir, je voulais qu'il devienne mon médecin traitant et il m'a dit : « Il n'y a pas de problème ». » Youssouf

« -Pourquoi vous venez à la PASS plutôt qu'ailleurs ? -Je n'ai pas trouvé, dans le quartier où je vis, de bon médecin » Vladimir

❖ Le relationnel, l'écoute

« Il parle avec le cœur, il s'intéresse à vous, à ce que vous avez, il se demande comment vous soigner bien. Voir un médecin, c'est deux personnes qui discutent autour de la même table, ce n'est pas une question de nationalité, c'est une question

de talent du médecin aussi. Un a le talent, les autres non. [...] Ce n'est pas le lieu qui est important, c'est vraiment le médecin. » Vladimir

« [...] ça me plaît, l'accueil, le docteur Z . est vraiment accueillant. [...] j'ai eu un bon accueil aussi par la dame qui m'a passée dans l'appareil et la personne aussi après pour les résultats m'a très bien accueilli aussi. » Aminata

« le docteur ici il écoute bien, je me sens très bien avec les médicaments qu'il donne. »
Carolina

« -Est-ce que vous diriez que le docteur Y est un bon docteur ? Est-ce que vous le trouvez bien ? -Oui ! Oh la la ! Oui !!! -Pourquoi ? -Il s'est occupé de tout ! Il respecte Mamadou. ! C'est un bon docteur ! Il a écrit les papiers, il a jamais arrêté ! Pendant 6 mois, un an, les médicaments, les certificats, tout, tout, tout ! Tout très bien ! -Et le docteur Z ? -Très très bien aussi !! Il s'occupe de moi ! « Mamadou., Mamadou. ! » -Ca veut dire qu'il vous parle bien ? -Oui, quand je ne parlais pas français, il m'indiquait tout ! « D'abord tu vas passer là-bas voir un médecin, après tu vas passer la radio », il a indiqué tout ! très bien -Et le docteur Y. il fait ça aussi ? -Oui il me dit « Demain le rendez-vous à telle heure, et après la prise de sang et après un autre rendez-vous » il indique tout aussi ! Les médecins sont très bien. -Et votre docteur à Paris il est comment ? -Très bien, quand je viens pour le médicament je ne fais pas la queue : je viens avec une feuille comme ça comme un courrier, il a beaucoup de monde, il me dit « Asseyez-vous Mamadou. » il regarde le résultat et il me dit si c'est bon ou s'il faut changer. [...] J'ai trois docteurs : Y, Z et W... on ne trouve pas des médecins comme ça ! Ils sont très bien ! »

Mamadou

«[...] il parle bien, il est gentil avec les malades.. C'est pour ça, je n'ai jamais changé » Djibril

❖ La proximité

« À côté du métro, il y a un docteur qui parle russe, il connaît bien la Russie mais c'est trop compliqué pour aller le voir parce qu'avec le fauteuil, le bus, le métro c'est compliqué. Le tramway aussi ; il y a beaucoup de monde. Et donc on préfère venir ici, c'est plus facile on vient à pied. Le service pour personnes handicapées existe ici avec une voiture mais j'ai appelé une fois il n'avait pas de possibilité avant 15 jours » Vladimir

« Ceux qui ont l'adresse à La Courneuve ou à Saint Denis, ils sont venus ici, quand l'adresse est à Paris, ils ne veulent pas venir ici. » Mamadou

b. Malgré des contraintes

Un des critères de choix qui est peu cité par nos patients, parce qu'assez rarement compatible, et qui reste un signe d'absence d'équité d'accès aux soins est la proximité du domicile. Cité dans les tout premiers rangs des travaux présentés plus haut, elle est très peu respectée pour les personnes interviewées, à part pour Vladimir et sa mère. Cela traduit les possibilités restreintes des patients en matière de lieux de consultations et est majoré par l'instabilité du logement. Toutefois, certaines personnes interrogées pourraient avoir recours à des lieux de soins respectant le critère de la proximité et font pourtant le choix de venir à Villermé.

Le médecin est souvent rencontré par le hasard des jours de consultations et les consultations de la PASS se déroulent majoritairement sans rendez-vous malgré cela les personnes restent fidèles à leur médecin et se plient aux contraintes des jours de consultation de chaque médecin, de la même façon certains préfèrent un temps de transport plus long pour pouvoir voir « leur médecin ». La relation médecin-patient est rapidement établie avec un médecin en particulier, au-delà de la relation avec la structure.

« [...] ici c'est un peu loin donc je suis allé là-bas c'était plus près. Depuis que j'ai l'aide médicale et puis aussi.. Comment ça s'appelle ? Solidarité Transports, donc maintenant c'est bien pour aller chez le docteur. -C'était plus proche de chez

vous ? -Non en fait c'était que je n'avais pas besoin de prendre de moyen de transports mais maintenant c'est bon je préfère venir là. » Youssouf

« j'ai pris des renseignements à l'accueil : elle m'a donné une feuille avec les jours de consultations. Je suis venue un mercredi, le jeudi je ne pouvais pas venir et il était noté qu'il y avait une consultation le vendredi après-midi. Je suis venue et c'était le docteur Z. qui était là » Aminata

« - Vous voyez toujours le même docteur ? -Oui toujours. -Et vous pouvez venir tous les jours? -Non, que le mardi. -Pour voir toujours le même docteur ? - Oui. » Moussa

« C'est assez loin, vous n'avez pas trouvé de médecin plus près de chez vous ? Vous avez cherché? -Non je n'ai pas cherché. Toujours ici... -Et ici il n'est là que le lundi et le jeudi, mais c'est pas grave ? Ça marche? -Aujourd'hui j'avais la rééducation avec le kiné, mais j'ai changé le rendez-vous pour pouvoir venir ici. - Vous changez votre emploi du temps pour pouvoir le voir? -Oui, j'ai appelé le kiné tout à l'heure, il m'a dit «Non, Djibril. il ne reste que quatre séances il faut venir faire la rééducation ! » J'ai dit : « Non parce que mon médecin il ne travaille que le lundi et le jeudi et le jeudi il y a beaucoup de monde. Et mon médecin la dernière fois il m'a dit « pourquoi tu viens le jeudi il y a plein de monde, viens le lundi c'est mieux. » Tellement il est gentil, moi je suis gentil. Avec tout le monde hein ! Et il m'a dit « Tu as besoin de quelque chose tu viens le lundi » » Djibril

«- Est-ce que vous pensez que vous viendrez ici à chaque fois que vous aurez besoin de voir un médecin ? -Oui à chaque fois.- Et si jamais l'appartement que vous devez avoir était loin d'ici, est-ce que ça changerait quelque chose ? -Si c'est trop loin et que je ne peux pas venir, j'irai voir un autre médecin, mais s'il n'écoute pas bien alors je demanderais à d'autres Roumains de m'amener jusqu'ici. Ou s'il ne donne pas les bons médicaments... » Carolina

Quant au temps d'attente avant d'être reçu, si la majorité des patients reconnaissent qu'il est parfois très long, cela est souvent perçu comme un gage de qualité du médecin et

compensée par la qualité des soins. Pour Carolina et Youssouf, on perçoit presque que cette attente offre un espace de repos, sans obligation et sans inquiétude.

« *Il y a beaucoup de monde ? -Houla oui beaucoup ! C'est un bon médecin ! - C'est pour ça qu'il a beaucoup de patients ?-Oui ! Le lundi, houla !!* »

Mamadou

« *Et [chez votre médecin traitant] ça se passe bien? -Oui [...]. -Il y a du monde dans sa salle d'attente ? On attend longtemps? -Ah oui ! Beaucoup de temps! -Plus longtemps qu'ici? -Pff.. C'est pareil, sauf qu'ici si tu ne viens pas tôt tu ne peux pas être vu.* »

Patrice

« *Une fois je suis resté jusqu'à six heures même.. Mais je m'en fous parce que c'est un très bon médecin. -Vous êtes d'accord pour attendre longtemps parce qu'il est bien ? -Oui, oui, oui.* »

Djibril

« *- Il y a du monde ici quand vous venez ? -Oui. -Ça ne vous dérange pas d'attendre ? -Non...je n'ai rien à faire donc... ça dépend si tu à quelque chose à faire bon, mais sinon...* »

Youssouf

« *- Comment vous trouvez l'accueil autour ici à la consultation ? Est-ce que vous trouvez que l'attente est longue ? Est-ce que vous êtes bien reçue, que les explications sont claires ? -Non, c'est bien, ce n'est pas trop long. C'est calme, je ne m'inquiète pas quand je suis ici.* »

Carolina

Enfin, les personnes perçoivent la différence entre la PASS et les autres lieux de soins. Ce n'est pas un lieu comme les autres. Si cette particularité a souvent des répercussions positives, faisant de la structure un lieu d'intégration, elle peut aussi être stigmatisante, même si les personnes ne l'expriment pas de cette façon.

« *- Votre frère qui est en France il vient ici aussi quand il a besoin de voir un médecin ? -Non, il va ailleurs, je ne sais pas où, mais il a les papiers...* »

Moussa

« *J'ai déjà dit à des gens qui avaient des problèmes de venir ici* »

Carolina

Abdoulaye est orienté directement à la PASS Villermé à son arrivée à l'hôpital probablement parce qu'il n'a pas de droits ouverts alors qu'il est adressé en pneumologie et qu'il pourrait très bien y être pris en charge grâce au système de PASS transversale.

c. Des projets de soins

L'investissement de la PASS comme un lieu de soins classique se ressent également dans l'expression de projet de soins à plus long terme que le motif initial de consultation. On perçoit, de la part des plusieurs personnes interrogées, une volonté de continuité des soins, avec la constitution du dossier médical, l'élaboration d'un projet de prise en charge en fonction des besoins de soins ressentis, l'instauration d'une relation comparable à celle qui existe entre un patient et son médecin traitant en ville, bien au-delà d'un recours aux soins ponctuel.

« *Il m'a demandé de faire une mammographie et d'autres examens, tout ce qu'il a demandé je l'ai fait. D'après ce qu'ils ont dit pour le moment ça n'a pas révélé grand-chose, il m'a même envoyé voir le spécialiste qui a demandé que je refasse un examen dans 5 mois* »

Aminata

« *C'est ce rapport que je suis venue amener au docteur Z. aujourd'hui pour qu'il le mette dans mon dossier.* »

Aminata

« - [...] *c'est la chose qui me manque pour mon dossier de titre de séjour, donc quand j'aurai l'AME je vais aller à la préfecture mais alors ils vont me donner un autre document et celui-là c'est le docteur qui doit le remplir. - Et donc quand l'AME va arriver et que vous aurez fait toutes les démarches pour le titre de séjour, vous continuerez à venir voir le docteur Z. ? Ça restera votre médecin ?* - Oui ! Je vous ai dit la grosse étape c'est le sein, mais après le sein je vais lui parler de la jambe parce que ce déséquilibre je ne sais pas à quoi c'est dû.[...] *C'est une chose*

pour laquelle je reviendrai voir le docteur Z. , parce que jusqu'à maintenant j'ai eu des grosses préoccupations mais après on s'occupera de ça » Aminata

« -Aujourd'hui je suis venue pour inscrire mon fils, pour que ce soit son docteur aussi. Comme ça si les enfants sont malades ils pourront venir aussi. -Vous voudriez qu'il soit le docteur de toute la famille ? -Oui c'est plus facile si toute la famille est suivie au même endroit. » Carolina

« Je viens chaque 3 mois ou 4 mois, parce que lui c'est mon médecin depuis septembre 2012 et il me donne les médicaments pour 4 mois... Depuis septembre 2012 c'est le docteur Z. mon médecin » Djibril

d. Connaissance de la structure et retour au droit commun

Parmi les personnes interrogées, certains ont désormais une assez bonne connaissance du système de soins français pour savoir qu'ils pourraient consulter ailleurs s'ils le souhaitent, mais choisissent de revenir à Villermé pour le suivi ou pour de façon plus ponctuelle, pour les certificats médicaux par exemple (comme c'est le cas pour Patrice, Fanta et Mamadou qui sont suivis ailleurs), pour Carolina et Aminata, la compréhension des conditions et des possibilités de soins est moins claire, par contre elles expriment bien leur souhait de poursuivre leur suivi à Villermé.

