

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON NORD

ANNÉE 2008 N°...

**DE LA PASS AU
SYSTÈME DE SANTÉ
DE DROIT COMMUN**

THÈSE

PRÉSENTÉE

À L' UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1
ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 9 JUIN 2008
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

SOPHIE PAILHES

NÉE LE 2 JUIN 1979

À TASSIN LA DEMI-LUNE (RHÔNE)

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON I

Président de l' Université	M. le Pr. COLLET
Président du Comité de Coordination des études médicales	M. le Pr. GILLY
Secrétaire Général	M. GAY

FÉDÉRATION SANTÉ

UFR de Médecine Lyon Grange-Blanche	Directeur : M. le Pr. MARTIN
UFR de Médecine Lyon RTH Laennec	Directeur : M. le Pr. COCHAT
UFR de Médecine Lyon-Nord	Directeur : M. le Pr. ETIENNE
UFR de Médecine Lyon-Sud	Directeur : M. le Pr. GILLY
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques	Directeur : M. le Pr. LOCHET
UFR d'Odontologie	Directeur : M. le Pr. ROBIN
Institut de Techniques et Réadaptation	Directeur : M. le Pr. MATILLON
Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine	Directeur : M. le Pr. FARGE

FÉDÉRATION SCIENCES

UFR de Biologie	Directeur : M. le Pr. PINON
UFR de Chimie et Biochimie	Directeur : M. le Pr. SCHARFF
UFR de Génie Electrique et des procédés	Directeur : M. le Pr. BRIGUET
UFR d' Informatique	Directeur : M. le Pr. EGEA
UFR de Mathématiques	Directeur : M. le Pr. CHAMARIE
UFR de Mécanique	Directeur : M. le Pr. BEN HADID
UFR des Sciences et Techniques des activités Physiques et Sportives	Directeur : M. le Pr. MASSARELLI
Institut des Sciences et des Techniques de l' Ingénieur de Lyon	Directeur : M. le Pr. PUAUX
I.U.T. A	Directeur : M. le Pr. ODIN
I.U.T B	Directeur : M. le Pr. LAMARTINE
Institut de sciences financières et assurances (ISFA)	Directeur : M. le Pr. AUGROS

PERSONNELS TITULAIRES
 FACULTÉ DE MÉDECINE LYON NORD
 Année Universitaire 2007/2008

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (Cl.Exceptionnelle)

	BAULIEUX Jacques	Chirurgie générale (2 ^{ème} échelon)
	ETIENNE Jérôme	Bactériologie-Virologie (1 ^{er} échelon)
	FLORET Daniel	Pédiatrie (1 ^{er} échelon)
	MAUGUIÈRE François	Neurologie (1 ^{er} échelon)
S	MILON Hugues	Cardiologie (1 ^{er} échelon)
	PETIT Paul	Anesthésio. et Réa. chirurgic. (1 ^{er} échelon)
	PEYRAMOND Dominique	Maladies infectieuses (1 ^{er} échelon)
	ROBERT Dominique	Réa médicale (1 ^{er} échelon)

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (1ère classe)

ANDRE Jean	Biochimie et Biologie moléculaire
ANDRE-FOUET Xavier	Cardiologie
BERARD Jérôme	Chirurgie infantile
BEZIAT Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
BOISSON Dominique	Médecine Physique et de Réadaptation
CHASSARD Dominique	Anesthésiologie et réa chirurgicale
DISANT François	O.R.L.
DUCERF Christian	Chirurgie digestive
GAUCHERAND Pascal	Gynécologie-Obstétrique
GUERIN Jean Claude	Pneumologie
LABEEUW Michel	Néphrologie
LAVILLE Martine	Nutrition
LERICHE Albert	Urologie
LLORCA Guy	Thérapeutique
LYONNET Denis	Radiologie et Imagerie médicale
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
NEYRET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatol.
NINET Jean	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
OVIZE Michel	Physiologie (opt.clinique, cardiologie)
PEIX J.Louis	Chirurgie générale
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PONCHON Thierry	Gastroentérologie ; Hépatologie
PUGEAT Michel	Endocrinologie et maladies métaboliques
PUTET Guy	Pédiatrie
REVEL Didier	Radiologie et Imagerie médicale
ROUSSET Bernard	Biologie cellulaire
RUDIGOZ René-Charles	Gynécologie-Obstétrique
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
THIVOLET-BEJUI Françoise	Anatomie et cythologie pathologiques

S = Surnombre universitaire

LYON-NORD

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (2ème classe)

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
ANDRE Patrice	Bactériologie-Virologie
BERTHEZENE Yves	Radiologie et Imagerie médicale
COLOMBEL Marc	Urologie
DALIGAND Liliane	Médecine légale et Droit de la santé
DEVOUASSOUX Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
ECOCHARD René	Biostatistiques et Informatique médic.
EDERY Charles	Génétique
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GUENOT Marc	Neurochirurgie
JANIER Marc	Biophysique et médecine nucléaire
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEJEUNE Hervé	Biologie du développement et de la repr.
MERTENS Patrick	Anatomie/Neurochirurgie
MION François	Physiologie (option Gastro-Entérologie)
ROUSSEAU Raphaël	Cancérologie ; radiothérapie
ROUVIERE Olivier	Radiologie et Imagerie médicale
RYVLIN Philippe	Neurologie
SOUQUET Jean Christophe	Gastroentérologie ; Hépatologie
THOMAS Luc	Dermato-Vénérologie
TILIKETE Caroline	Physiologie
VANHEMS Philippe	Epidémiologie, Economie de la Santé

58 enseignants PU-PH /Rangs A
+ 1 PU en surnombre universitaire

Année Universitaire 2007-2008

LYON-NORD

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers (hors classe)

BUI-XUAN Bernard	Anesthésiologie et Réa-chirurgicale
CETRE J.Charles	Epidémiologie, Econ.Santé et Prévent.
DAVEZIES Philippe	Médecine et Santé au travail
GRENOT Catherine	Biochimie et Biologie moléculaire
SABATINI Jean	Médecine légale et Droit de la santé

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers (1ère classe)

BENCHAIIB Mehdi	Biologie et Médecine dévelop.et Reproduct.
CHEVALLIER-QUEYRON P.	Epidémiologie, Econ.Santé et Prévent.
COZON Grégoire	Immunologie
CROISILLE Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
GENOT Alain	Biochimie et Biologie moléculaire
GILLE Yves	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
GONZALO Philippe	Biochimie et biologie moléculaire
JARRAUD Sophie	Bactériologie-Virologie
KOLOPP-SARDA M. Nathalie	Immunologie
MASSIGNON Denis	Hématologie ; Transfusion
NATAF Serge	Cytologie et Histologie
RABILLOUD Muriel	Biostatistiques
SAOUD Mohamed	Psychiatrie d'adultes
SAPPEY-MARINIER Dom.	Biophysique et Médecine nucléaire
VAN GANSE Eric	Pharmacologie clinique
VOIGLIO Eric	Anatomie/Chirurgie générale
WALLON Martine	Parasitologie et Mycologie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers (2ème classe)

BARNOUD Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
BILLOTEY Claire	Biophysique
FRANCO Patricia	Physiologie
HERVIEU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
KASSAI KOUPAI Behrouz	Pharmacologie fondamentale
ROMAN Sabine	Physiologie
SANLAVILLE Damien	Génétique
THOBOIS Stéphane	Neurologie

Composition du jury

Président du Jury :

Monsieur le Professeur Christian Trepo

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Marc Elchardus

Monsieur le Professeur Jacques Fabry

Madame le Docteur Isabelle Schlienger

Monsieur le Docteur François Chapuis

Madame Evelyne Lasserre, docteur en Anthropologie

Remerciements

Nous remercions sincèrement tous les membres de notre jury :

À Monsieur le Professeur Christian Trepo,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury,
Nous vous remercions pour l'intérêt porté à ce travail.