« Est-ce que vous savez si vous pouvez aller chez n'importe quel médecin ? -Oui je le sais mais je vois toujours mon docteur. -Vous préférez venir ici ? -Oui, quand j'ai reçu mon aide médicale je suis venu le voir, je voulais qu'il devienne mon médecin traitant et il m'a dit : « Il n'y a pas de problème ». - Et après, l'année prochaine et après, vous reviendrez le voir lui ? -Oui.» Youssouf

« [...]j'ai changé une fois parce qu'il était en congés (le Dr Z.), après je suis parti chez un autre médecin là où j'habite, un généraliste de la famille, pour mes filles et ma femme. Je lui ai dit : « Docteur voilà, mon médecin il est en congés, mon traitement il est fini, j'ai de douleurs partout. » Après il m'a donné un traitement de un mois. -Il est bien aussi ce médecin ? -Oui. » Djibril

« Et puis il m'a dit : « vous avez l'Aide Médicale d'État, pourquoi vous venez ici ? Ne revenez pas, vous pouvez aller en ville » [...] Je n'ai pas trouvé, dans le quartier où je vis, de bon médecin » Vladimir

« Et pourquoi vous n'allez pas en ville ? -Parce que au début je ne connais pas et la deuxième fois tout ce que je dois faire je peux le faire ici ou au centre alors... » Hervé

« - Est-ce que vous savez si tout le monde peut venir voir un médecin ici ? Même si on n'a pas l'AME est-ce qu'on peut venir ici ? -Oui, ici il y a plein de monde qui peut venir mais c'est comme ça pour tout l'hôpital. - Vous pensez qu'en France, dans tous les hôpitaux c'est comme ça, tout le monde peut aller se faire soigner ? -Oui. » Moussa

« Comme on a l'Aide Médicale d'État, on nous a dit qu'on allait chez le médecin de notre domicile. Ils nous ont donné la liste des médecins du quartier. -Qui vous a donné ça ? -Non on a demandé aux gens autour de nous, les gens de Saint Ouen quoi. -D'accord et après vous avez choisi. -Oui on est allé et elle nous a inscrits et c'est notre docteur. » Patrice et Fanta

« Et monsieur Y. a fait les papiers et vous avez eu la carte ? (le titre de séjour) -Oui, et après... docteur Y. , il m'a dit de trouver un docteur ailleurs... et j'ai trouvé à Paris. - Il vous l'a dit après que vous ayez eu la carte ?-Oui. » « Et puis j'ai récupéré la carte et quand tout a été bien, le docteur Y. m'a dit : « Mamadou. il faut chercher un médecin » » Mamadou

« Ici c'est sans rendez-vous, et chaque personne peut venir même sans la sécu; il suffit de faire la queue et c'est bon, pas de différence. - Est-ce que vous savez comment ça fonctionne avec la CMU, est-ce qu'on peut aller voir d'autres médecins ? - Je n'irai voir un autre docteur que si lui [le docteur Z.] me donne une adresse, sinon ici c'est bien. » Carolina

« Il m'a dit que n'importe qui peut venir. [...] - Mais pour d'autres problèmes de santé, vous pensez revenir ici aussi vous faire soigner ? -Oui, oui. » Aminata

Par ce choix affirmé et l'installation dans une relation de soins, c'est la valorisation de l'identité des personnes qui est en jeu. Elles font de leur fréquentation de la PASS une relation médicale, s'éloignant de la relation assistancielle initiale. Être moins dépendantes de leur situation, récupérer, dans ce domaine au moins, une capacité de négociation. On le ressent dans le récit de beaucoup de patients qui changent de médecin quand celui-ci a refusé de prescrire les médicaments ou les examens qu'ils souhaitaient, quand il « n'écoutait pas » c'est-à-dire qu'il refusait au patient son droit de faire valoir son point de vue.

4. Les relations avec le lieu et les professionnels

La PASS représente souvent un des repères les plus stables dans la vie des personnes ; c'est aussi un lieu adapté à leurs problématiques, des consultations sans rendez-vous, des professionnels habitués à répondre à leurs demandes, l'absence d'obstacle financier ou de couverture médicale, etc. Mais surtout, au-delà de la relation avec la structure, on perçoit un lien avec les professionnels, souvent un en particulier, qui dépasse la relation médicale thérapeutique et qui joue un rôle majeur dans le parcours identitaire du patient exclu.

a. Un lieu adapté aux problématiques des personnes, un repère stable

Malgré le manque certain de visibilité de la PASS, son implantation au sein de l'hôpital la place dans un lieu symbolique d'accueil et de soins, presque universel, qui est facilement identifiable. Qu'elles y aient eu recours ou non dans leur pays d'origine, toutes les personnes interrogées connaissent ce lieu, l'associent aux soins de santé et même souvent aux soins les plus accessibles même si ce n'est pas un lieu exempt d'obstacles financiers. Le suivi à l'hôpital constitue souvent la référence de lieu de soins du pays d'origine ou de la personne elle-même. (Notons que sept personnes sur onze sont nées à l'hôpital)

« Au Cameroun, il y a des médecins qui ont des cliniques mais tout le monde ne peut pas y aller, même si c'est cher dans les hôpitaux publics c'est quand même

moins cher que dans les cliniques donc il y a plus de personnes à l'hôpital. Donc les cliniques c'est pour ceux qui ont un peu plus de moyens. Bon donc voilà l'idée que je me fais un peu [pour la France]» Aminata

« - Est-ce que vous savez si tout le monde peut venir voir un médecin ici ? Même si on n'a pas l'AME est-ce qu'on peut venir ici ? -Oui, ici il y a plein de monde qui peut venir mais c'est comme ça pour tout l'hôpital. - Vous pensez qu'en France, dans tous les hôpitaux c'est comme ça, tout le monde peut aller se faire soigner ? -Oui. » Moussa

« Comment est-ce organisé à Bamako, il y a des médecins à l'hôpital et des médecins en ville comme ici ? -Il y a des médecins à l'hôpital oui. -Et est-ce qu'il y a aussi des médecins en ville qui travaillent tout seul ? -Oui mais c'est payant, les cabinets de consultations comme ça tout seul c'est cher. [...]A l'hôpital on paye juste son ordonnance parce que c'est toi-même qui va acheter les médicaments. On ne paye pas le médecin. Enfin ça dépend de l'hôpital, des fois tu payes 1 euro ou 1 euro 50 et on te donne un ticket pour attendre et tu vois le médecin mais sinon tu payes que l'ordonnance. -Et quand a besoin d'être hospitalisé ou opéré par exemple comment ça se passe ? -On paye. Moi je n'ai jamais été opéré mais je connais des gens oui et il faut payer avant. -D'accord, mais vous seulement des petits problèmes et vous n'êtes allé que à l'hôpital c'est ça ? -Oui » Abdoulaye

« C'est organisé un peu comme ici, il y a une polyclinique, avec un endroit pour les enfants et pour les bébés et un pour les adultes. C'est le même système. [...]Oui les médecins de famille, oui. Pour la polyclinique on devait aller à celle qui allait avec notre adresse, on ne pouvait pas choisir, pas aller ailleurs. C'est comme pour l'école et tout ça. Et deux fois par an c'était obligatoire d'y aller pour les vaccins et tout ça, pour les enfants et pour les adultes.» Vladimir

On remarquera que même l'agent de la CPAM, sans connaître l'existence des PASS, oriente spontanément Aminata vers l'hôpital quand elle lui dit avoir besoin de voir un médecin alors que sa demande d'AME n'a pas encore abouti. Dans l'inconscient collectif, l'hôpital reste le lieu d'accueil et de soin inconditionnel en France.

« [...] *je pensais qu'il fallait avoir l'Aide Médicale pour voir un médecin, j'ai demandé à la dame [de la CPAM] comment je faisais si on refusait ma demande alors que je me sens pas bien. Et c'est là qu'elle m'a dit d'aller à l'hôpital quand même.* » Aminata

La rencontre avec les professionnels de la PASS est souvent la découverte, pour la première fois depuis leur arrivée, d'un lieu en France qui les reçoit facilement alors qu'ils ne parlent, ne lisent la langue, qu'ils sont pour la plupart en situation irrégulière. En dehors du problème de la proximité, ils n'ont pas besoin de justifier d'une adresse dans le département, les consultations sont sans rendez-vous, ils trouvent enfin un endroit où ils obtiennent des réponses positives, immédiates, concrètes. (Contrairement à la préfecture, le 115, la CPAM, etc.)

Partout ailleurs, leurs démarches sont en attente, leur situation instable, ici on avance. Pour le problème médical pour lequel ils consultent une action immédiate leur est le plus souvent proposée, pas nécessairement curative, mais la démarche de soins est entamée. Ils découvrent aussi un endroit où leurs interlocuteurs «savent et comprennent» les problématiques qui sont leurs, les démarches possibles selon les cas particuliers. La PASS est un lieu qui permet, par l'expertise du couple sociomédical sur les problématiques des personnes précaires, une prise en charge si ce n'est global, au moins plus complète qu'un médecin ou une assistante sociale isolés. Cette expérience des professionnels de la PASS offre aussi un sentiment d'être reconnus et compris dans ses difficultés; si chaque histoire est singulière, la migration, l'exil, l'exclusion comportent des éléments biographiques et ont des conséquences communes. Le travail auprès des patients de la PASS permet aux professionnels de pressentir, d'anticiper les difficultés vécues par les patients et de les dispenser un temps d'un nouveau récit de leur parcours, parfois violent, des conditions de vie peu valorisantes qu'ils rencontrent depuis leur arrivée en France.

« *Et même le docteur Z. il travaille avec la préfecture, il a fait même la demande pour moi à la préfecture, et ils m'ont donné le titre de séjour provisoire* »
Djibril

« -Vous êtes allé à la Cimade pour vous aider pour les papiers et la Cimade vous a envoyé ici pour voir un médecin? -Oui c'est ça. -Et pour quelle raison ils vous ont conseillé de voir les médecins ici ? Parce qu'avant ça vous aviez déjà vu des

médecins à l'hôpital ? -C'était pour les certificats. Ils ont dit qu'ils pouvaient nous aider sur les demandes de séjour. » Patrice et Fanta

« Il est bien, et puis il me connaît bien..[...] Quand je suis venu et je lui ai raconté mon histoire et comment je suis rentré ici en Europe.. et on avait l'impression que je lui faisais pitié ce jour. -C'est-à-dire qu'il comprenait que ça avait été difficile ? -Oui c'est ça ! -Et vous avez dit qu'il connaissait tout de vous, ça veut dire quoi ? -Ouais bon, il me connaît bien, ce n'est pas la peine de tout raconter encore à chaque fois. » Youssouf

Un autre avantage de la PASS pour la prise en charge des patients est qu'elle offre une possibilité d'interprétariat téléphonique par l'intermédiaire d'ISM Interprétariat (InterServiceMigrants, association non gouvernementale dont l'objet est de favoriser la communication entre les migrants et les services publics, financement sur le budget des MIG). Être compris et comprendre est indispensable au processus d'intégration, à l'implication dans la relation avec l'autre. Cette possibilité de traduction n'est possible que dans très peu d'endroits, elle reste sous-utilisée au sein de l'hôpital public (souvent considérée comme trop coûteuse). Le problème de la langue se pose en particulier pour les médecins de ville. Le poids de cette communication facilitée ou non pèse clairement sur le parcours de soins des patients.

« il a fallu trouver un médecin qui parle anglais, après plusieurs heures là-bas [aux urgences]. [...] - C'est le fait qu'il parle anglais qui a fait que vous l'avez choisi ? - Oui ce n'est pas si facile à trouver, un bon docteur qui parle anglais ! Un jour j'ai eu un problème avec mon bras qui était paralysé, j'ai vu un médecin, je crois neurologue, il a écrit une lettre qui disait : « Ce patient ne parle pas bien français, son état de santé n'est pas normal et il a besoin de massages », c'est tout ce qu'il écrit. » Vladimir

« Après on a rencontré une personne russe de l'association qui nous a accompagné dans nos démarches pour la traduction et après c'était facile pour moi de la faire tout seul » Vladimir

« [...] quand je ne parlais pas français, il m'indiquait tout ! » Mamadou

« [...] avant je ne parlais pas français, alors ils m'ont dit de chercher un frère ou un ami pour parler [...] pour traduire. Quand on travaille beaucoup on parle français, quand on reste beaucoup au foyer on ne parle pas français, comme moi.[...]. Alors docteur Y. quand je suis venu il a dit « Mamadou., quand tu viens ici, tu viens accompagné d'un monsieur. Mais souvent le monsieur travaille. -Est-ce qu'il a déjà téléphoné pour traduire ? -Oui quand il était au travail, on téléphonait et il parlait avec lui en français et après je prenais le téléphone. -C'était plus facile ? -Oui. -Et votre médecin traitant à Paris, comment il fait ? Est-ce qu'il téléphone des fois aussi ? -Maintenant non. -Oui mais au début, en 2008, la première fois comment avez-vous fait pour parler avec lui ? -La première fois je suis allé accompagné. »

Mamadou

« - [...] quand je ne parlais pas français, il m'indiquait tout ! « D'abord tu vas passer là-bas voir un médecin, après tu vas passer la radio », il a indiqué tout ! très bien -Et le docteur Y. il fait ça aussi ? -Oui il me dit « Demain le rendez-vous à telle heure, et après la prise de sang et après un autre rendez-vous » il indique tout aussi ! Les médecins sont très bien. »

Mamadou

« - Quand vous venez le voir, vous avez déjà eu besoin d'un traducteur ? Votre fils ou un interprète par téléphone par exemple ? -Oui le docteur appelle avec le téléphone pour avoir un traducteur. -Et quand la traduction n'est pas possible ? -Oh, on se débrouille, avec les signes, on connaît des mots.... »

Carolina

La communication revêt donc évidemment une place importante, sans qu'il soit besoin de recourir à la présence d'un interprète professionnel physiquement présent, la possibilité de dire et de comprendre, surtout tant que les codes de la relation ne sont pas encore établis, est très importante voire déterminante dans le parcours de soins du patient. L'interprétariat par un tiers reste acceptable pour les patients mais pose de nombreux problèmes (secret médical, participation des connaissances de l'interprète, le cas particulier de l'enfant interprète, etc.) (107). Parfois, la « débrouillardise » des soignants et des patients permet de pallier ce défaut, et un langage commun se développe, par les gestes, avec le temps et l'accompagnement. Cette solution, si elle est applicable en ville comme à la PASS, ne peut être choisie que pour les situations de médecine « banales », et ne permet bien sûr pas une prise en charge nécessitant

la formulation de concepts et de détails précis, en particulier pour les consultations de psychiatrie.