À Monsieur le Professeur Jean-Marc Elchardus,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail,
Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Jacques Fabry,

Vous avez accepté d'être membre de notre jury et de juger ce travail,
Soyez assuré de notre plus grande considération et de notre profond respect.

À Madame le Docteur Isabelle Schlienger,

Notre rencontre a permis l'élaboration de ce sujet,
Merci de la confiance que vous m'avez accordée tout au long de ce travail.

À Monsieur le Docteur François Chapuis,

Pour votre disponibilité sans faille, vos conseils pertinents, et vos encouragements.

À Madame Evelyne Lasserre, docteur en anthropologie,

Pour votre disponibilité, votre écoute, vos conseils, votre soutien et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Nous remercions tout notre entourage et toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail :

Aux patients et professionnels interrogés, pour s'être rendu disponibles et attentifs à ce travail, et pour m'avoir fait confiance,

À ceux qui m'ont ouvert les yeux aux plus petits de ce monde : le Sappel, ATD Quart Monde, Médecins du Monde Lyon, ma famille, mes amis.

À ma famille, pour votre fidèle soutien,

À vous mes ami(e)s, colocs...pour ce chemin parcouru ensemble et à venir,

À Brigitte David, merci d'avoir été si disponible et bienveillante, dans ces derniers instants de travail,

À Marie P. pour ses précieux et appréciés conseils,

À Claire ma cousine, Camille et Imad pour m'avoir guidée dans Excel,

À Armen pour avoir osé le pas de l'interprétariat,

À Nathalie Laplace pour ta disponibilité et ta gentillesse,

À Pierre Pradat pour m'avoir guidée le long des méandres des statistiques

À xxxx et xxxx du Bureau des Entrées de l'Hôtel-Dieu, pour l'accès aux bases de données,

À Mme xxxx des Archives de l'Hôtel-Dieu pour m'avoir si gentilement ouvert l'accès à ces trésors de bibliothécaires,

À ma mère, Sonja, François, Bruno et Salvatore, pour les relectures minutieuses, et pour votre patience,

À Damien et Celine, merci pour votre amitié, le soutien logistique et informatique et les rendez-vous manqués,

À Lisa et Benoit, sans qui les entretiens n'auraient pas été si fidèlement enregistrés,

À Sophie et Jutta, mes sympathiques traductrices d'allemand,

À Meg, pour le long et fidèle soutien, nos tours à vélo en Chartreuse et pour notre amitié par-delà les frontières,

Au capoeiristes du GCAC pour les sympathiques petites soirées et entraînements,

Aux Rom's à Michel, pour m'avoir permis de m'évader en musique les mardis soirs, pour le chocolat destressant et les douches incongrues,

À mes amis les rats de bibliothèque : Bruno, Meg, Armen, François, William qui avez égayé mes longues journées de travail,

À toute l'équipe de Revol et celle du SMA, à Nadia et Boubacar, pour m'avoir encouragée et supportée tous ces derniers mois et pour votre engagement auprès de cette population en situation précaire,

À tous ceux que j'ai oubliés...

Serment d'Hippocrate

«Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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 leurs familles dans l'adversité.

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

(Serment réactualisé par le Pr Bernard Hoerni)

Bulletin de l'Ordre des Médecins - n°4 - avril 1996

Abréviations

AME	Aide Médicale Etat
ANAES	Agence Nationale de l'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUc	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
MDM	Médecins du Monde
PASS	Permanences d'Accès aux Soins de Santé
SDF	Sans Domicile Fixe
SMA	Service Médical d'Accueil
UE	Union Européenne

Table des matières

I	INTRODUCTION.....	1
1.	Histoire de la prise en charge de la précarité et des migrants à l'hôpital.....	2
2.	Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	7
3.	La Couverture Maladie Universelle (CMU) et l'Aide Médicale Etat (AME).....	10
4.	Histoire de la prise en charge de la précarité à l'Hôtel-Dieu	11
5.	La PASS de l'Hôtel-Dieu.....	15
II	PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE	17
1.	Le constat à l'Hôtel-Dieu et ailleurs.....	18
2.	Quelles hypothèses ?	19
2.1	Les facteurs liés aux patients.....	20
2.1.1	Les facteurs personnels	20
2.1.2	Les facteurs liés à l'instabilité de l'environnement	24
2.2	Les facteurs liés au système de santé de droit commun	25
2.2.1	Les refus des médecins du système de santé de droit commun	25
2.2.2	Les difficultés rencontrées par ces médecins	27
2.3	Les facteurs liés à la PASS : le lien affectif à la structure.....	29
2.4	Synthèse des hypothèses évoquées	31
III	ETUDE QUANTITATIVE.....	32
1.	Justification de l'étude, objectifs	33
2.	Matériel et méthodes	33
2.1	Type d'étude	33
2.2	Critères d'inclusion	34
2.3	Critères de non-inclusion	34
2.4	Considérations éthiques et réglementaires	34
2.5	Variables recueillies	34
2.6	Analyse statistique	35
2.6.1	Analyse descriptive	35
2.6.2	Analyse explicative	35

2.7	Méthodologie de recherche bibliographique.....	36
3.	Résultats	37
3.1	Description de la population	37
3.2	Etude des caractéristiques selon la venue à la PASS jusqu'à l'obtention des droits	40
3.3	Etude des caractéristiques selon le retour dans le système de santé de droit commun à deux, trois et six mois	42
4.	Discussion	48
IV	ETUDE QUALITATIVE.....	54
1.	Justification de l'étude, objectifs	55
2.	Matériel et méthodes	56
2.1	Recrutement de l'échantillon	56
2.1.1	Echantillon de patients	56
2.1.2	Echantillon de professionnels.....	56
2.2	Mode d'accès à l'échantillon et présentation de l'étude	57
2.2.1	Echantillon de patients	57
2.2.2	Echantillon de professionnels.....	58
2.3	Données recueillies lors des entretiens.....	58
2.3.1	Entretiens avec les patients.....	58
2.3.2	Entretiens avec les professionnels	59
2.4	Analyse des résultats	59
2.5	Méthodologie de recherche bibliographique.....	60
2.6	Aspects éthiques.....	60
3.	Résultats	60
3.1	Entretiens avec les patients	60
3.1.1	Données générales.....	60
3.1.2	Caractéristiques des personnes interrogées	61
3.1.3	Récit des entretiens.....	62
3.1.4	Analyse par thème	71
3.1.5	Synthèse des résultats obtenus auprès des patients	107
3.2	Entretiens avec les professionnels.....	108
3.2.1	Données générales.....	108
3.2.2	Caractéristiques des personnes interrogées	108
3.2.3	Récit des entretiens.....	108
3.2.4	Analyse par thèmes	119
3.2.5	Synthèse des résultats obtenus auprès des professionnels.....	170

4. Discussion	171
4.1 A propos de la méthode	171
4.2 A propos des résultats	172
4.2.1 La relation médecin-malade	173
4.2.2 Facteurs liés au patient	176
4.2.3 Facteurs liés au médecin et à la structure de la PASS	182
4.2.4 Facteurs liés au système de santé de droit commun	189
4.3 Propositions et pistes d'approfondissement	190
4.3.1 Les déterminants identifiés et les propositions envisagées.....	190
4.3.2 L'éducation pour la santé	192
4.3.3 Passer le relais, en prenant le temps	196
4.3.4 Un réseau de précarité	198
4.3.5 Adapter le système aux personnes.....	199
 V CONCLUSION.....	 201
 VI GLOSSAIRE.....	 206
 VII BIBLIOGRAPHIE	 212
 VIII ANNEXES.....	 221
- Annexe I. Grille de lecture rétrospective.....	222
- Annexe II. Grille d'entretiens auprès des patients.....	224
- Annexe III Grille des entretiens auprès des professionnels.....	225
- Annexe IV. Grille évaluative.....	226
 TABLEAUX ET FIGURES	
- Figure 1. Origine géographique des patients.....	37
- Figure 2. Statut administratif des patients.....	38
- Figure 3. Type de logements des patients.....	38
- Figure 4. Motifs déclarés lors de la première consultation.....	39
 - Tableau I. Synthèse des hypothèses évoquées.....	31
- Tableau II. Probabilités de venue à la PASS en attendant l'obtention des droits, selon les caractéristiques.....	41
- Tableau III. Analyse univariée des caractéristiques liées au retour au droit commun.....	44
- Tableau IV. Modèle de régression logistique en analyse multivariée, variables significatives.....	46