Enfin, l'hôpital reste aussi synonyme de maladie, un lieu où on peut «être gardé» si une hospitalisation est décidée. C'est aussi un lieu soumis aux règles de l'administration, où une pièce d'identité, une adresse, l'attestation de sécurité sociale, etc. sont exigées pour une inscription même en consultation, se rapprochant de toutes les situations où les personnes doivent «justifier» de leur droit à être là. Si partager ce lieu de soins et ses règles avec tous les autres peut permettre la création de «liens de citoyenneté» (90), cela représente un réel obstacle aux soins, pour beaucoup de personnes qui ne peuvent justifier de leur identité, ou refusent, sur les conseils des associations d'aide aux personnes en situation irrégulière, d'avoir leur papier d'identité sur eux. De la même façon, la PASS n'est que rarement le lieu de recours aux soins des «très grands exclus» dont le mode d'organisation n'est pas compatible avec toutes les démarches d'accès à l'hôpital. S'ils restent des lieux privilégiés de recours, ils peuvent aussi rebuter certains et il ne peut y avoir qu'un seul modèle d'accueil médical pour les personnes vulnérables.

«Je n'aime pas l'hôpital donc je pensais seulement que je pourrais l'éviter. Mais nous sommes des humains malades et on a beau ne pas aimer, là il t'arrive quelque chose de très gros qui va te faire rester à l'hôpital sans que tu le veuilles. Donc chez moi je ne savais pas, je n'ai même pas eu le temps de parler de l'hôpital avant. » Aminata

b. Expérience et pratique médicales antérieures

Pour les personnes interrogées, la PASS c'est avant tout un lieu qui réconcilie avec le système de soins après les expériences négatives, en France ou dans le pays d'origine, présentées plus haut. Ensuite la PASS peut permettre le retour à une pratique médicale antérieure positive par la fréquentation de l'hôpital ou par la qualité des soins.

« [...] c'est un grand hôpital. En gynécologie ils font une coopération Cameroun-Chine. C'est un grand centre de gynéco-obstétrique. Ils ont tout de suite trouvé et fait les traitements qu'il fallait. » Aminata

« [...] même à l'hôpital Bichat, avec les docteurs, il y en a plein qui sont gentils... Parce que si tu es intellectuel ça t'aide à être bon du cœur. C'est ma propre pensée. Si tu es intellectuel, ça veut dire que tu connais quelque chose déjà, quelqu'un qui ne connaît rien bon, mais quelqu'un qui a fait des études, bon... il a plus réfléchi à des choses... enfin pour moi c'est comme ça. »

Patrice

« [En Algérie] il y avait des bons médecins, en 80, 81, des médecins, des Allemands, des Français.. dans le grand hôpital de rééducation et de prothèses. [...] Après je suis parti à l'hôpital Valenton et il a fait la prothèse. Très très bien ! Première prothèse, j'étais très bien : je marchais, je bouge, je travaillais... »

Djibril

« Et un jour [à Paris] j'ai trouvé une polyclinique et un médecin qui a changé ma vie ! Il nous a beaucoup aidés, il nous suit depuis ce temps-là ! Et tous les problèmes se sont arrangés step by step ! [...] C'est vraiment un bon médecin, il nous a aidés pour tout : il dit va là-bas pour voir un médecin, il cherche des choses pour nous, il fait beaucoup de choses pour nous. »

Vladimir

« [...] à Médecins du Monde ils étaient très bien aussi. Oui je ne parlais pas du tout français et il m'indiquait tout ! Comme ici ! »

Mamadou

« [...] en fait c'est comme dans la vie, il en a qui sont accueillants, qui sont souriant, qui vous dirigent avec le cœur, surtout à Médecins du Monde. [...] Ils m'ont orienté, surtout sur la domiciliation, parce qu'on avait du mal, surtout pour le courrier... On était chez des gens et ils refusaient même pour le courrier. Alors à Médecins du Monde on a pu faire la domiciliation et recevoir le courrier. Ils étaient même très ouverts. »

Patrice et Fanta

Comme le suggèrent certains travaux sur les patients précaires (88), les contacts antérieurs avec le système de soins jouent un rôle important dans les possibilités de retour ultérieur au droit commun. En particulier, l'orientation vers un médecin de ville après la PASS est plus facile si elle permet un retour à une pratique antérieure (80), de la même façon, cette orientation serait possiblement plus facile, pour les patients comme pour les professionnels si l'on pouvait s'assurer que le premier contact avec un médecin traitant pourra

s'apparenter aux expériences antérieures positives des patients avec le système de soins et donc en particulier avec la PASS pour ceux qui y ont une fréquentation prolongée.

« - Mais vous viendriez quand même ici ? Avec un autre médecin ? -Oui, oui, je me dis que si lui est comme ça, peut-être la déontologie ici... je me dis les autres doivent aussi faire la même chose. »
Aminata

**c. La rencontre des valeurs médicales et des valeurs humanistes:
bien accueillis, bien soignés, bien accompagnés**

Dans son ouvrage sur les identités et les rapports sociaux dans les centres de soins gratuits, Isabelle Parizot, décrit deux univers symboliques de l'assistance médico-sociale, *l'univers symbolique médical* et *l'univers symbolique humaniste*, cette distinction illustre les références et les valeurs différentes qui guident l'action des professionnels qui travaillent auprès des personnes démunies. Dans l'univers symbolique médical, « *c'est en référence à la prise en charge thérapeutique que les acteurs conçoivent et orientent leurs interactions [...] si bien que leur pratique n'est pas différenciée, dans sa forme ni dans sa signification, selon qu'elle concerne ou non des malades en situation de précarité* », alors que dans l'univers symbolique humaniste, « *la relation d'aide déborde de l'action thérapeutique. C'est la rencontre privilégiée avec des personnes en souffrance qui donnent un sens à l'action des intervenants [...] au nom de la dignité humaine.*»

Si l'objectif du dispositif PASS est d'assurer l'accès aux soins à tous et sans discrimination, plaçant de fait le critère médical et le fait de soigner au premier plan, on retrouve, au sein de la structure un mélange de valeurs appartenant aux deux univers, dans des proportions qui varient selon l'intervenant.

Si la relation médicale au sein des PASS peut être pour le patient plus valorisante que la relation plus assistancielle développée dans les centres de soins humanitaires, et si les personnes interrogées mettent en avant d'abord cette relation thérapeutique et la compétence du médecin, la référence aux valeurs humanistes reste très fréquente. C'est souvent la coexistence de ces valeurs dans des proportions appréciables par les patients qui ont fait choisir un lieu de soins ou un médecin plutôt qu'un autre.

« [...] le docteur Z. est vraiment accueillant. Franchement je n'étais jamais allé dans un hôpital au Cameroun où aussitôt rentrée un médecin te tend la main. D'habitude tu rentres et lui (le médecin) il est assis là... ici la main tendue j'ai même presque hésité un petit peu (rires) et à la sortie après il te salue ! Oh la la ! Franchement après ça tu commences déjà à être guérie moralement de l'accueil qui est fait. Mentalement ça commence à faire du bien dans ta tête. [...] l'accueil déjà te rassure. Ce sont les premiers signes, ça te montre que là tu peux être rassurée. [...] je me dis que si lui est comme ça, peut-être la déontologie ici... je me dis les autres doivent aussi faire la même chose. »

Aminata

« C'est calme, je ne m'inquiète pas quand je suis ici. » Carolina

« En fait c'est comme dans la vie, y en a qui sont accueillants, qui sont souriants, qui vous dirigent avec le cœur, surtout à Médecins du Monde »

Patrice.

« -Et ici quand vous venez ça se passe bien? -Oui - A l'accueil aussi? -Oui jamais de problème, ça fait deux ans, aucun problème. Je fais la queue comme les autres et je passe, et puis j'attends mon tour. Je retourne à la maison très très bien »

Djibril

« -Quand je suis arrivé bon.. il m'a très bien accueilli. Quand je suis venu et je lui ai raconté mon histoire et comment je suis rentré ici en Europe.. et on avait l'impression que je lui faisais pitié ce jour. -C'est-à-dire qu'il comprenait que ça avait été difficile? -Oui c'est ça ! »

Youssef

« Et tous les problèmes se sont arrangés step by step! [...] C'est vraiment un bon médecin, il nous a aidés pour tout : il dit va là-bas pour voir un médecin, il cherche des choses pour nous, il fait beaucoup de choses pour nous. »

Vladimir

d. Une étape dans la *carrière morale* des patients (90)

❖ La PASS un lieu d'intégration

La fréquentation de la PASS permet la création de liens sociaux pour les personnes, en particulier de liens d'intégration. L'intégration à une norme : celle du groupe de patient, avec un statut reconnu officiellement par l'hôpital et une prise en charge sans discriminations. Ce statut de malade n'est, à ce stade jamais contesté, ils ne s'y confrontent pas à des soupçons de fraude ou de mensonges. (contrairement à la préfecture, l'OFPPA, etc.)

« En fait il ouvre la porte, il appelle le nom avec la fiche dans la main et il te tend la main et après quand tu sors il t'accompagne jusqu'à la porte et il te salue, c'est pareil pour toutes les personnes » Aminata

« Ici c'est sans rendez-vous, et chaque personne peut venir même sans la sécu; il suffit de faire la queue et c'est bon, pas de différence. Le docteur il fait pareil pour tout le monde, il est très fort. Les Roumains, les autres, la sécu ou pas, tout le monde pareil. » Carolina

« Je fais la queue comme les autres et je passe, et puis j'attends mon tour » Djibril

Cette intégration profite aussi de la confusion forte qui existe entre droits sociaux et droit au séjour. L'ouverture ou l'existence des droits à une couverture maladie est ressentie par une majorité (de patients, mais aussi de soignants et d'agents de l'État (64) (102)) comme une reconnaissance, presque une légitimité au séjour même chez les personnes en situation irrégulière.

«- Votre frère qui est en France il vient ici aussi quand il a besoin de voir un médecin ? -Non, il va ailleurs, je ne sais pas où, mais il a les papiers... » Moussa

« [Le médecin des urgences] m'a dit : « Vous n'avez pas de papiers, pas la sécu, tout ça tout ça, vous rentrez chez vous, ce n'est pas la peine d'attendre ici et après je vous appelle pour vous dire ce que dit cette analyse. » » « Oui comme je

n'avais pas de papiers je ne pouvais pas rester hospitalisé alors je venais comme en hôpital de jour pour les soins, pendant presque 2 mois. » Vladimir

« Ils m'ont même pas demandé mes papiers parce que j'ai dit que j'avais l'aide médicale d'état » Hervé

Enfin, s'il est vrai que la PASS offre à ces personnes un espace d'intégration, cela doit être modéré par le fait que cette assimilation se fait dans un groupe moins de risque de discrimination que dans le système de soins en général. En effet, les personnes ont souvent conscience d'une certaine forme de stigmatisation à venir se faire soigner à la PASS et on souvent connaissance des autres lieux de soins dans le droit commun mais elles sont confrontés au phénomène de *dissuasion symbolique* (122) qui éloignent les personnes démunies de certaines structures de soins (libérales en particulier). La PASS devient alors un lieu de soins protecteur, qui permet une assimilation à un groupe moins stigmatisant que celui des centres de soins humanitaires, mais aussi moins exposé à la discrimination.

« Je suis allé aux médecins gratuits, comment ça s'appelle... Médecins du Monde. » Djibril

« -Il avait déjà vu des médecins en France? -Non, seulement Médecins du Monde. » Youssouf

❖ Une relation médecin-patient précieuse

Comme nous l'avons évoqué à propos des univers symboliques médical et humaniste, les patients trouvent certes une valorisation de leur identité dans la relation médicale thérapeutique, mais cette valorisation est majorée par la qualité des échanges humains avec les professionnels de la PASS et leur capacité d'empathie. Bien entendu, la relation avec chaque professionnel prend un sens fort dans la *carrière morale* du patient, nous nous sommes particulièrement intéressée ici à la relation avec le médecin, mais le même travail pourrait être fait à propos des autres intervenants de la structure en particulier l'assistante sociale.

Cette relation intervient souvent après des expériences vécues traumatisantes, qui peuvent être à l'origine du processus de précarisation et qui ont souvent déjà mis les personnes face à des situations d'exclusion et de dévalorisation. La rencontre avec le médecin de la PASS peut alors prendre un sens très fort si elle offre au patient un lieu où son statut social actuel est pour une certaine part mis de côté et lui laisse la possibilité d'une identité plus valorisée. Les patients interrogés expriment surtout la qualité de l'accueil, le respect de la personne, l'empathie et la confiance. Rappelons aussi que le «bon médecin» laisse une place dans la relation établie à la négociation par le patient quant aux décisions. La qualité de cette relation fait partie intégrante des soins.

« je n'étais jamais allé dans un hôpital au Cameroun où aussitôt rentrée un médecin te tend la main. D'habitude tu rentres et lui il est assis là... ici la main tendue, j'ai même presque hésité un petit peu (rires) et à la sortie après il te salue ! Oh la la ! Franchement après ça tu commences déjà à être guérie moralement de l'accueil qui est fait. Mentalement ça commence à faire du bien dans tête. »

Aminata

« Quand vous trouvez un bon docteur vous restez ! Votre vie est bien. » Vladimir

« Il [...] me respecte » Mamadou

« Quand je suis venu et je lui ai raconté mon histoire et comment je suis rentré ici en Europe.. et on avait l'impression que je lui faisais pitié ce jour. -C'est-à-dire qu'il comprenait que ça avait été difficile ? -Oui c'est ça ! » Youssouf

« Je n'irai voir un autre docteur que si lui (le docteur Z.) me donne une adresse, sinon ici c'est bien. » Carolina

Cette relation médecin malade est particulière, individualisée :

«- Parce qu'ici le médecin est bien, ils ne sont pas tous pareils. [...] - En quoi le docteur Z. est-il « mieux » ? -Je ne sais pas, pour moi il est mieux mais peut-être pour toi non... - D'accord, alors pourquoi vous, vous préférez ce docteur-ci à l'autre ? Est-ce qu'il est plus gentil avec vous, ou il connaît mieux son

boulot, ou... ? -Non, non, pas plus gentil.. Bon je suis allé là-bas j'ai expliqué ma maladie, il m'a donné des médicaments, ça n'a rien fait du tout. Je suis venu ici, j'ai expliqué, il m'a donné des médicaments et c'était bien, ça m'a arrangé. Mais toi tu vois un médecin mieux et moi peut-être un autre... Ce n'est pas pareil pour tout le monde.» Moussa

Pour Vladimir et sa mère, obtenir des soins à la PASS pourrait être très dévalorisant socialement, mais ce sentiment est compensé par la relation établie avec le docteur Z., Vladimir se propose très souvent pour l'interprétariat russe, il a établi une relation de négociation qu'il souhaite équilibrée avec les professionnels de la PASS :

« [...] mais ce n'est pas facile ici. Surtout pour nous. Je vois beaucoup de personnes ici avec un handicap, Algériens, Africains mais pas de Russes, c'est difficile pour nous d'avoir des visas, tout ça c'est politique. En Russie on dit : « le mal arrive à ceux qui ont trop de cerveau », vous comprenez ? C'est si on est très bête, on a moins de problème, si on a beaucoup d'éducation c'est... beaucoup de tristesse. »

« J'ai trouvé à Paris un dermatologue, qui a encore écrit une lettre où il disait : « ne parle pas bien français » et « faire massages ». Alors je lui dis : « C'est quoi ça ? Pourquoi vous écrivez ça ? » et il a souri comme si c'était une blague. Qu'est-ce que vous croyez qu'il peut se passer quand vous venez d'un autre pays, en fauteuil roulant, que vous ne parlez pas la langue de ce pays et que vous avez de l'argent ? Par contre quand vous avez le bon docteur c'est bon. » Vladimir

« Voir un médecin, c'est deux personnes qui discutent autour de la même table, ce n'est pas une question de nationalité [...] Ce n'est pas le lieu qui est important, c'est vraiment le médecin. » Vladimir

Au cours de notre expérience professionnelle à la PASS et par les discussions informelles avec les médecins impliqués, il apparaît clairement que cette relation est également importante pour les professionnels. Encore une fois, la gestion de cette relation n'est pas commune à tous les intervenants et influence selon nous le retour au droit commun. Certains tentent de minimiser la création d'un lien et d'éviter ainsi une fidélisation. Cela permet selon eux, de favoriser un contact plus rapide avec un médecin traitant en ville.

D'autres profitent de cette bonne relation pour placer les patients dans une relation de confiance avec le système de soins (dans l'optique de l'expérience médicale positive) et attendent pour les laisser partir que leur situation sociale et médicale soit plus stable et que le parcours de soins à venir soit en quelque sorte balisé.

Ces deux attitudes sont orientées par l'expérience du médecin au sein de la structure, mais également en dehors. Certains appréhendent la rencontre de « leurs » patients avec le système de soins d'aval, qu'ils jugent moins bien adapté pour les prendre en charge. D'autres le justifient par la qualité de la relation que chacun développe avec les patients. On ne peut les départager, le temps et la forme d'une orientation vers un médecin de ville semblent propres à chaque patient.⁽⁸⁷⁾ Parmi les personnes interrogées, on note différentes réactions, pour Mamadou, bien qu'il ait été suivi presque un an par le docteur Y. qui s'est « occupé de tout » cette orientation vers la ville paraît avoir été très simple, et le patient revient même chaque année pour son certificat avec le sentiment exprimé d'avoir un double suivi, une réelle coordination entre ses médecins. (ce qui, après discussion avec le médecin de la PASS qui le suit, n'est en réalité pas le cas)

« [...] docteur Y [...], il m'a dit de trouver un docteur ailleurs... et j'ai trouvé à Paris. - Il vous l'a dit après que vous ayez eu la carte ? - Oui. Et puis j'ai récupéré la carte et quand tout a été bien, le docteur Y. m'a dit : « Mamadou. il faut chercher un médecin. Il a fait une lettre et celui de Paris maintenant il lui répond à chaque fois, ils sont en connexion. »

Mamadou

Pour Vladimir, l'orientation initiale vers la ville, justifiée par l'existence de droits à l'AME à la première consultation a été très mal perçue, comme une agression, une faute professionnelle de la part du médecin. D'ailleurs, il a spontanément raconté cet épisode quand nous lui avons demandé de définir un « bon médecin ».

« [...] par exemple le collègue du docteur Z. quand je suis venu, je lui ai expliqué tous les problèmes, et il me donne une ordonnance de médicaments et m'a dit : « non, je ne peux pas marquer beaucoup de médicaments sur l'ordonnance », « non je ne peux pas faire ça, non je ne peux pas faire ci »... Et puis il m'a dit : « vous avez l'Aide Médicale d'Etat, pourquoi vous venez ici ? Ne revenez pas, vous pouvez aller en ville » [...] Après je suis venu voir le docteur Z. et ce n'était pas

pareil. C'est ça le truc, d'abord il y a l'humain et après policier, docteur, avocat... Si l'humain est bien... le reste c'est l'éducation du métier. [...] Ma mère elle ne voulait plus jamais revenir, mais je suis venu à l'accueil et j'ai demandé s'il avait d'autres médecins, elle m'a donné les jours et on a rencontré le docteur Z. Et ce coup-là, c'était bon, c'est comme la roulette russe ! On gagne ou on perd. » Vladimir

Enfin, pour Djibril, le fait que le docteur Z ne l'a encore jamais orienté vers un médecin de ville est exprimé avec reconnaissance (Djibril connaît bien le système de soins en particulier libéral puisque sa femme et ses filles sont suivies par un médecin traitant en ville). On sent que cela renforce la relation entre lui et son médecin, une marque de confiance, d'engagement vis-à-vis de lui.

« - Est-ce que le docteur Z. vous a déjà parlé d'aller voir un médecin en ville ? Est-ce qu'il a déjà dit que vous pouviez aller voir quelqu'un d'autre ? - Non, il me l'a jamais dit. » (Exprimé par le patient avec une forme de reconnaissance, comme une sorte de chance, de marque de bonne relation avec son médecin) Djibril

IV. Discussion

A. Une médecine de la précarité ?

Notre travail n'a pas pour but de promouvoir une spécialité médicale de « précarité ». Bien au contraire, tout l'objectif est de permettre aux personnes en situation de vulnérabilité sociale de bénéficier d'un accès au système de santé et aux soins équitables, c'est-à-dire selon nous, dans un système commun à tous.

La prise en charge médicale des personnes vulnérables relève, sans aucun doute, de la médecine générale. Être pauvre, étranger ou au chômage ne signifie fort heureusement pas systématiquement d'être exclu du système de soins. De la même façon, les situations de précarité ne sont pas l'apanage des migrants sans-papiers et sans couverture sociale pour qui les soins demanderont, pendant un temps, un solide réseau. En réalité, de nombreux médecins généralistes assurent quotidiennement, au sein de leurs consultations « normales », un accueil et des soins de qualité et sans discrimination, gérant souvent seuls les situations complexes qui peuvent se présenter. Mais nous avons aussi constaté que cette prise en charge requiert l des « outils diagnostiques et thérapeutiques », des possibilités de repérage et de prise en charge adaptées, faute de quoi, elle risque d'être trop pesante pour le médecin isolé, ou pire, d'échouer.

On peut alors considérer qu'il existe un *monde social de la précarité* (73) dont font partie les PASS, où l'on retrouve les structures adaptées et expérimentées pour la prise en charge des personnes exclues. L'objectif de ces structures est bien entendu de n'être qu'un lieu de recours exceptionnel, de rattrapage dans le parcours des patients et de passage vers le droit commun, seule recette pour être *l'antidote à la filière spécifique pour les pauvres* (45). En effet, elles ne sauraient participer à la création de filières spécifiquement dédiées aux plus défavorisés où l'orientation des patients se ferait systématiquement sur des critères sociaux et non sur des critères médicaux, ne permettant ainsi un accès qu'à une offre de soins amputée. (102) Cette médecine à deux vitesses n'étant pas compatible avec l'exigence d'une société juste et équitable. La qualité de la prise en charge proposée entre autres par les PASS, qui chaque jour cherchent à l'améliorer, ne peut justifier un sentiment de bonne conscience et de devoir accompli général des instances de santé. Les progrès pour l'accès aux soins doivent se faire en priorité dans le droit commun.

Mais la prise en compte des spécificités des conditions de vie des patients précaires, indissociable du soin, n'est possible qu'à moins d'y être sensibilisé, voire formé au préalable. En effet, si le type de pathologies diffère très peu (93), l'importance des déterminants psychosociaux pèse sur l'efficacité des soins et de la prévention. Une sensibilisation au repérage et une connaissance des problématiques et des ressources à mobiliser pour une prise en charge globale du patient est indispensable. La formation initiale et la sensibilisation à ces questions de manière large, notamment pour les médecins, est nécessaire pour leur permettre de faire face à des situations qui peuvent être complexes et faire disparaître des pratiques inacceptables telles que le refus de soins des bénéficiaires de l'AME ou de la CMUC(110). Les professionnels de ce *monde de la précarité* peuvent être alors considérés comme des « spécialistes » mais devraient pouvoir rester une ressource pour tous les professionnels sur les questions de santé et d'exclusion et ne pas en être les seuls acteurs.

B. La méthode

Nous reviendrons d'abord sur le bilan d'activité de la PASS Villermé où les conditions actuelles de recueil séparé des données sociales et médicales ne nous ont pas permis de réaliser une étude quantitative de qualité satisfaisante. Ce premier travail nous a néanmoins permis d'avoir une approche du sujet convenable. Il a surtout montré l'intérêt d'un travail plus approfondi qui permettrait une meilleure évaluation et une meilleure connaissance de la PASS et de son fonctionnement, fournissant des outils pour l'amélioration des pratiques. Mais qui servirait également d'arguments pour sa pérennité et la défense de l'importance de son activité auprès de l'administration et du service financier de l'établissement. Il serait par exemple souhaitable et probablement très riche en enseignements de réaliser une étude quantitative prospective sur le retour au droit commun mais également sur les modes de recours et de fréquentation de la structure et sur les possibilités d'orientation en aval.

À propos de l'enquête qualitative maintenant, ce travail n'a pas de prétention à se présenter comme un travail de sociologue. Mais, grâce l'aide précieuse et patiente de Karima Guenfoud, il nous a permis de découvrir un champ jusque-là inconnu de nous, très éloigné de l'entretien directif de l'anamnèse clinique en médecine ou de l'enquête quantitative, et passionnant, tant sur le plan de la réalisation même des entretiens que sur leur analyse. L'enquête qualitative sensibilise à la parole de l'autre et développe la capacité d'écoute. Si ce travail d'« enquêteur amateur » n'a donc certainement pas le poids d'un travail de sociologie,

il nous semble, au vu des résultats présentés plus loin, qu'il nous a permis de répondre, au moins en partie, à la problématique. Ces entretiens nous ont permis de mesurer pour les patients de la PASS Villermé le poids des obstacles connus de l'accès au droit commun, d'étudier la validité de nos hypothèses de travail et de percevoir l'intérêt inestimable de la PASS comme terrain d'études à venir.

Notre méthode présente d'autres défauts qu'il convient de signaler et de prendre en compte pour un prochain travail sur le sujet. Nous souhaitions constituer un échantillon le plus représentatif possible de la population de consultants de la PASS au regard des caractéristiques principales (sexe, âge, nationalité, droits, médecin vu en consultation, etc.), cela n'a pas toujours été le cas.