- Tableau V. Analyse de survie univariée des facteurs liés au retour au droit commun.....	47
- Tableau VI. Caractéristiques de l'échantillon de patients.....	62
- Tableau VII. Synthèse des facteurs exprimés par les patients.....	107
- Tableau VIII. Caractéristiques de l'échantillon de professionnels.....	108
- Tableau IX. Synthèse des résultats issus des entretiens avec les professionnels.....	170
- Tableau X. Comparaison de l'échantillon des patients interrogés à celui de la cohorte de l'étude quantitative.....	172
- Tableau XI. Solutions proposées selon les différents problèmes repérés.....	191

I INTRODUCTION

1. Histoire de la prise en charge de la précarité et des migrants à l'hôpital

La précarité est la perte d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.¹ Elle est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui conduisent à des situations de fragilisation économique, sociale et familiale.²

Jusqu'au XIX^{ème} siècle, l'activité des établissements hospitaliers se caractérisait par une mission d'accueil au bénéfice des personnes indigentes. L'hôpital était, en effet, pendant longtemps, un « hôpital-hospice », établissement religieux et lieu d'accueil des plus pauvres. C'est ainsi que les premiers hôpitaux, l'Hôtel-Dieu de Lyon, fondé en 549, et l'Hôtel-Dieu de Paris, fondé en 651, offraient aux malades indigents des soins, et surtout une hospitalité empreinte de compassion. On veillait au Salut de l'âme aussi bien des patients que des bienfaiteurs ou des hospitaliers.³ Au voisinage de l'an mil une vaste congrégation laïque se créa pour faciliter les pèlerinages et les échanges : c'était la Confrérie des frères pontifes. Elle construisait des ponts pour faciliter les communications et bâtissait à leurs débouchés des hôpitaux pour recueillir les pèlerins, les voyageurs et les malades.⁴

Au Moyen Age et sous l'Ancien Régime, le pauvre était le « client » quasi-exclusif des hôpitaux. Les débuts de l'hospitalité médiévale se sont faits dans les villes, sous la direction des évêques, véritables « pères des pauvres » et dans les campagnes par les moines.⁵

L'essor des Hôtels-Dieu fut particulièrement marqué aux XII^{ème} et XIII^{ème} siècles : ils étaient des institutions administrées par des religieux, dépendant du pape. Le pauvre était alors la raison d'être de l'hôpital, qui était même qualifié à la fin du Moyen Age de « seigneurie du pauvre ».⁶

Vers la seconde moitié du XIV^{ème} siècle, le développement du paupérisme lié à la crise du bas Moyen Age contribua à faire évoluer la perception du pauvre : une distinction était alors faite entre les « pauvres méritants » d'une part et les « mauvais pauvres » ou « mendiants indignes » d'autre part. Ces derniers étaient alors perçus comme ignorants des normes de la religion chrétienne et dangereux pour la société.⁶ Cette réorientation idéologique entraîna une volonté de réforme des hôpitaux et la création de structures nouvelles visant à extirper le danger social en y enfermant les pauvres. Deux grands types d'établissements coexistaient alors :

- Les anciens Hôtels-Dieu qui répondaient à la vieille tradition charitable confortée par les idéaux de la Réforme Catholique ;
- Les hôpitaux généraux à visée répressive et éducative.⁵

Louis XIV s'éloigna également de cette logique compassionnelle : face à la montée en puissance de la précarité et de ses conséquences néfastes sur l'ordre social, il fonda dans les villes de vastes lieux de mendicité qui prirent le nom d'« hôpital général ». Ces établissements avaient pour vocation d'héberger les pauvres, les enfants abandonnés et les marginaux, davantage que les malades. L'accroissement de l'indigence et de la mendicité changea, en effet, le regard sur les pauvres, qui devinrent inquiétants car menaçants pour l'ordre public. Différentes politiques de contrôle furent alors mises en place, connaissant leur apogée au XVII^{ème} siècle avec celle désignée de « grand renferment ».⁶ L'hôpital remplissait désormais une fonction sociale importante : y aboutissaient la misère, la folie, la vieillesse, la maladie...que la société tenait à éloigner.

Avant 1789, la protection sociale était alors une assistance (par la famille, les collectivités religieuses, le Roi, les seigneurs de province) dont le fondement était religieux : c'était la charité chrétienne. Jusqu'à la Révolution, la misère et ses conséquences étaient donc prises en charge par les hôpitaux, les institutions de charité souvent d'inspiration religieuse.

Depuis le début du XVIII^{ème} siècle, les penseurs des Lumières avaient remis en cause l'hôpital dans sa dimension morale, politique et économique : l'indignation était fréquente face aux conditions de vie dans les hôpitaux, lieux de relégation de la misère où étaient « entassés » sans grands égards des pauvres, des fous, des incurables, des criminels...⁶

Les acteurs de la Révolution française souhaitant œuvrer au « soulagement des pauvres », la Constitution de 1793 reconnût le devoir d'assistance : c'était la bienfaisance publique.⁷ Cette même constitution énonça par ailleurs le droit d'asile dans son article 120 : « Le peuple français donne asile aux étrangers bannis de leur patrie pour la cause de la liberté. Il le refuse aux tyrans. »

A la Révolution, les biens des institutions charitables furent confisqués au profit d'un Service National d'Assistance qui, à ce titre, peut être considéré comme l'ancêtre de notre sécurité sociale. La lutte contre la pauvreté devint alors avant tout l'affaire de l'Etat.⁸ Le XVIII^{ème} siècle déplaça, en effet, l'essentiel de la responsabilité de la pauvreté des individus aux nations, comme l'affirmait, en 1748, Montesquieu dans L'esprit des lois : « L'Etat doit à tous les citoyens une subsistance assurée, la nourriture, un vêtement convenable et un genre

de vie qui ne soit pas contrarié par la santé. ». D'autre part, suite à la loi du 24 avril 1832, un crédit fût voté permettant de verser des subsides à ceux d'entre les réfugiés qui en avaient besoin.⁹

Du reste, ce n'est que tardivement que s'est développée la « médecine clinique ». Jusqu'à présent, il s'agissait davantage, en réalité, de recueillir le pauvre malade, de « soigner son âme » et de l'aider à gagner la vie éternelle, que de le soigner dans un monde séculier.⁶ Dorénavant, les pauvres n'y furent plus seulement accueillis par charité et compassion ou dans une logique de contrôle social, ils devinrent aussi -en échange de soins de première qualité- l'objet du regard clinique et la source de l'apprentissage. Ce fût le début d'une réconciliation fondée sur le pacte suivant : les médecins se formaient en soignant les pauvres à l'hôpital tandis que les couches sociales plus aisées bénéficiaient ensuite de leur compétence, dans une logique de retour sur investissement.³ Si le pauvre de l'hôpital chrétien permettait à la société d'atteindre le Salut par la charité, on peut considérer de même que le pauvre de l'hôpital du XIX^{ème} siècle remplissait une fonction sociale : celle de participer, même si ce n'est là encore que rarement de son plein gré, au progrès de la médecine.⁶

Parallèlement au développement de la médecine anatomo-clinique, l'hôpital poursuivait ses anciennes missions. Sont apparues ainsi, en 1856, les premières consultations hospitalières, gratuites, ouvertes aux Parisiens nécessiteux. Les Bureaux de bienfaisance également, dépendant de l'Assistance Publique, ont ouvert des dispensaires de consultations gratuites pour les pauvres.

La loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance Médicale Gratuite, qui plaçait les soins des indigents à la charge de la collectivité locale, fût la première d'une législation destinée à venir en aide à divers groupes de nécessiteux (les tuberculeux, les enfants, les vieillards...). Cette loi stipulait ainsi que « Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le Gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine. ».⁷ Depuis cette loi, les plus pauvres, français et étrangers, bénéficièrent donc d'un accès gratuit aux soins de santé quel que soit leur statut. La France a donc depuis l'adoption de la loi de 1893, une tradition vieille de plus d'un siècle de garantie d'un libre accès des communautés défavorisées aux soins de santé, quels que soient leur statut juridique ou leur nationalité.

En 1914 est créé le « service social à l'hôpital » en vue de contrôler le bénéfice des avantages assistanciers et d'aider les nécessiteux. Le décret du 29 juillet 1939 désigna les hôpitaux comme des lieux ayant pour vocation à soigner la population tout entière.⁵

En 1945, la généralisation de la sécurité sociale devait concrétiser cette espérance de soins pour tous en garantissant chacun « contre les facteurs d'insécurité » et les assurant « contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gains, et à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportaient ».

La réforme de 1953 remplaça l'Assistance publique par l'Aide sociale. Définie par le code de l'action sociale et des familles, l'Aide sociale était un service public entièrement financé par l'impôt, c'est à dire fondé sur la solidarité nationale. Une partie de la population était cependant laissée à l'écart de la croissance économique des trente glorieuses comme en témoignèrent l'appel au secours de l'abbé Pierre en 1954, et la création du mouvement ATD-Quart Monde par le Père Joseph Wresinski dès 1957.⁸

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 réorganisa l'administration hospitalière, et définit la mission de service public de l'hôpital. Elle faisait alors de l'hôpital le pivot du système de santé⁵, mais les problèmes sociaux devaient être pris en charge ailleurs, par des professionnels compétents et adaptés.

Les deux chocs pétroliers successifs (1973 et 1979) allaient mettre un terme aux trente glorieuses dont le bilan sanitaire et social était cependant largement positif malgré des zones d'ombre persistantes qui ne firent que s'accroître à partir de 1980. On assista alors à un inversement des tendances : les structures publiques n'étant plus à même de faire face à une demande démesurée, des associations privées durent à nouveau intervenir ou se renforcer après avoir été spoliées deux siècles plus tôt, pour aider ceux qui étaient atteints par l'adversité et ressentaient leurs conditions comme une injustice inacceptable¹⁰. L'hôpital public était en effet devenu, dans les années 1970 et 1980, un lieu de haute technicité qui laissait peu de place à la prise en charge des démunis.¹¹

A partir du milieu des années 1980, face à « l'exclusion des soins » de différentes populations en difficulté sociale, des dispositifs furent ainsi créés (essentiellement en zone urbaine) afin d'offrir à ces personnes une prise en charge gratuite, d'abord dans des associations humanitaires puis à l'hôpital.¹²

En 1981, M. OHEIX, alors conseiller d'Etat délégué à l'emploi, fit un rapport « Contre la précarité et la pauvreté » sur les difficultés d'accès aux soins des plus pauvres qu'il remit à Raymond Barre. De 1985 à 1987, la question de l'accès aux soins fit irruption dans l'actualité

à partir de l'ouverture des missions France de Médecins du Monde et de Médecins Sans Frontières. En 1987, le rapport de la Commission REVOL « Groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité » pointa les difficultés d'accès aux soins des personnes démunies. Il fût une première réponse au rapport Wresinski qui avait été écrit la même année portant sur la « Grande pauvreté et précarité économique et sociale ».¹

En 1988 fût définitivement adoptée à l'unanimité la loi sur le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) par l'Assemblée Nationale, sur une initiative de Michel Rocard. De 1988 à 1992, sa mise en place eu un effet révélateur des problèmes de santé et d'accès aux soins : la mise en œuvre de son volet insertion se heurta, en effet, à des questions de santé, parfois à l'origine des difficultés d'insertion, ou bien révélées au cours de processus de formation ou de retour à l'emploi.

Durant les années 1990 s'est mis en place, dans certains hôpitaux publics, des dispositifs médico-sociaux, nommés « dispositifs précarité ».¹³ La loi du 29 juillet 1992 (de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle) marqua une première étape dans la prise de distance de l'aide médicale d'avec ses caractéristiques générales. Elle prévoyait en effet des conditions d'affiliation simplifiées par rapport à celles de la loi de 1893 : elle supprimait la condition de besoin de soins et le passage par une commission (remplacée par la mise en place d'un barème de ressources). L'aide médicale était en outre désormais accordée pour une durée d'un an (et non plus pour la durée des soins qui l'auraient justifiée) et pour toute la famille.⁷ En 1992 sont également instaurées des cartes santé sur l'initiative des départements et des caisses d'assurance maladie.¹⁴ La même année, une première initiative de consultation précarité est prise avec la mise en place de l'Espace Baudelaire à l'hôpital Saint Antoine (Paris) et une première cellule d'« accueil des étrangers » est créée à l'hôpital Broussais (Paris), par le Pr. Deloche.⁵

Le rôle des hôpitaux dans l'accueil des démunis fût rappelé en mars 1993 : la circulaire Veil-Douste-Blazy sur l'accueil des démunis réaffirma l'ouverture de l'hôpital à tous et mit en place des consultations médicales et sociales gratuites ouvertes aux plus démunis. Les pouvoirs publics, conscients de la montée de la précarité, facilitèrent alors la création de cellules d'accueil (définies par les circulaires n°33 du 17 septembre 1993 puis n°95-08 du 21 mars 1995) sous forme de consultations de médecine permettant d'envisager à l'hôpital public une prise en charge sociale avec une consultation médicale, examens complémentaires et délivrance de médicaments gratuits pour les plus démunis.

C'est dans ce contexte que sont mis en place en 1993, sous la double impulsion de Médecins du Monde (Jacques Lebas) et ATD Quart-Monde (Geneviève Anthonioz-de Gaulle), ces dispositifs « précarité » à bas seuil social.¹⁵ Ces premières consultations gratuites hospitalières ont été coordonnées par des internistes militant en faveur d'un rapprochement des fonctions médicale et sociale de l'hôpital, tels Jacques Lebas et Dominique Farge. C'est également en 1993 que Xavier Emmanuelli crée le premier SAMU social. En 1994, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris mit officiellement en place des « cellules d'accueil des démunis » dans les hôpitaux de Paris.¹⁶

Au-delà de leur mission sanitaire, les hôpitaux avaient ainsi une légitimité à intervenir en matière médico-sociale. Cette orientation fût confirmée par la loi du 19 janvier 1994, qui étendit les possibilités pour les établissements de santé publics et privés de créer et de gérer des structures de type médico-social. Par ailleurs, les hôpitaux publics étaient régis par les principes fondamentaux du service public (continuité, neutralité, égalité) et, à ce titre, devaient garantir l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensaient, notamment en urgence, en dehors de toute considération sur la situation économique, sociale ou administrative du patient. Ces dispositions ont été rappelées avec insistance par une série de circulaires ministérielles des 8 janvier 1988, 17 septembre 1993 et 21 mars 1995 : « L'hôpital est soumis à des obligations de service public et doit rester un lieu privilégié où les plus démunis peuvent faire valoir leurs droits. ».¹⁷

Le développement de ces structures (consultations médicales et sociales gratuites ouvertes au plus démunis) a été étendu dans le cadre de la loi relative à la lutte contre les exclusions de 1998 qui a permis la création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

2. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé promues par la loi ont pour modèle l'espace Baudelaire, créé à l'hôpital Saint Antoine sous l'impulsion du Docteur Jacques Lebas.¹⁸ Ce dernier disait, en 1998, que le rôle d'accueil et d'hébergement des indigents par l'hôpital restait constitutif de sa vocation et assurait symboliquement la sécurité pour chacun de pouvoir être soigné à égalité avec tous. Pour assurer sa fonction de recours pour ceux qui sont ou vivent à l'écart du système de soins, il devait intégrer la dimension sociale des personnes qui s'adressaient à lui, s'assurer de la continuité des soins des malades qui sortent de ses murs, s'associer dans des réseaux de soins dont il n'était pas forcément et toujours le

maître, accepter d'être évalué et remis en cause, s'ouvrir à la cité et s'ouvrir sur la ville, et devenir acteur et partenaire de santé publique.¹⁹