Les patients de l'étude étaient en moyenne un peu plus jeunes que l'ensemble des consultants (34,7 ans contre 39,7 ans). Le sex-ratio était bien respecté avec 72 % d'hommes au sein de notre groupe contre 74 % au total. Les personnes interrogées étaient toutes de nationalité étrangère ce qui était assez prévisible puisque la PASS ne reçoit que 3 % de patients français, la réalité de la pratique des entretiens ne nous a pas permis d'en rencontrer sur notre temps d'enquête. La répartition des nationalités n'a pas été parfaitement respectée non plus pour les étrangers puisque nous avons décidé de ne réaliser des entretiens qu'avec des patients francophones ou accompagnés d'un proche parlant français, excluant assez systématiquement les patients originaires d'Asie avec qui la communication se fait le plus souvent en anglais, alors qu'ils représentent actuellement une grande proportion des patients de la PASS (24%). Cette contrainte de la langue impliquait également que le patient soit connu du médecin, soit qu'il l'ait déjà vu en consultation auparavant soit qu'il l'ait vu pour la première fois le jour même avant de lui proposer de participer à l'enquête. C'est donc le médecin présent qui «sélectionnait» les patients ce qui bien entendu, peut constituer un biais d'importance puisque le choix de la part du praticien pouvait également être guidé inconsciemment par la relation établie avec les patients et une évaluation personnelle. (Ceux qui «comprendront» mieux le principe de l'enquête, qui seraient plus enclins à accepter, qui «racontent» mieux, etc.) Les entretiens étaient réalisés le jour de la venue en consultation des patients compte tenu de la difficulté pour certains patients de se déplacer à nouveau pour nous voir.

Concernant la situation administrative et sociale, 82 % des enquêtés n'avaient pas de titre de séjour (87 % pour les primoconsultants de 2013), aucun de nos patients n'avaient de source de revenus stable en France (contre 50 % pour la totalité des patients en 2013) et aucun ne dépassait le seuil d'allocation de l'AME soit 661 euros/mois pour une personne seule.

Au sein de notre groupe de patients, 9 % vivaient dans un logement stable, 54 % étaient hébergés par des connaissances vivaient en foyer ou dans un campement, 27 % par le 115 et 9 % vivaient dans un squat. Ces chiffres dans la population totale de consultants à Villermé étant respectivement de 3 % (stable), 71 % (connaissance, foyer, campement), 14 % (115) et 12 % (SDF et squat).

Pour la question des droits à une couverture maladie, nous avons considéré lors de la réflexion sur la méthode, qu'il ne fallait pas limiter l'enquête aux patients « ciblés » par la problématique, c'est-à-dire ceux qui consultent initialement avec des droits ou ceux qui reconsultent une fois leur droits ouverts, puisque selon la méthode choisie pour ce travail chaque patient pouvait apporter des réponses. Ceci est d'autant plus important que le biais de sélection par le médecin nous a probablement fait rencontrer des gens plus « établis » à la PASS en comparaison au groupe général, ce qui est contrebalancé en partie par les entretiens avec Abdoulaye et Patrice qui n'étaient jamais venus et Fanta et Hervé qui ne viennent qu'exceptionnellement. Ainsi, notre échantillon est assez varié et assez proche de la réalité puisque 27 % des personnes n'avaient pas de droits ouverts au moment de l'entretien, 54 % avaient des droits ouverts lors de leur première consultation médicale à la PASS (identique au groupe général) et 72 % ont consulté plusieurs fois un médecin de la PASS avec des droits ouverts. Notons que Mamadou n'a pas de droits au moment de l'entretien, car sa demande de CMU a été rejetée, mais a déjà consulté plusieurs fois auparavant avec des droits ouverts.

Six des neuf entretiens ont été réalisés sur les plages de consultations du docteur Z. (67 % contre 72 %) et les trois autres celles du docteur Y. (33 % contre 11 %), il n'a malheureusement pas été possible pour des raisons pratiques de temps et d'organisation de réaliser des entretiens avec des patients venus consulter les deux autres médecins de la PASS. Cela pourrait représenter un biais et serait intéressant à prendre en compte dans un prochain travail puisque les patients de la PASS sont assez fidèles à un médecin en particulier et que chaque praticien a une attitude différente quant à l'orientation des patients « après la PASS ».

Les caractéristiques du groupe de patients sont donc assez proches pour nous permettre de supposer que nos résultats peuvent s'appliquer à la population de consultants générale de la PASS Villermé, avec toutefois les précautions qui s'imposent en rapport avec les biais cités.

Enfin, cette étude avait une vocation d'évaluation et d'amélioration des pratiques locales au sein de la PASS Villermé et s'est donc intéressée à « ses » patients. Si les résultats peuvent, nous l'espérons modestement, éclairer de façon globale sur le sujet du retour au droit commun depuis les PASS, chaque structure évolue au sein d'un tissu social différent qui doit

être pris en compte. En particulier, dans les PASS des grandes agglomérations c'est le problème d'absence de couverture sociale qui se pose prioritairement quand dans les petites et moyennes c'est celui des ressources financières qui prédomine. (71)

C. Les résultats

Cette enquête menée auprès des patients de la PASS Villermé nous a permis de mieux appréhender le parcours de soins des consultants de la PASS et d'en saisir les étapes qui peuvent rendre l'intégration ou la réintégration dans le droit commun trop difficile, incitant (obligeant ?) un grand nombre d'entre eux à poursuivre la fréquentation de la PASS.

1. Le processus complexe de l'accès aux soins

L'analyse des entretiens permet ce premier constat, que la PASS Villermé reçoit des personnes en situation de grande voire de très grande précarité. Dans un quotidien déjà compliqué à assurer, la démarche de soins devient trop souvent un parcours du combattant.

Leurs récits confirment l'impact des conditions de vie difficiles et instables sur l'accès aux soins. Force est de constater que les conditions socio-économiques sont prépondérantes dans les possibilités d'accès aux soins, souvent au-delà de l'existence des droits puisque la moitié des patients avaient une couverture médicale à leur première consultation. Cette couverture médicale reste encore trop complexe à obtenir, et à maintenir, mais ne suffit pas pour accéder au système de soins. Cette proportion de patients assurés ne doit pas à notre sens être interprétée comme un défaut de fonctionnement, mais bien conforter un rôle d'accueil de la PASS qui dépasse l'accès aux soins des gens non-assurés. On note sur ce point une « hiérarchie » dans les structures, le CASO par exemple reçoit à peine 15 % d'assurés sociaux, qui pointe aussi dans le discours des patients et qui confirme à la fois le rôle de passerelle vers le droit commun des PASS et la nécessité de ne pas réduire, dans les esprits et dans les faits, l'activité des PASS aux soins des « sans-papiers, sans-sécu » (73).

Notre étude confirme aussi l'effet d'un système de soins inadapté ou ignorant des problématiques de la précarité et des inégalités sociales de santé, nos patients ont trop souvent été confrontés à des défauts de soins imputables à leur situation ou à des prises en charge inadaptées par méconnaissance des interlocuteurs.

2. La PASS rapidement investie comme un lieu de soins classique

L'un des résultats inattendus au cours de l'analyse des entretiens a été la revendication du choix de la PASS comme lieu de soins. Très peu justifient leur fréquentation par le manque, indéniable, d'opportunités de lieux de soins. Bien au contraire, la PASS est désignée comme un lieu de soins de qualité, accueillant et protecteur. Ce sentiment de protection est ambigu puisque la PASS est à la fois perçue comme un lieu exempt de discriminations, mais cette conscience même d'un endroit qui expose moins que l'« extérieur » à la stigmatisation en fait un lieu hors de la norme, adapté aux « exclus ». Ce qui atténue en partie, ces réalités de fréquentation par défaut et de lieu stigmatisant, ce sont les valeurs attribuées à la PASS par les patients.

Les contacts antérieurs avec le système sanitaire servent très souvent de référence, qu'ils cherchent à retrouver une pratique positive ou à s'écarter d'une expérience traumatisante, la rencontre avec la PASS sera jaugée à l'aune de l'expérience personnelle. Une fois parvenus à la PASS, les patients découvrent un lieu qui n'est pas parfait (l'éloignement, l'attente, peu de jours de consultations pour chaque médecin, etc.) mais souvent adapté et accueillant. Ils y trouvent une écoute et un accompagnement dans leurs démarches sociales et des réponses médicales à leurs besoins de soins. Les professionnels proposent souvent rapidement l'intervention d'un interprète quand la barrière de la langue empêche la communication, c'est parfois la première fois que le patient pourra *«user de ses propres mots pour dire ses maux»*. (108) Malgré les contraintes du lieu, d'ailleurs plus fortement perçues par les professionnels que par les patients, un projet de soins peut s'établir, soutenu par les patients eux-mêmes, qui cherchent à développer une relation de soins, au même titre que chacun d'entre nous avec son médecin traitant. Ils s'investissent très vite dans une démarche thérapeutique en fonction de leurs besoins de soins ressentis, curatifs et préventifs.

Les qualités recherchées dans la relation de soins avec le médecin sont tout à fait comparables à celles de la population générale. Nous n'avons noté au cours des entretiens aucun obstacle culturel lié à l'origine migratoire. Rapidement, la fréquentation de la PASS permet aux patients de s'intégrer dans un parcours de soins, dont ils comprennent les codes et les démarches lorsqu'ils sont correctement accompagnés.

La PASS, parce qu'elle offre un lieu de soins « assimilé au droit commun » débarrassé des obstacles potentiels de la ville, devient un espace où se développent des liens d'intégration et de valorisation de l'identité des individus. Cette valorisation s'exprime surtout à travers la relation avec le médecin.

3. Une relation privilégiée

Si les qualités recherchées chez un médecin sont largement partagées entre la PASS et le système de soins classique, les patients de la PASS insistent particulièrement sur les qualités humaines. Le médecin est souvent apprécié pour sa capacité d'empathie et de reconnaissance des difficultés vécues par les patients. Il doit laisser au patient la possibilité de se réapproprier son pouvoir de négociation dans les décisions thérapeutiques, de pouvoir agir sur la marche des soins. La relation évoquée par ceux des patients qui fréquentent la PASS va bien au-delà d'une relation thérapeutique ponctuelle. Assez rapidement cette relation n'est plus interchangeable, «leur» médecin est désigné. Cette relation, comme toute relation médecin-patient, navigue entre attachement et confiance, entre frein et atout pour guider le patient vers une sortie de la PASS.

4. Des leçons pour l'orientation

Nous avons parlé de la méconnaissance initiale du système de soins par les patients, en particulier pour les migrants, qui complique largement leur accès aux soins. Contrairement à notre sentiment, les personnes acquièrent assez rapidement, par les informations données à la PASS ou au fur et à mesure de l'apprentissage des pratiques du pays d'accueil (probablement quelques mois) une assez bonne connaissance de l'organisation des soins. En particulier de la possibilité qu'offre la couverture médicale de consulter en ville et le fait que cela constitue souvent la norme. Plusieurs personnes interrogées ont d'ailleurs un suivi en ville en parallèle de celui à la PASS. À travers cette expérience de soins vécue à la PASS, il apparaît qu'ils sont, pour la majorité, tout à fait à même de s'intégrer dans un parcours de soins classique. C'est en théorie l'idéal pour l'orientation vers un médecin traitant de ville, mais ce moment constitue peut-être la partie la plus sensible du travail de la PASS et de la relation avec le patient.

Comme nous l'avons vu au début de ce travail, ce passage de relais est pour les professionnels la mission principale et probablement la plus difficile. La crainte de l'échec, de perdre les patients de vue, de les confronter à nouveau à des difficultés est fréquente. (79) Pour y remédier, chaque structure, voire chaque professionnel, a développé des techniques plus ou moins formalisées. (82) (84)

Les entretiens de patients de la PASS Villermé nous permettent plusieurs constatations. L'orientation peut être proposée trop tôt pour certains patients, quand elle survient dès le premier contact et sur le seul critère des droits, elle peut être assimilée à un refus de soins. On peut supposer que pour ces patients qui viennent à la PASS avec une demande de soins qui n'a pu être satisfaite jusqu'ici, l'attente est avant tout celle d'un temps d'accueil et d'écoute. Toutefois, à l'opposé quand cette orientation à terme cers la ville n'est jamais évoquée au sein de la relation qui s'installe entre le médecin et le patient, cela devient un tabou entre le patient qui sait que ce la PASS n'est pas le *circuit normal* et le médecin qui doit rompre une relation. L'annonce pourrait alors être ressentie comme une sanction du médecin envers le patient, une rupture remettant en cause la relation de confiance établie et les bénéfices d'une expérience de soins réussie.

La réponse doit probablement être cherchée entre ces deux extrêmes comme nous le proposerons à la fin de ce travail et ne peut être une règle appliquée sans considération pour la particularité de chaque situation.

La confiance envers la structure et la relation de soins établie doivent pouvoir servir de socle à cette orientation, les patients insistent sur le fait qu'ils sont connus du médecin, de l'assistante sociale, que leur dossier est constitué et suivi. L'exemple d'orientation vers la ville réussie parmi nos entretiens est celui de Mamadou, qui a quitté la PASS pour un médecin traitant en ville sur les conseils du médecin de la PASS et qui est ravi de son suivi. Toutefois il attribue cette réussite au fait que le docteur Y a communiqué son dossier et est encore en contact régulier avec son médecin traitant. Il n'a donc eu aucune appréhension dans sa démarche puisque la relation qu'il avait avec le docteur Y était de très bonne qualité et qu'il avait confiance en ces conseils. Ce qui est intéressant, c'est qu'en réalité les médecins n'ont comme interactions que leurs ordonnances respectives apportées par Mamadou, qui coordonne donc lui-même ses soins sans le savoir.

Ce relais nominatif avec un transfert de dossier du patient à un médecin identifié se fait d'ailleurs en général sans souci quand les médecins de la PASS adressent les patients à un spécialiste. Les patients accordent une importance majeure au rôle de coordinateur des soins du médecin, à sa vision et à sa gestion de la globalité des soins, c'est ce rôle qui doit servir à justifier auprès d'eux l'orientation des patients quand le temps est venu, vers un médecin de ville.