Partant du constat que l'hôpital, et en particulier son service des urgences, constitue, avec les consultations gratuites de certaines associations, le recours privilégié des populations défavorisées (caractérisées par des difficultés financières et administratives, l'absence de médecin traitant, l'appréhension des relations avec le monde médical, l'attente du dernier moment pour se faire soigner...), la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 prévoit que le service public hospitalier concourt à la lutte contre l'exclusion sociale. Elle affirme ainsi que « l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé » (article 67). Pour ce faire, elle prévoit la mise en place de dispositifs adaptés tels que les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) qui consistent à mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, concrétisé par la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

L'article L.711-7-1 du code de la santé publique (CSP) dispose que « Les établissements publics de santé [...] mettent en place les 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 ». Selon la même circulaire : « Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociales qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier [...]. Elles ont aussi pour fonction de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale. [...]. Elles doivent également répondre à toutes les demandes des jeunes femmes démunies qui sont à la recherche de mesures de prévention en matière de contraception et d'interruption volontaire de grossesse ou d'accueil pour leur enfant. ».²⁰

Elles ont donc pour objectif d'offrir aux personnes vulnérables s'adressant aux hôpitaux des dispositifs visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soins. Elles assurent le repérage, la prise en charge médicale et sociale, la facilitation de l'accès effectif aux droits, et l'intégration dans un réseau sanitaire et social d'amont et d'aval des personnes en difficulté. Elles sont adossées à des consultations de médecine de premier recours, sans rendez-vous, à des horaires élargis et en dehors de l'urgence, ouvertes à toutes et tous. Grâce à un dispositif simple et souple de repérage des difficultés, elles facilitent sans

préalable, l'accès de chacun aux consultations et au plateau technique, ainsi qu'à l'ensemble des médicaments disponibles dans les pharmacies hospitalières.²¹

Il s'agit au total d'une prise en charge globale des patients, médicale et sociale, avec pour objectif global la réinsertion des patients dans le circuit de droit commun⁷. En effet, comme le disait Simone Veil : « 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 ».¹³ Il ne s'agit en aucun cas de filières ou de guichets spécifiques pour pauvres : selon les termes de la circulaire du 17 décembre 1998, les PASS ne doivent en aucun cas générer des filières de soins spécifiques pour les plus démunis.¹⁵ Au contraire, ceux-ci doivent avoir accès aux soins dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population.²²

La mission sociale de l'hôpital est ainsi redéfinie¹⁸ : l'hôpital doit aujourd'hui concilier dans le même temps sa fonction de pôle d'excellence et sa mission de lieu de recours. Redonner à l'hôpital son rôle historique d'accueil exige des adaptations structurelles, mais aussi des évolutions des mentalités et des pratiques professionnelles...L'hôpital doit, au-delà de sa mission de soins, contribuer au dépistage des souffrances sociales et s'attacher à établir un premier contact médical avec des populations qui ne peuvent ou n'osent pas venir vers lui.²³

La loi permet ainsi de transformer l'accès aux soins antérieur, pensé en termes d'assistance d'État ou de charité, en un dispositif de droit commun. De ce fait, les personnes qui sollicitaient de préférence les structures caritatives, comme les dispensaires de Médecins du Monde, ou les dispositifs publics, comme les urgences ou les dispensaires, ont désormais la possibilité de recourir à l'ensemble du système de soins, incluant les praticiens libéraux.²⁴

Il existe trois types de dispositifs sur le terrain :

- des PASS internes : il s'agit de PASS situées soit au sein de Polycliniques Médicales ou de Consultations de Médecine Générale, soit auprès des Services d'accueil des urgences, mais en général distinctes de l'activité d'urgence proprement dite ;
- les PASS externes : Ces PASS sont situées au niveau du centre ville, dans des locaux ad hoc, juridiquement dépendants de l'hôpital et qu'ils partagent avec des associations ;

- les PASS interne/externe sont un troisième type de dispositif. Il s'agit en général de situations où l'hôpital est utilisé par les personnes sans-abri comme hébergement de jour voire même de nuit.²¹

En 2003, 349 PASS ont été recensées sur le territoire français.

3. La Couverture Maladie Universelle (CMU) et l'Aide Médicale Etat (AME)

En votant la loi de 1998^{25,26}, complétée par celle du 27 juillet 1999²⁷, l'Assemblée nationale française a adopté la Couverture Maladie Universelle (CMU) qui vise à fournir un accès identique aux soins de santé à toutes les personnes économiquement faibles.

La Couverture Maladie Universelle de base est un droit immédiat et permanent à l'assurance maladie et maternité, attribué faute de droits ouverts, sur un seul critère de résidence dès lors que le revenu annuel n'excède pas un certain montant. Elle est ouverte à tout résident en situation régulière. Les droits à la CMU de base sont permanents, c'est à dire renouvelés automatiquement. Les demandeurs d'asile ne sont pas soumis à la condition de résidence de trois mois. La convocation en Préfecture suffit pour l'ouverture des droits à la CMU de base et complémentaire.²⁸

Elle comporte deux dimensions :

- la couverture de base permet une affiliation au régime général de l'assurance maladie et l'accès immédiat aux prestations pour ceux qui n'en bénéficiaient pas à un autre titre ;
- une couverture complémentaire gratuite (CMUc) est octroyée aux personnes dont les revenus sont situés au-dessous d'un certain plafond (plafond variant en fonction du nombre d'ayants droit).

La CMU complémentaire permet une quasi-gratuité des soins grâce à l'exonération du ticket modérateur (part dévolue à l'utilisateur non prise en charge par la sécurité sociale), du forfait journalier et à la dispense d'avance de frais. Les droits à la CMUc sont valables un an. Les conditions d'accès sont d'une part d'être en situation régulière au regard du séjour, et d'autre part d'avoir des ressources inférieures à un certain seuil fixé en fonction de la composition du foyer.²⁸

La CMU donne accès à l'ensemble de l'offre de soins (incluant la prévention), publique et libérale. La Couverture Maladie Universelle complémentaire permet une prise en charge des dépenses de santé sans avance de frais. Cependant, la CMU subordonne l'accès

aux soins de santé à une résidence stable et régulière dans le pays, excluant ainsi les migrants en situation irrégulière du bénéfice de sa protection.

L'accès des migrants en situation irrégulière aux consultations, ordonnances et traitements gratuits a néanmoins été maintenu par l'intermédiaire de l'Aide Médicale de l'Etat (AME).²⁹ L'AME est l'aide à laquelle ont droit les personnes n'ayant pas accès à la CMU, qui peuvent être soit les ressortissants des pays sous clause de cessation (accords Schengen Dublin), soit les ressortissants de la liste des pays d'origine « sûrs », ou de manière générale toute personne en situation irrégulière à la condition de prouver leur présence en France depuis plus de trois mois. Elle permet la prise en charge des soins à 100% dans la limite des tarifs conventionnels.²⁸ A noter que la possibilité, pour les personnes étrangères bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME), d'accéder aux soins de ville sans condition de présence sur le territoire depuis 3 ans n'a été offerte que depuis le 31 décembre 2002 par la loi de finances rectificative pour 2002.³⁰

Le bénéfice de l'AME est donc subordonné à une double condition de résidence et de ressources :

- d'une part, résider en France depuis plus de trois mois ;
- et d'autre part, disposer de ressources inférieures à un certain plafond, qui est le même que celui retenu pour l'admission à la CMU complémentaire.

Le bénéfice de l'AME n'est pas automatique : les intéressés doivent déposer une demande et fournir les justificatifs de leur identité et de celle de leurs ayants droit, ainsi que de leur résidence en France et de leurs ressources. L'AME est accordée par la caisse d'assurance maladie du lieu de résidence, pour une période d'un an et peut être reconduite chaque année, sur demande.

Les étrangers en situation irrégulière et qui ne sont pas titulaires de l'AME, c'est-à-dire en particulier ceux qui résident en France depuis moins de trois mois, bénéficient donc uniquement d'une prise en charge « des 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 d'un enfant à naître ».³¹

4. Histoire de la prise en charge de la précarité à l'Hôtel-Dieu

« On sait combien les Lyonnais sont fiers de leurs œuvres d'assistance qui, depuis bien longtemps, ont valu à leur ville le glorieux surnom de ville de la charité. En parcourant l'histoire de la cité, on ne peut s'empêcher d'être frappé par cet admirable esprit de

solidarité sociale et de remarquer avec quelle constante préoccupation et avec quel souci de réalisations pratiques on s'y est toujours ingénié à secourir les malades et les pauvres. », disait A.Croze en 1935.³²

Lyon était une ville de passage pour les armées et les pèlerins, et sa population, source d'industrie, offrait en grande partie le « spectacle hideux » de la misère. En 542, Childebert 1^{er} vint à Lyon, accompagné de la reine Ultrogotte, son épouse. Saint Sacerdos était alors archevêque ; son cœur généreux et compatissant était chaque jour vivement affecté, en voyant dans cette ville grand nombre de malades privés de soins et d'assistance, et de pauvres passants sans asile et sans secours ; et cédant au mouvement de son zèle, il proposa au roi et à la reine de fonder un hôpital.³³ Voici un extrait du XV^{ème} canon du concile d'Orléans concernant sa création :

« Que, selon le but de la fondation, le soin et le nombre de malades, ainsi que la réception des pèlerins, soient toujours maintenus avec une inviolable stabilité. Que, si jamais quelqu'un, quelle que soit son autorité ou quel que soit son rang, tentait de contrevenir à notre présente constitution ou retranchait quoi que ce soit des contenus ou des facultés dudit hôpital, de sorte que cet hôpital, ce qu'à Dieu ne plaise!, cessât d'exister, qu'il soit frappé, comme meurtrier des pauvres, d'un irrévocable anathème! ».³⁴

Par cet acte, deux oeuvres fondamentales sont donc assignées à cet hôpital qui devint le premier du royaume, l'oeuvre des malades de la ville et l'oeuvre des pèlerins.³³ L'hôpital fut, à son origine, un véritable xénodochium, c'est-à-dire un asile pour les voyageurs pauvres et les pèlerins se rendant en Terre Sainte. Quant aux malades hospitalisés, ils étaient les pauvres passants, les contagieux, les enfants, grands et petits, puis les orphelins légitimes et les enfants exposés et abandonnés, les incurables, les aliénés, les vénériens, les militaires, les malades proprement dits, les malades payants et les pensionnaires, et les convalescents. Enfin, des *Secours à Domicile* étaient distribués à des mères ou à des malades incurables, et plus tard des secours médicaux étaient fournis aux malades externes sous le nom de « Visite des Présents », se faisant les dimanche, mercredi et samedi de chaque semaine : les ordonnances étaient exécutées à la pharmacie de l'Hôtel-Dieu et délivrées gratuitement aux pauvres.³⁵

En 1184-1185, l'hôpital du Pont du Rhône - le nom « Hôtel-Dieu de Notre Dame de Pitié du Pont du Rhône » apparût pour la première fois en 1507- était modeste : une salle d'une demi-douzaine de lits (destinée aux soins des compagnons des voyageurs pauvres, fatigués ou malades et spécialement des pèlerins se rendant en Terre Sainte), une maison où résidaient les religieux, une chapelle et un cimetière. A l'entrée le malade, le pauvre, le vieillard, le pèlerin étaient accueillis suivant la règle des hospitaliers de Saint Jean : leur pauvreté était l'image du Christ, ils devaient être reçus comme tels.⁴ Pendant la plus grande partie de la période cistercienne, l'hôpital du Pont du Rhône fût, comme sous les frères Pontifes, presque uniquement réservé aux pèlerins et aux voyageurs. Ce n'est guère que vers le milieu du XV^{ème} siècle qu'est fait mention des premiers malades, des contagieux.

Ensuite, le Consulat (1478-1583) permit l'accès aux malades étrangers à la ville, jusqu'alors presque exclusivement réservé aux « pauvres passants » et aux contagieux. Au XV^{ème} et XVI^{ème} siècles, en effet, le développement pris par le commerce à Lyon avait attiré dans la cité un grand nombre de marchands et d'ouvriers étrangers. Il fallait que ces étrangers, souvent isolés, puissent trouver les soins nécessaires quand leur état de santé le requérait. Quant aux « pauvres passants » (la catégorie des débus, la clientèle primitive du xénodochium du Pont du Rhône), en 1523, ils étaient logés au corps vieux de l'hôpital pendant trois jours et renvoyés ensuite.³⁴

En 1532, la famine causa des milliers de morts et fit affluer vers Lyon une foule sans cesse grandissante de malheureux sans travail ni abri. Les « pauvres étrangers » étaient logés dans des cabanes alors que les pauvres de Lyon étaient logés dans les couvents.

Lorsque l'Aumône Générale fût instituée en 1535 à Saint Bonaventure, les « pauvres passants », malades ou fatigués, étaient reçus à l'Hôtel-Dieu ; puis, quand ils étaient guéris, ils étaient conduits au nouvel établissement, où ils recevaient la « passade », espèce de secours qui leur permettait de continuer leur chemin.³⁴ L'Aumône Générale avait, en effet, trois missions : l'adoption des enfants orphelins des habitants pauvres de la ville, de 7 à 14 ans, la distribution hebdomadaire de pains et d'une petite somme d'argent aux indigents et cette attribution aux étrangers de passage de cette aumône appelée « passade ».⁴

En 1584, on déclarait aux nouveaux recteurs qu'il était de leur devoir d'abandonner leurs affaires particulières, lorsque le cas l'exigeait, pour se livrer entièrement à celles des pauvres.³³

A partir de 1652, l'hôpital des passants était à la Guillotière. Celui-ci ferma en 1791 et on en revint à l'usage de recevoir les passants à l'Hôtel-Dieu.³⁴

En 1657, les recteurs ont obtenu que toutes les troupes de comédiens qui venaient jouer à Lyon donneraient une représentation au profit des pauvres de l'Hôtel-Dieu.³²

Au XVIII^{ème} siècle, à part quelques malades spéciaux et payants, il n'y avait à l'Hôtel-Dieu que des indigents. On n'y admettait que les individus dont l'indigence était manifestement reconnue.³⁴

La loi du 5 juillet 1893 créait en France l'Assistance Médicale Gratuite, qui imposait aux hôpitaux l'obligation de recevoir gratuitement les malades indigents de la commune sur le territoire de laquelle ces établissements sont situés. L'Hôtel-Dieu n'était donc plus tenu de recevoir gratuitement que les malades indigents domiciliés ou tombés malades à Lyon. Mais finalement, les malades des communes rurales du département furent, comme par le passé, reçus gratuitement à l'Hôtel-Dieu.³⁴

En 1930, M. Fleury IMBERT rappelait, lors d'un discours prononcé devant l'administration des Hospices Civils de Lyon :

« Les hôpitaux servent l'humanité de deux manières : ils donnent l'asile aux malheureux, ils soulagent les douleurs, ils guérissent les maux qui l'affligent et rendent ensuite à sa famille ses travaux .Ce fut là le premier but de leur institution. »

En décembre 1991 fût créé le Passeport Rhône Soins (Aide médicale départementale) par convention entre le conseil général et les organismes d'assurance maladie. En 1995 était organisé le plan départemental d'accès aux soins PDAS qui permettait l'accès aux soins pour les plus démunis.¹⁴

A Lyon, en 1999, avant la création des premières PASS, existaient alors cinq lieux de soins gratuits³⁶ :

- l'Accueil Santé dans le premier arrondissement ;
- le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) de la Mission France de Médecins du Monde, ouvert en 1987 pour les personnes exclues du système de santé ;

- l'infirmier de la Péniche Accueil, également gérée par la Mission France de MDM ;
- le dispensaire infirmier du foyer Notre Dame des Sans Abris ;
- le Grand Lyon Humanitaire pour les soins dentaires et les consultations d'ophtalmologie.