D. Propositions

À travers ce travail sur l'accès aux soins des personnes rencontrées à la consultation Villermé de Bobigny, nous avons pu confirmer que la PASS de l'hôpital Avicenne remplit donc bien son rôle d'accueil et de soins pour tous. En effet, elle permet tout autant aux personnes sans couverture médicale d'avoir accès à des soins médicaux et à l'ouverture de leurs droits qu'à des personnes qui ne parviennent pas à intégrer le système de droits commun malgré des droits ouverts. Cependant, elle fait face aux difficultés de l'orientation et les professionnels s'inquiètent des durées, parfois très longues, de fréquentation de la PASS malgré l'accompagnement des patients, trahissant des difficultés irrésolues d'accès au droit commun. L'enquête qualitative menée auprès de onze patients de la consultation nous a permis par le récit des parcours et des expériences de soins de chacun et d'un peu mieux appréhender les processus en jeu dans les difficultés spécifiques d'accès aux soins de santé que rencontrent ces patients. En nous appuyant sur les résultats de notre analyse, nous tenterons ici de faire une synthèse des propositions pour répondre à notre problématique.

1. Améliorer l'accès aux soins pour tous

L'exigence principale doit rester celle d'un système de soins équitable et juste pour tous les résidents, sans discrimination. Cela n'est possible que par un accès aux soins pour tous dans le droit commun. Tout au long de notre travail, nous avons bien constaté que la protection de la santé et la lutte contre les inégalités de santé sont indissociables de la garantie de l'accès aux droits fondamentaux. (Logement, éducation, emploi, culture, santé...) Il existe de nombreux travaux sur les évolutions souhaitables dans le domaine de l'accès aux soins de santé (59) (13) (21), il nous a paru intéressant de présenter ici les propositions du rapport récent de la sénatrice Aline Archimbaud (51) puisqu'elles sont le résultat de la consultation de nombreux acteurs du système des soins et constituent une bonne synthèse des recommandations régulièrement émises sur le sujet. Voici donc les grands axes du plan de lutte concernant l'accès aux soins des plus démunis, avec quelques-unes des propositions emblématiques des revendications des professionnels engagés dans ce domaine et qui à la lumière des entretiens des patients de la PASS paraissent absolument urgentes et indispensables.

❖ **Rendre effectif l'accès aux droits (propositions 1 à 13):**

- **Simplifier**

Proposition n°1 : Rendre automatique l'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) socle.

Proposition n°3 : Fusionner l'aide médicale d'État (AME) et la couverture maladie universelle (CMU).

Proposition n°5 : Espacer les renouvellements de droits et si possible automatiser les renouvellements pour les personnes dont les situations évoluent peu.

- **Aller chercher les bénéficiaires un par un**

Proposition n°13 : Généraliser l'automatisation de la détection des situations de non recours.

❖ **Ouvrir de nouveaux droits (propositions 14 à 16)**

Proposition n°14 : Étendre la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) aux bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

❖ **Lever les obstacles financiers (Propositions 17 à 19)**

Proposition n°17 : Faire appliquer la loi en matière de dispense d'avance de frais et d'interdiction des dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et pour les détenteurs d'une attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Proposition n°18 : Généraliser le tiers payant intégral (dispense d’avance de frais) pour l’ensemble de la médecine de ville (régime obligatoire et régime complémentaire hors dépassements d’honoraires).

Proposition n°19 : Donner dès à présent au médecin traitant la possibilité de demander le tiers payant et l’application des tarifs sans dépassements d’honoraires pour toute la suite du parcours de soins coordonné.

❖ **Soutenir les structures tournées vers les populations fragiles (propositions 20 à 27)**

❖ **Combattre et sanctionner le refus de soins (propositions 28 à 31)**

Proposition n°28 : Élargir la définition législative du refus de soins.

❖ **Développer la culture de la prévention (propositions 32 à 35)**

Proposition n°34 : Substituer au paiement à l’acte des modes de rémunération forfaitaires pour les professionnels de santé et structures prenant en charge des personnes en situation de précarité.

Proposition n°35 : Mieux former les professionnels de santé à la prise en charge des personnes en situation de précarité.

❖ **Améliorer la gouvernance du système et favoriser l’innovation (propositions 36 à 40) :**

Proposition n°37 : Élire ou désigner des représentants des personnes en situation de précarité à tous les niveaux dans les instances de concertation.

Dans son rapport de 2010 sur les dépenses liées à l’AME, l’IGAS préconise également, à des fins d’économie pour le budget de l’État, de corriger l’effet de seuil de ressources pour les

bénéficiaires de l'AME en permettant par une cotisation au-delà de ce seuil de permettre aux personnes de bénéficier des droits, et de regrouper la CMU et l'AME en un même dispositif. (37)

2. Développer les PASS comme lieux de soins et comme terrain de recherche sur le thème de la précarité

Nous avons vu que la PASS ne doit pas devenir un dispositif alternatif pour les patients précaires, mais bien un rouage du système de santé de droit commun. C'est également la volonté des professionnels, qui souhaitent développer des structures qui offrent un accès aux droits et aux soins aux plus vulnérables dans une démarche d'intégration du parcours de soins classique. La circulaire de juin 2013 en redéfinissant plus précisément le rôle des PASS, devrait permettre d'harmoniser et d'améliorer les pratiques. (69) Cela doit s'associer au développement de travaux de recherche spécifiquement orientés sur les PASS pour améliorer les connaissances et les pratiques. L'association Collectif PASS (82) défend ainsi le dispositif des PASS, ses rôles et les actions à mettre en œuvre :

- ❖ Garantir à tous un accès à des soins de qualité
- ❖ Réduire les inégalités de santé liées aux inégalités sociales
- ❖ Orienter les patients dans le parcours de soins
- ❖ Éviter les recours inadaptés aux urgences et les hospitalisations inutiles
- ❖ Assurer un lien entre la ville et l'hôpital
- ❖ Proposer des solutions aux situations complexes grâce à l'expertise médico-sociale de ses acteurs
- ❖ Constituer un lieu d'apprentissage d'une médecine spécifique
- ❖ Constituer un terrain de recherche clinique, en santé publique et un observatoire des problématiques liées à la précarité

Au niveau national, la généralisation des Pass fait partie des mesures suggérées dans les plans de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, avec un objectif de 500 Pass au total, en particulier en zones rurales et pour la création de PASS spécialisées. (dentaires, pédiatriques, psychiatriques) (45)

L'implication des acteurs du système sanitaire en faveur des PASS est indispensable pour les rendre plus visibles et plus accessibles à la fois au sein de l'établissement et au-delà, pour les professionnels de ville. La PASS ne doit pas rester une structure confidentielle. Pour répondre à la crainte de l'administration de l'hôpital qu'une meilleure visibilité de la PASS entraînerait un afflux de patients, notre étude suggère que s'il est moins difficile d'y arriver il sera moins difficile d'en repartir. La relation pourra plus facilement s'inscrire dans une démarche d'évaluation et d'accompagnement des personnes vers le parcours de soins.

Nous avons vu aussi que l'hôpital, par les facilités d'accès qu'il offre reste le mode de recours privilégié des personnes en situation difficile. Toutefois, la nécessité de se rendre à l'hôpital pour se faire soigner peut représenter un frein à l'accès aux soins. L'enquête menée par le CCAS de Dreux sur les difficultés d'accès aux soins montre que beaucoup ont peur de s'y rendre, peur d'y être gardé, que l'éloignement pose un problème d'accessibilité. (124) Une structure PASS a ainsi été délocalisée de l'hôpital de Dreux à l'épicerie solidaire de Vernouillet pour rendre le soin plus accessible aux personnes à qui il se destine. Les professionnels de la PASS extérieure Créteil Solidarité, souligne eux aussi l'intérêt qu'il peut y avoir à être une structure « hors les murs » de l'institution.(86) S'il faut trouver un juste milieu entre le repérage facilité par la présence au sein de l'hôpital et les réticences que le lieu peut engendrer, améliorer le fléchage à l'extérieur comme à l'intérieur du bâtiment permettrait de mieux identifier et faire connaître la structure, de lui donner plus de visibilité, de la faire sortir au moins symboliquement de l'enceinte hospitalière. Une PASS plus visible, plus accessible pour inciter des gens pour qui l'hôpital est un frein à s'y orienter directement. (69)

Enfin, les PASS doivent s'engager dans une meilleure évaluation de l'activité et des pratiques, dans une démarche conjointe des acteurs sociaux et médicaux et l'élaboration de projets de recherche clinique. Faire valoir leur activité tant en nombre de patients, qu'en qualité de leurs actions permettrait de défendre avec force leurs légitimité et leur pérennité auprès des instances administratives et financières.

3. Un relais PASS-ville réussi, l'importance du réseau de soins

Si la visibilité de la PASS et la connaissance du dispositif (horizontal et transversal) au sein de l'hôpital doivent indéniablement être renforcées, la PASS doit également s'intégrer dans le système de soins de ville. Les médecins de ville doivent devenir les interlocuteurs

privilegiés pour un relais en temps voulu vers un médecin traitant pour insérer le patient dans une démarche de soins classique. Les conclusions de notre travail bibliographique et de notre étude nous permettent de définir deux éléments-clés de ce relais : les modalités de l'orientation du patient par les professionnels de la PASS et la constitution préalable d'un réseau ville-PASS voire plus largement d'un réseau de ressources sur le thème de la précarité.

a. Propositions pour une orientation depuis la PASS

- ❖ Prendre le temps de l'évaluation de la situation du patient, au-delà des droits à une couverture maladie. Cela ne peut être confié, comme c'est souvent le cas, aux agents hospitaliers en charge de l'accueil de la consultation. Il ne peut s'agir que d'une évaluation par une personne avertie des problématiques, en prenant le temps, ce qui n'est pas compatible avec la fonction d'un guichet d'accueil. C'était le rôle de l'infirmière d'accueil et d'orientation de la PASS Villermé jusqu'à la suppression du poste.
- ❖ Savoir évaluer et prendre en compte les expériences de soins antérieures et les obstacles rencontrés auparavant dans l'accès aux soins
- ❖ Évaluer au cas par cas le temps nécessaire avant un relais vers la ville, qui peut parfois être fait très rapidement, en profitant d'un projet de soins, ce qui permet d'éviter une installation « inutile » dans la structure, mais qui doit savoir être retardée. S'il est nécessaire d'harmoniser les pratiques entre les professionnels d'une même PASS, cette évaluation, au cas par cas, concertée s'il le faut, doit rester la règle; on ne peut définir une durée maximum de fréquentation de la PASS. De même, le critère des droits ouverts ne peut constituer à lui seul un motif de non-éligibilité à la PASS ou d'orientation primaire sans évaluation sinon on passe à côté de la mission première des PASS.
- ❖ Adresser le patient vers des *médecins-relais*. (83) Ce relais nominatif avec un transfert de dossier du patient à un médecin identifié (avec bien entendu l'accord du patient comme cela a lieu en ville) s'il était réel, permettrait sans doute de lever les craintes

des professionnels et des patients qui auront l'assurance du bon accueil en aval de la PASS et permettrait dans certains cas une orientation plus précoce et plus aisée.

- ❖ Proposer un partenariat à ces *médecins-relais*, pour mettre à leur disposition les ressources humaines, théoriques et techniques développées à la PASS pour les accompagner dans la prise en charge des patients. En particulier, il est indispensable de développer les possibilités de traduction pour les praticiens de ville, qui citent la barrière de la langue comme un obstacle majeur à la prise en charge des migrants dans leur pratique. (109) Migration santé Alsace (125) propose ainsi aux généralistes de la région, un recours gratuit à l'interprétariat au cabinet, financé par le groupement régional de santé publique. (126). La participation active des généralistes à la mission d'intérêt général de la PASS de lutte contre l'exclusion des soins, devrait permettre d'allouer une partie du financement pour l'aide à la prise en charge en ville.
- ❖ Informer et former les professionnels de santé qui le souhaitent aux problématiques de la précarité et des inégalités sociales de santé, avec l'objectif d'une sensibilisation et une connaissance des possibilités de recours.

b. Un réseau pour simplifier et améliorer la prise en charge

Chaque PASS, par sa pratique, développe un réseau local de correspondants, mais ils restent encore pour la plupart trop peu opérants. (69) (71) Le travail suggéré plus haut avec des médecins-relais devrait être intégré au sein d'un réseau multidisciplinaire qui mettrait en commun les connaissances et les ressources des acteurs locaux engagés dans l'accès aux droits, sans se limiter à la santé. L'objectif commun des acteurs d'un tel réseau serait une gestion des problèmes de façon globale et coordonnée (soins, logement, accès aux droits) pour permettre de sortir des situations difficiles. Cette coordination offrirait la possibilité de regrouper les interlocuteurs et placer la personne au centre de l'action engagée.

Des réseaux existent bien entendu déjà en France, la plupart initie la prise en charge sur une demande de soins, mais considère ensuite la situation de la personne dans sa globalité.(86) Ces expériences locales pourraient servir de modèles d'études et inciter à développer des initiatives similaires ailleurs, peut-être sur une impulsion des acteurs des PASS. Cette organisation nécessite un temps dédié, de réflexion, d'organisation et de

coordination, temps dont ne dispose pas actuellement la PASS Villermé, les vacations médicales étant à peine suffisantes pour accueillir tous les patients et la structure ne pouvant pas proposer un poste offrant du temps dédié à la charge administrative.