5. La PASS de l'Hôtel-Dieu

La permanence d'accès aux soins (PASS) de l'Hôtel-Dieu, qui a ouvert le 1^{er} février 2000, est l'une des deux structures proposées par les Hospices Civils de Lyon et acceptées par la tutelle, dans le cadre de la loi contre l'exclusion. La création de la PASS de l'Hôtel-Dieu en janvier 2000 est, pour une part, l'aboutissement du travail de soins et de témoignage de la mission France de Médecins du Monde (MDM) à Lyon. En effet, l'originalité de la PASS de l'Hôtel-Dieu tient au fait qu'elle appuie son organisation à la fois sur le savoir-faire de l'hôpital public et sur l'expérience associative du centre de soins de Médecins du Monde.³⁷

L'opportunité d'installer une PASS sur le site de l'Hôtel-Dieu s'expliquait par les caractéristiques suivantes:

- il est situé en centre ville ;
- il est déjà confronté du fait de son histoire mais aussi des pathologies traitées (VIH, toxicomanie...) à l'accueil des populations en situation sociale précaire avec les problèmes de santé afférents ;
- il dispose de ce fait de la compétence des personnels médicaux et non médicaux qui assurent déjà la prise en charge de ces populations.

La base du fonctionnement de la PASS est d'assurer dans un même temps et en un même lieu un accueil, des soins médicaux et infirmiers, la délivrance des médicaments et une réorientation personnalisée.

La PASS prend en charge tous les patients ayant des droits potentiels à l'Aide Médicale Etat ou à la Couverture Maladie Universelle, même si ses droits ne sont pas ouverts. Sa mission est triple : ouverture des droits et accompagnement social, soins médicaux et paramédicaux et réorientation vers la médecine de ville lorsque les droits sont ouverts.

Cela s'organise au moyen de consultations médicales hospitalières, de la disposition d'examens complémentaires hospitaliers ainsi que de la délivrance des médicaments par la pharmacie de l'hôpital.

Parfois, la PASS oriente certains patients vers le centre de soins de Médecins du Monde. C'est le cas pour les patients ne pouvant prétendre à aucune couverture maladie, c'est à dire soit les étrangers munis d'un visa de tourisme non expiré, les étrangers en situation irrégulière présents depuis moins de trois mois sur le territoire français, à l'exception de ceux ayant une pathologie engageant le pronostic vital à court terme, ainsi que ceux ayant besoin de soins psychiques (puisque le Centre de Soins de MDM dispose de psychologues).

La PASS est installée au sein du Service Médical d'Accueil (SMA), à proximité d'une des entrées du site. Elle dispose d'un bureau médical et d'un bureau pour l'assistante sociale. Elle fonctionne les matins, du lundi au vendredi, et le vendredi après midi. Travaillent à la PASS une assistante sociale à temps plein et quatre médecins attachés assurant sept demi-journées de vacations. L'assistante sociale est le point d'entrée privilégié des patients de la PASS. C'est elle qui voit les patients en première intention. Elle instruit les dossiers.³⁸ Il ne faut pas oublier que la PASS est située au sein du Service Médical d'Accueil et bénéficie ainsi de l'ensemble des moyens humains et techniques de ce service.

II PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé ont une mission de repérage de personnes en difficultés, de prise en charge ambulatoire sans délai, de récupération des droits sociaux, et comme objectif la réintégration au plus tôt dans le système de santé de droit commun. Comme le dit V. Bourgin³⁹, l'objectif est « d'accrocher » les personnes en situation de précarité afin de les amener à se soigner, puis de les aider à « décrocher » de la PASS pour réintégrer le système de santé de droit commun, ceci grâce à une prise en charge à la fois médicale et sociale. En effet, les PASS ne doivent pas devenir des filières spécifiques, stigmatisantes et assistancielles, et doivent plutôt saisir l'occasion du contact sanitaire pour rétablir des droits sociaux et offrir à ces personnes les conditions d'un véritable choix en matière de soins.²⁶ En aucun cas, on ne doit les cantonner dans une « médecine de pauvre » : dispensaires, centres de santé, hôpitaux utilisés en premiers recours.⁴⁰

Pour certaines personnes en rupture de la société, l'accès au système de système de santé de droit commun ne signifie t-il pas la réintégration dans la société, la possibilité d'exister en face de l'autre, de redevenir quelqu'un ? D'autant plus qu'en améliorant l'accès de tous aux services de droit commun, on contribue à la réduction des inégalités sociales de santé.⁴¹ Comme le disait Mme Veil, 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.⁴²

1. Le constat à l'Hôtel-Dieu et ailleurs

Cependant, une étude réalisée en octobre 2006 à la PASS de l'Hôtel-Dieu à Lyon a montré que plus de 30% des patients consultaient dans ce service depuis plus de 6 mois alors qu'on estime à environ un mois le temps nécessaire pour obtenir les droits sociaux.⁴³ Un tiers des patients consultants prolongent donc leur prise en charge à la PASS alors qu'ils pourraient aller dans le système de santé de droit commun.

A l'hôpital Saint Antoine (Paris), nombre de patients poursuivent les suivis entamés à la polyclinique qu'ils aient ou non régularisé leur situation. A Chartres, le même constat est fait : le dispositif en place ne permet pas suffisamment la réintégration des personnes suivies à la PASS dans le système commun de protection sociale : une part importante des personnes prises en charge, qui se voient ouvrir des droits pour la couverture de leur dépense de santé, continuent de fréquenter la PASS.⁴⁴ A Nantes, il est également très difficile d'évaluer exactement si le premier objectif de retour vers le système de santé de droit commun est atteint.⁴⁵

Ce constat interroge donc l'un des objectifs premiers de la PASS. On se rend alors compte que l'absence de droit n'est pas le seul obstacle dans l'accès aux soins des personnes en situation précaire. Ceci est également valable en Europe où une étude montre également que le fait d'obtenir une carte d'accès aux soins gratuits ne garantit pas à lui seul la levée de tous les obstacles à l'accès aux soins.⁴⁶ L'inscription du droit d'être soigné dans les textes réglementaires ne suffit donc pas à garantir le droit à la santé.⁴⁷ Martin Hirsch, en 2005, faisait ce même constat.⁴⁸

2. Quelles hypothèses ?

Comment explique t-on ces difficultés à quitter les services de PASS, et à entrer dans le système de santé de droit commun, une fois que les droits sont ouverts? A-t-on déjà identifié certains éléments permettant de comprendre cet état de fait ?