Conclusion

Si la prise de conscience et les réformes de la fin des années 1990 destinées à lutter contre l'exclusion sociale ont permis une amélioration du paysage social français, la dégradation de la situation économique depuis 2008 amène chaque année de plus en plus de personnes sous le seuil de pauvreté et une précarisation croissante d'une partie de la population. Les conflits, les guerres et la pauvreté dans le reste du monde poussent, en outre, des personnes et leur famille à venir espérer une vie meilleure en France. Ces migrants se heurtent à des conditions d'accueil très difficiles. En parallèle, les sentiments à l'égard des bénéficiaires des aides sociales et des migrants se durcissent et la solidarité citoyenne, bien que nécessaire, est également mise à mal en dehors des cercles militants.

À l'instar des missions humanitaires qui développèrent dans l'urgence en France dans les années 1980 des structures temporaires de soins gratuits et qui, trente ans plus tard, élargissent encore leur champ d'action, les permanences d'accès aux soins de santé créées en 2000 voient le nombre de leurs consultations augmenter chaque année. Initialement pensées pour accueillir les «grands exclus», qui souvent n'ont pas de couverture sociale, elles sont les témoins de la dégradation d'un accès aux soins que la couverture maladie ne peut, à elle seule, garantir. Chaque jour, les professionnels qui y travaillent assument avec les moyens disponibles leur double mission : l'accueil et les soins de qualité pour tous et l'accompagnement vers le système de soins de droit commun, qui se montre parfois peu adapté. Ils constatent presque partout en France, le nombre croissant de patients qui viennent consulter malgré des droits ouverts et qui peinent à intégrer le parcours de soins classique.

Tout au long de ce travail de thèse, nous avons cherché à comprendre avec ces professionnels et auprès des patients de la PASS Villermé de Bobigny, les facteurs qui pouvaient limiter particulièrement le retour au droit commun depuis une PASS. Ayant étudié une PASS particulière, les résultats de notre travail ont avant tout une portée locale. Toutefois, nous espérons qu'il pourra susciter de nouveaux travaux à Bobigny, d'une part, et dans les autres PASS de France, d'autre part.

Les entretiens menés auprès des patients de la PASS, ont confirmé sans surprises le poids des mauvaises conditions socio-économiques sur l'état de santé et l'accès aux soins. Ils ont également conforté la PASS dans ses actions puisque c'est souvent le premier lieu dans le parcours de ces personnes qui permet une expérience de soins positive et parfois également des relations humaines valorisantes. À la suite de ce travail, il nous apparaît également que

c'est en définitive bien plus le système de soins qui n'est pas adapté pour recevoir ces patients plutôt que l'inverse. Très vite en effet les patients de la PASS intègrent une démarche et un projet de soins et ne demandent qu'à être correctement reçus et accompagnés. La relation de confiance instaurée entre les professionnels de la PASS et les patients est un atout pour orienter ces derniers, le moment venu, dans le système de soins de droit commun. Cette orientation nous semble devoir se faire vers un professionnel-relais impliqué et sensibilisé. Pour aller encore plus loin dans sa mission, la PASS devrait pouvoir développer son action au sein de l'établissement, mais aussi à l'extérieur, pour devenir une structure ressource connue de tous sur le thème de la précarité et de l'accès aux soins.

Malheureusement, depuis le constat de Jacques Lebas en 2000 (127), les choses évoluent lentement, et le fonctionnement des PASS, leur développement et surtout leur pérennité restent encore dépendants de l'engagement de quelques professionnels. Les moyens humains et financiers alloués ne sont souvent pas en accord avec les besoins de la structure. Les exigences budgétaires des hôpitaux sont sources de conflits permanents entre les référents de la PASS et l'administration. Les assistantes sociales se voient imposer des critères d'éligibilité au dispositif pour diminuer le nombre de bénéficiaires, parfois sans respect pour les textes juridiques. La mission d'hospitalité de l'hôpital public ne peut être remplie si son administration tolère, mais ne soutient pas le projet des PASS ni n'encourage leur développement. Les conditions de travail actuelles à la PASS Villermé, qui éloignent dans la prise en charge des patients, médecins et service social, ne sont pas compatibles avec les critères d'organisation rappelés dans la circulaire de juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des PASS. (69)

La PASS de Bobigny accueille chaque année de plus en plus de patients, en 2013 elle en a reçu plus de mille et pourtant elle peine à obtenir assez de postes (en particulier celui d'infirmière d'accueil, ainsi qu'un temps dédié à la coordination et l'administratif). Les acteurs concernés, Agence Régionale de Santé, administration de l'établissement et service social doivent désormais s'impliquer et lui donner les moyens indispensables pour permettre la prise en charge de tous patients qui s'y présentent. L'argument d'un effet d'«appel d'air» souvent opposé aux volontés de développement de la PASS ne nous semble pas pertinent, d'abord parce que ce phénomène relève plutôt du fantasme, ensuite parce que les restrictions entravent son bon fonctionnement sans empêcher l'augmentation du nombre de consultations. Enfin, permettre aux patients d'accéder à un suivi médical de qualité qui prendrait en charge en amont les problèmes, diminuerait les temps de séjour et les frais d'hospitalisation dans l'optique de réduire les dépenses de santé. Poursuivre le développement de la PASS Villermé

en une structure fonctionnelle et organisée répond à deux exigences fortes, la mission d'accès aux soins de l'hôpital public et l'engagement pour la santé publique et le bon fonctionnement du système sanitaire.

Les PASS constituent un formidable outil d'accès à des soins de qualité et d'intégration dans le droit commun. L'expérience et l'engagement quotidiens de leurs intervenants en font un élément indispensable de la lutte pour un système de santé juste et équitable. Les établissements de soins doivent aujourd'hui s'interroger sur le sens et les conséquences de leurs décisions sous peine d'assister à une régression dans l'accès aux soins. Il est indispensable d'inverser la tendance actuelle de restrictions des possibilités d'action des PASS. Autrement dit, il nous semble nécessaire, d'une part, d'encourager la création de nouvelles PASS et, d'autre part, de développer les structures actuelles, tout en élargissant et en faisant évoluer les réseaux au-delà de l'hôpital dans une approche transdisciplinaire des problématiques de la précarité.

Le soutien au développement des PASS réaffirmerait l'engagement public contre l'exclusion, et en particulier contre les inégalités sociales de santé. Ce soutien répondrait aux exigences éthiques associées à la mission d'accueil et de soins inconditionnelle fixée par les textes législatifs.

Bibliographie

1. COMEGAS - Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins. Le blog du CoMeGAS [Internet]. [Consulté le 1 août 2014] ; Disponible sur : <http://leblogducomegas.blogspot.fr/>
2. Rapport 2013-2014. Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale; 2014.
3. MEDECINS DU MONDE. Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France-Rapport 2012. oct 2013 ;
4. Hamonet C, Magalhaes T. La notion de santé. La Presse médicale. 2001 ; 30(12):587-90.
5. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. juillet 1946 ;
6. Conférence internationale pour la promotion de la santé. Charte d'Ottawa [Internet]. 21 nov 1986 ; Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf
7. Dubos R. L'Homme interrompu. Paris: Seuil; 1985.
8. Droit commun. Larousse.
9. Le Défenseur des Droits-Pôle Santé, DGOS. Guide des droits des usagers de la santé [Internet]. 2011 ; Disponible sur : http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_droits_usag_dgos_dd_RM_env_121212.pdf
10. Lombrail P. Accès aux soins. In: Les inégalités sociales de santé. 2000. p. 403-18.
11. Bonnet P. Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins. Université Paul Valéry Montpellier 3; 2002.
12. Lombrail P, Lang T, Pascal J. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé: que sait-on de l'accès secondaire? Santé, société et solidarité. 2004 ; 3(2):61-71.
13. Potvin L, Moquet M-J, Jones CM, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Réduire les inégalités sociales en santé. INPES éditions; 2010.
14. Fassin D, Grandjean H, Kaminski H, Lang T. Les inégalités sociales de santé. Paris: Editions de la Découverte et Syros. 2000 ;
15. Lombrail P, Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. Les Tribunes de la santé. 1 oct 2005 ; 8(3):31-9.
16. Rochaix L, Tubeuf S. Mesures de l'équité en santé. Revue économique. 30 mars 2009 ; Vol. 60(2):325-44.
17. Observatoire des inégalités. Les seuils de pauvreté en France [Internet]. 9 sept 2014 [Consulté le 20 sept 2014] ; Disponible sur : <http://www.inegalites.fr/spip.php?article343>

18. Observatoire des inégalités. Qui sont les pauvres en France? [Internet]. 16 oct 2012 [Consulté le 3 avr 2014] ; Disponible sur : http://www.inegalites.fr/spip.php?page=comprendre_outilspourcomprendre&id_article=1372&id_rubrique=207
19. Benamouzig D. Des mots pour le dire: exclusion et précarité, catégories d'action publique. In: Précarité et santé. Paris: Flammarion, coll. Médecine Sciences. 1998. p. 23-32.
20. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Conseil Economique et Social; 1987.
21. Médecins du Monde, Fédération hospitalière de France. La prise en charge des personnes vulnérables - Agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé. mai 2014 ;
22. Paugam S. L'exclusion, l'état des savoirs. Editions de La Découverte; 1996.
23. Le Charpentier M, Michelot F. Trajectoires d'hébergement au sein du dispositif 115 : une chronicisation de l'urgence. Observatoire du Samu social de Paris; 2007.
24. UNESCO. Migrations internationales: glossaire [Internet]. [Consulté le 3 avr 2014] ; Disponible sur : <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>
25. Organisation internationale pour les migrations. Termes clés de la migration [Internet]. [Consulté le 3 avr 2014] ; Disponible sur : <http://www.iom.int/cms/fr/sites/iom/home/about-migration/key-migration-terms-1.html#Migrant>
26. ODSE. La régularisation pour raison médicale en France: un bilan de santé alarmant. Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers; 2008.
27. Enquête sur la fraude aux soins gratuits. Le Parisien. juin 2014 ;
28. Biclet P. Les soins aux personnes démunies en France. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2006.
29. Boitte P, Cobbaut J-P. Les défis d'une éthique de l'accès aux soins. Revue d'éthique et de théologie morale. 1 nov 2006 ; n°241(HS):9-40.
30. Walzer M. Sphères de justice: une défense du pluralisme et de l'égalité. Paris: Éditions du Seuil; 1983.
31. Rameix S. Soins de santé et justice un point de vue philosophique. Gériatrie et société. 1 juin 2002 ; n° 101(2):19-35.
32. Déclaration universelle des droits de l'Homme [Internet]. 1948 ; Disponible sur : <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948-11038.html>
33. Code de la santé publique - Article L6112-2. 2009 ;

34. Le serment d'Hippocrate | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [Consulté le 26 mars 2014] ; Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>
35. Code de déontologie médicale [Internet]. nov 2012 ; Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
36. ODSE - Observatoire du droit à la santé des étrangers. Les Sénateurs défendent l'Aide Médicale d'Etat au nom de la santé publique. décembre 2010 ;
37. Cordier A, Salas Frédéric. Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide Médicale d'Etat. IGAS; 2010.
38. Ménoret-Calles B. L'accès aux soins des populations démunies: situation et perspectives en 1996. Editions L'Harmattan; 1997.
39. Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 95-08 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies. 21 mars 1995 ;
40. Van Parijs P. Y a-t-il des limites à la prise en charge des soins de santé par la solidarité? In: Solidarité, santé, éthique. 1994. p. 66.
41. Imbault-Huart M-J. Médicalisation et fonctions sociales de l'hôpital: une approche historique. In: Lebas J, Chauvin P. Précarité et santé. Paris: Flammarion. 1998. p. 225-33.
42. Revol J, Strohl H. Rapport général : groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Paris: IGAS; 1987.
43. Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France: rapport général. La documentation Française; 1994.
44. Lazarus A, Strohl H. Une souffrance qu'on ne peut plus cacher, rapport du groupe de travail «Ville, santé mentale précarité et exclusion sociale. 1995.
45. Rivollier E, de Goer B. 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 hospitalières. 2009 ; (483):76-80.
46. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, art. 1. 98-657. juillet 1998 ;
47. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, art. 67 à 77. juillet 1998 ;
48. Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 98-736. décembre 1998 ;
49. Loi no 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. 99-641. juillet 1999 ;
50. Fonds CMU. Les plafonds d'attribution au 1er juillet 2013 [Internet]. [Consulté le 31 mars 2014] ; Disponible sur : <http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Plafonds.pdf>

51. Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat. 16 mars 2005 ;
52. Projet de loi de finances pour 2014-Programme 183 « Protection maladie ». Sénat; 2013.
53. Boisguerin B, Haury B. L'état de santé des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État en contact avec le dispositif de soins. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2008 ; 56(6):S362-3.
54. Archimbaud A. L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité. 2013.
55. Danet S. L'état de santé de la population en France. DREES; 2011.
56. Berchet C. Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France: une revue de la littérature. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2012 ; (2-3-4/2012).
57. Circulaire interministérielle DSS/2A/2009/181. juin 2009 ;
58. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879. juillet 2009 ;
59. Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. 2013.
60. Observatoire Régional de la Santé. La santé observée en Seine-Saint-Denis [Internet]. 2013. Disponible sur : <http://www.ors-idf.org/index.php/etat-de-sante-en-ile-de-france>
61. INSEE. Taux de chômage localisés. avril 2014 ;
62. Démographie médicale. *Bulletin du conseil de l'ordre des médecins du 93*. 2011 ; (24).
63. ONDPS. Rapport annuel. 2010.
64. Sans-papiers: alerte sur le coût de l'aide médicale d'Etat. *Le Figaro*. 23 oct 2013 ;
65. Spire A. Xénophobes au nom de l'Etat social. *Le Monde diplomatique*. décembre 2013 ;
66. COMEDE. Rapport d'activité et d'observation 2011. 2011 ;
67. COMEDE. La santé des exilés-Rapport d'observation et d'activité 2012. 2012.
68. Carde E. Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers: de l'Aide sociale aux politiques d'immigration. *Mouvements*. 2009 ; (3):143-56.
69. 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). juin 2013 ; 18 juin 2013.
70. Fabre C, Baudot V, Toulemonde S. Evaluation des PASS. DHOS; 2003.
71. Synthèse des études sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) menées par l'IGAS, l'ANAES et GRES MEDIATION. DHOS; 2004.

72. Organiser une permanence d'accès aux soins de santé. DHOS; 2008.
73. Geeraert J. Le social à l'hôpital - l'accès aux soins des populations en situation de grande précarité économique et sociale. Master Santé, Populations et Politiques Sociales, Université Paris 13; 2010.
74. Laporte A, Douay C, Detrez MA, Le Masson V, Le Méner E, Chauvin P. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France. Paris: Observatoire du Samu social. 2010 ;
75. Aubry A. Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de ville. Intérêt d'un réseau médecin de ville-PASS. [Paris]: Université Paris Descartes; 2011.
76. Villermé Louis René [Internet]. Biographies - BIU Santé, Paris. [Consulté le 2 avr 2014] ; Disponible sur : <http://web2.bium.univ-paris5.fr/bio/?cle=8725>
77. Villermé Louis René [Internet]. Académie des Sciences Morales et Politiques. [Consulté le 2 avr 2014] ; Disponible sur : http://www.asmp.fr/presentation/academiciens_celebres.htm
78. Kukawka K, Daynes S. L'Hôpital Avicenne: 1935-2005, une histoire sans frontières. Hôpital Avicenne; 2005.
79. Samu social de Paris. 9 propositions pour une meilleure accessibilité au système de santé des personnes en situation de grande exclusion. juillet 2014 ;
80. Collin T. Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry: évaluation du retour au droit commun. 2011 ;
81. APPASSRA- Association des Professionnels des PASS Rhône-Alpes [Internet]. Disponible sur : <http://www.appassra.org>
82. Collectif PASS [Internet]. Disponible sur : <http://collectifpass.org>
83. Pailhes S. De la PASS au système de santé de droit commun. Claude Bernard-Lyon 1; 2008.
84. Rivollier E, Bourgin V. PASS et réintégration dans le système de soins de droit commun. Etude menée à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du Centre Hospitalier Universitaire de Saint Etienne en collaboration avec la Caisse Primaire Assurance Maladie en 2005. 2005 ;
85. Créteil Solidarité. Cemka-Eval. Evaluation interne quantitative des primo-consultants. 2008 ;
86. Ane-Fisher S, Elghozi B. Centre de consultations médicales et sociales. PASS externe du centre hospitalier intercommunal de Créteil. Bilan d'activité 2013. mai 2014 ;
87. Lavoué E. Accès aux soins des personnes en situation précaire : la nécessité d'une prise en charge globale. Ecole Nationale de Santé Publique]. Rennes: ENSP Rennes; 2004.
88. Parizot I. Soigner les exclus: identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits. Presses universitaires de France; 2003.

89. Collet M, Menahem G, Paris V, Picard H. Précarités, risque et santé: Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits. *Questions d'économie de la santé*. 2003 ; (63):1-5.
90. Brunet L, Carpentier S, Laporte A, Pourette D, Guillon B. Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité. *Rapport du Samu Social*; 2005.
91. Cambois E. Les personnes en situation difficile et leur santé. Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004. Paris: La documentation française; 2004.
92. INPES. Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d'une approche locale et transversale [Internet]. 2013 ; Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/reduction-ISS.asp>
93. Chauvin P, Parizot I. Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens. nov 2007 ;
94. Fantin R, Jusot F, Dourgnon P. Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. IRDES; 2011.
95. Desprès C. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris. IRDES, Fond CMU; 2009.
96. Bourgueil Y, Reynaud M, Saout C, Marchand S, Koubi M. L'accès géographique: une des dimensions de l'accès aux soins. Paris: 2012.
97. Statistiques, Fonds CMU [Internet]. [Consulté le 17 mars 2014] ; Disponible sur : <http://www.cmu.fr/statistiques.php>
98. Dourgnon P, Grignon M. Le tiers-payant est-il inflationniste? *Questions d'économie de la santé*. 2000 ; (27):1-4.
99. Desprès C. Analyse Territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU Complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre,. IRDES, Fond CMU; 2012.
100. Carde E. « On ne laisse mourir personne. » Les discriminations dans l'accès aux soins. *Travailler*. 1 sept 2006 ; n° 16(2):57-80.
101. Izambert C. 30 ans de régressions dans l'accès aux soins. *Plein droit*. 1 oct 2010 ; n° 86(3):5-9.
102. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Études et résultats*. 2003 ; 215.
103. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale. Disponible sur:< http://www.woncaeurope.org/Web_documents/European_Definition_of_family_medicine/WONCA_definition_French_version.pdf>.(Page consultée le 12/12/2010). 2002 ;
104. Lebas J, Chauvin P. Précarité et santé. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1998.
105. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France 2014. 2014 ;

106. Goudet B. Etude RIVAGES: prise en charge en médecine de ville des personnes en situation de précarité, étude de faisabilité. Toulouse; 2005.
107. Allory E. Quelles sont les représentations des migrants chez les médecins généralistes rennais ? Description des spécificités et des difficultés, ressenties par les médecins généralistes, au sein de leurs consultations avec les migrants. 2011.
108. Sallé J. Vulnérabilités, accès aux soins et santé des migrants en séjour précaire: connaissances et représentations des internes en médecine générale d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2010. 129 p.
109. Cambois E, Jusot F. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe: une revue des études comparatives. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2007 ; (2-3):10-4.
110. Journal de France Inter, invité : Hervé Mariton [Internet]. France Inter. août 2014 [Consulté le 15 sept 2014] ; Disponible sur : <http://www.franceinter.fr/emission-le-79-herve-mariton-1>
111. Des étrangers s'organisent pour se faire soigner gratuitement en France. Le Figaro. juin 2014 ;
112. Aide médicale aux étrangers: la facture explose. Le Figaro. 7 novembre 2014 ;
113. Kail B. Parcours de soins des consultants de la PASS. Enquête qualitative. PASS du CHIC; 2007.
114. Brixi O. Santé et migration. Lebas J, Chauvin P. Précarité et santé. Paris, Flammarion Médecine-Sciences. 1999 ; :99-102.
115. IRIS-Présentation [Internet]. <http://iris.ehess.fr>. [Consulté le 20 juin 2014] ; Disponible sur : <http://iris.ehess.fr/index.php?1459>
116. Demandeurs d'asile, hébergement, logement, CNCDH. [Internet]. Vie-publique.fr. 11 janv 2012 [Consulté le 6 sept 2014] ; Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/demandeurs-asile-leurs-conditions-accueil-denoncees.html>
117. Étranger en France : allocation temporaire d'attente (Ata) [Internet]. [Consulté le 6 sept 2014] ; Disponible sur : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F16118.xhtml>
118. Calman B. Les critères de choix par les patients du médecin traitant idéal. [Paris]: Paris Descartes; 2013.
119. Oniar N, Montuelle R. Les critères de choix des patients concernant leur médecin généraliste dans le Valenciennois. Thèse de médecine. Lille; 2004.
120. Ozler Y, Jung G. Les critères de choix du médecin traitant, étude au niveau de la population [Internet]. 2012 [Consulté le 7 sept 2014]. Disponible sur : http://dumga.fr/_media/article-ozler-yunus.pdf
121. Collet M, Menahem G, Picard H, COLLET M, PICARD H. Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits Enquête Précalog 1999-2000. Questions d'économie de la santé. 2006 ; (113):1-8.

122. Parizot I, Chauvin P. Quel accès aux soins pour les plus démunis? Sciences Humaines. 2005 ; (48):97.
123. Kaminsky M, Lang T, Leclerc A. Inégaux face à la santé. La Découverte. 2008.
124. UNCASS. Une permanence d'accès aux soins et à la santé à l'épicerie sociale de Vernouillet [Internet]. Disponible sur : <http://www.unccas.org/banque/default.asp?id=974>
125. Migration Santé Alsace [Internet]. Disponible sur : <http://www.migrationssante.org/rubrique.php?id=2&page=10#fonctionnement>
126. Migrations santé Alsace, Groupement régional de santé publique d'Alsace, Union régionale des médecins libéraux d'Alsace. Interprétariat professionnel pour le soin des migrants en médecine libérale en Alsace [Internet]. 2007 ; Disponible sur : http://www.migrationssante.org/fichiers/File/DOSSIER%20DE%20PRESSE_Interpretariat.PDF
127. Lebas J. Rapport mission PASS. Direction des Hôpitaux; 2000.

Abréviations et acronymes

115	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU SAMU SOCIAL
ACS	AIDE POUR L'ACQUISITION D'UNE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
ALD	AFFECTION DE LONGUE DURÉE
AME	AIDE MÉDICALE D'ÉTAT
APS	AUTORISATION PROVISOIRE DE SÉJOUR
ARS	AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ
ATA	ALLOCATION TEMPORAIRE D'ATTENTE
CHU	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
CADA	CENTRE D'ACCUEIL DES DEMANDEURS D'ASILE
CASF	CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES
CASO	CENTRE D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION DE LA MISSION FRANCE DE MÉDECINS DU MONDE
CCAS	CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE
CDAG	CENTRE DE DIAGNOSTIC ANONYME ET GRATUIT
CESEDA	CODE D'ENTRÉE ET DE SÉJOUR DES ÉTRANGERS ET DEMANDEURS D'ASILE
CMS	CENTRE MUNICIPAL DE SANTÉ
CMU	COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE
CMUC	COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE
CNDA	COUR NATIONALE DE LA DEMANDE D'ASILE
COMEDE	COMITÉ MÉDICAL POUR LES EXILÉS
CPAM	CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE
CSP	CODE DE SANTÉ PUBLIQUE
CST	CARTE DE SÉJOUR TEMPORAIRE
DGOS	DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
DHOS	DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS
DREES	DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES
EMPP	ÉQUIPE MOBILE PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ
HAS	HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
HCSP	HAUT CONSEIL DE SANTÉ PUBLIQUE
HPST	LOI HÔPITAUX, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES

IGAS	INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES
INED	INSTITUT NATIONAL DES ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES
INSEE	INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES
IRDES	INSTITUT DE RECHERCHE ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
MDM	MÉDECINS DU MONDE
ODSE	OBSERVATOIRE DU DROIT ET DE LA SANTÉ DES ÉTRANGERS
OFII	OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTÉGRATION
OFPRA	OFFICE FRANÇAIS DE PROTECTION DES RÉFUGIÉS ET APATRIDES
OMS	ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
ONG	ORGANISATION NON-GOUVERNEMENTALE
ONPES	OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETÉ ET DE L'EXCLUSION SOCIALE
PASS	PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ
PF	PLANNING FAMILIAL
PMI	PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE
PRAPS	PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS
RSA	REVENU DE SOLIDARITÉ ACTIVE
SIRS	SANTÉ, INÉGALITÉS ET RUPTURES SOCIALES
UNCCAS	UNION NATIONALE DES CENTRES COMMUNAUX D'ACTION SOCIALE
WONCA	WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS. (ORGANISATION MONDIALE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES)

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

**L'accès des patients précaires au parcours de soins de droit commun.
Étude qualitative d'une population de consultants de la PASS de Bobigny.**

Sophie LE GOFF

Sous la direction de Dr JP GEERAERT et Ph. GRUNBERG

Résumé

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) sont destinées à permettre un accès aux soins de santé aux plus défavorisés avec pour objectif final leur intégration dans le système de santé de droit commun. Toutefois, elles peinent, de plus en plus, à y orienter des patients, qui sont exclus des soins malgré leur couverture maladie. Une revue de la littérature associée à une étude qualitative menée en 2013 auprès des patients de la PASS de l'hôpital Avicenne à Bobigny, nous a permis de mettre en avant la qualité des soins et de l'accueil d'une structure adaptée pour l'accès primaire aux soins des plus démunis. Cependant, les difficultés rencontrées par les patients dans leur parcours de soins ne seront surmontées que par une nécessaire articulation entre la PASS et le reste du système de santé à travers le développement de réseaux de soins et, plus largement, par des actions favorisant l'accès à l'ensemble des droits fondamentaux.

Mots-clés

Permanence d'accès aux soins de santé ; PASS ; accès aux soins; inégalités sociales de santé; droit commun; pauvreté; précarité; migrant; réseaux de soins ; aide médicale d'État