Tout d'abord, les difficultés d'accès aux soins concerneraient aussi bien l'accès aux droits (connaissance de ses droits, difficultés à les faire valoir) que l'accès aux lieux de soins (inadaptation de ces lieux à l'accueil et à la prise en charge des personnes.).⁴⁹ D'autre part, indépendamment des facteurs limitant que sont l'accès aux droits et l'absence de couverture complémentaire, il existe d'autres limites à l'accès aux soins : les unes sont propres aux personnes elles-mêmes et les autres sont dues au système de soins.¹⁷

A la PASS de l'Hôtel-Dieu, en 2003, on avait repéré l'absence de domicile fixe et la non maîtrise de la langue française comme étant des freins à l'orientation vers le système de santé de droit commun.⁵⁰ En 2005, les obstacles identifiés étaient la désinsertion sociale, l'errance, l'absence de maîtrise de la langue française et l'inadaptation de la médecine libérale.³⁷ A Chartres, la peur du monde médical, le manque d'autonomie, la perte de repère et les problèmes de compréhension de la langue étaient les facteurs expliquant qu'une partie importante des patients ne parvenaient pas à réintégrer le système de protection sociale commun.⁴⁴

Une récente étude européenne montrait que les obstacles les plus fréquents à l'accès et à la continuité des soins, exprimés par les personnes elles-mêmes, concernaient principalement la méconnaissance des droits, la méconnaissance des lieux de soins où s'adresser, le coût des traitements, les difficultés administratives, la peur d'une dénonciation et de la discrimination, et les barrières linguistiques et culturelles.⁴⁶

2.1 Les facteurs liés aux patients

2.1.1 Les facteurs personnels

2.1.1.1. Les difficultés liées aux situations de précarité et de migration

Premièrement, on peut supposer que les situations complexes de ces personnes en grande précarité rendent leur utilisation raisonnée du système de soins fragile. Les raisons se trouvent à la fois dans les conditions de vie des personnes, dans l'accès et le recours aux soins. Les personnes les plus vulnérables cumulent les difficultés par une exposition aux risques supérieure et un accès difficile à l'information et aux soins.⁵¹ Plus les personnes sont pauvres, démunies et exclues de la société, moins elles connaissent leurs droits et les exercent, et moins elles se soignent et demandent des soins.⁵²

L'absence de demande de soins semble, en effet, être une caractéristique des populations en situation de pauvreté : par inertie, par automédication, par peur d'être mal reçu à l'hôpital ou simplement d'engager une démarche, par incapacité à prévoir en raison de comportements de survie qui conduisent à réagir à l'événement au jour le jour.⁵³ Une personne en situation de pauvreté est contrainte de différer tout ce qui n'est pas de l'ordre de la survie immédiate, dans un ajournement perpétuel d'elle-même.⁵⁴

D'autre part, plusieurs freins au recours aux soins comme les obstacles administratifs, financiers, culturels, l'illettrisme, la peur de la maladie, du médecin, la honte de son corps, de la misère, de la maladie sont, en effet, souvent retrouvés en milieu précaire.⁵⁵

Enfin, une grande majorité des consultants des PASS sont des migrants qui ont fait l'expérience de l'exil. A un instant de leur vie, ils ont tout quitté, leur milieu de vie, leur famille, leurs paysages familiers, leur maison, leur statut social. Ils savaient se déplacer, subvenir à leurs besoins, avoir recours au médecin. En partant, ils perdent tous ces repères, et tous leurs savoirs. Ils se retrouvent en pays d'accueil, là où tout est différent, dans la situation de celui qui ne sait pas : il leur faut recréer des repères, se familiariser avec d'autres codes sociaux, apprendre à utiliser de nouveaux circuits de soins ou autres. L'exil est un traumatisme qui reste gravé dans les mémoires ; la maladie et le handicap leur révèlent la précarité de leur nouvelle condition, viennent interroger leur relation au pays d'accueil et réactualisent le traumatisme de l'exil.⁵⁶

Le stress engendré par l'expérience migratoire s'enracine dans les conditions concrètes d'émigration (pauvreté, conflits politiques ou armés dans la société d'origine) et d'immigration (difficultés d'adaptation aux institutions propres à la société d'accueil).⁵⁷ Les expériences émigratoires et immigratoires sont, en effet, parmi les plus marquantes qui soient dans la vie. Quitter son pays d'origine, *é-migrer*, c'est couper les liens avec plusieurs personnes significatives (parents ou amis), quitter un environnement physique, social, culturel et familial, faire un deuil des projets envisagés dans cette société. *Im-migrer*, c'est repartir à zéro dans un environnement non familial, souvent hostile, réapprendre les gestes les plus quotidiens, s'adapter à des conditions de travail qui ne correspondent pas toujours aux attentes, s'ajuster à un nouveau système de soins de santé...⁵⁷

Le choc culturel qui accompagne souvent le contact initial avec un nouveau système socioculturel peut s'avérer complexe d'un point de vue psychologique. L'intégration sociale puis l'acculturation sont des processus compliqués faisant intervenir des processus de transfert linguistique, social, culturel et conceptuel qui peuvent priver les migrants de tout ce à quoi ils étaient auparavant habitués et qui pouvait constituer la base de leur identité.²⁹

Des incapacités psychosociales, à la fois à court et à long terme, sont donc à prévoir parmi les populations déplacées, et leur capacité à s'adapter aisément et activement aux pays d'accueil peut être amoindrie.²⁹

2.1.1.2. Un moindre recours à la médecine de ville

Par ailleurs, l'image que les personnes ont des structures et de leur clientèle conduit à des phénomènes de « dissuasion symbolique » qui tendent à éloigner certaines clientèles de certaines structures : les structures de santé libérales sont globalement peu fréquentées par les personnes les plus défavorisées et, à l'inverse, les personnes en haut de l'échelle sociale fréquentent peu les centres de PMI ou certaines consultations hospitalières.⁵⁸ En effet, consulter un médecin libéral, c'est aussi pouvoir s'identifier à ceux qui sont dans sa salle d'attente. Un sentiment de honte peut interdire l'entrée de certains cabinets médicaux, pour des raisons d'hygiène corporelle ou de présentation de soi.

De plus, les migrants ont moins souvent recours à la médecine de ville. Les études réalisées sur les populations d'Afrique subsaharienne montrent que les migrants résidant en France consultent et se font soigner dans les structures publiques, l'hôpital en premier lieu, et aussi dans les centres de santé et dispensaires municipaux, sans oublier les PMI certainement

parce que les soins y sont gratuits. Africains et Méditerranéens ont, en effet, un recours à la médecine de ville inférieure à celui des Français. L'INSEE attribue ce phénomène à un certain éloignement culturel de la pratique médicale en pays d'accueil.⁵⁹

2.1.1.3. Des barrières linguistiques et culturelles

La barrière de la langue est citée par plusieurs auteurs comme rendant difficile l'orientation vers la médecine de ville.^{30,39,60} La langue constitue, pour toute une première génération ou pour les primo-arrivants, le premier obstacle à la relation médecin-malade⁵⁶ : 12 % des bénéficiaires de l'AME et 20 % de l'ensemble des migrants l'évoquent comme obstacle à leur accès aux soins.⁶¹

Au-delà de l'incapacité à communiquer, le manque de sensibilité des professionnels de la santé à l'influence de la culture constitue également une des principales barrières à l'utilisation des services par les migrants.⁵⁷ En effet, pour les minorités ethniques, le problème d'accès aux services de santé ne se résume pas à un simple problème de traduction d'une langue à l'autre. Sans nier ce problème initial de communication, il faut reconnaître que le véritable défi posé aux professionnels de la santé réside dans la traduction culturelle, c'est à dire dans la compréhension de la signification attribuée à des problèmes de santé dans une culture autre et la prise en compte des différences dans les conceptions de la santé.⁵⁷ Les inégalités d'accès aux soins prennent également racine dans les différences de perception individuelle de la santé, de connaissance et de reconnaissance des problèmes de santé.⁵¹ La déclaration d'Amsterdam, qui s'intéresse aux inadéquations entre les migrants et l'hôpital en Europe, confirme ces barrières linguistiques et celles liées à la diversité culturelle.⁶²

D'autre part, des « facteurs socioculturels » sont, en effet, évoqués, tels que la méconnaissance ou l'incompréhension de l'intérêt de l'ouverture des droits à une couverture maladie même gratuite (telle que la CMU).⁷ Ensuite, les migrants peuvent éprouver des difficultés à comprendre les codes et le mode d'utilisation des structures.⁶³

2.1.1.4. La méconnaissance des droits

Une étude de Médecins du Monde auprès de leurs consultants décrit les difficultés financières, administratives, et la méconnaissance des droits comme obstacle à l'accès aux soins.^{44,64,65} Face à un dispositif réglementaire complexe, beaucoup méconnaissent en effet leurs droits et en font une mauvaise application.²

Tout d'abord, pour les plus précaires, se pose la question de la légitimité à s'inscrire dans le droit. Certains se trouvent dans l'incapacité de formuler une demande pour eux-mêmes. En effet, pour ces personnes en situation de marginalité et d'exclusion, qui parfois n'accèdent pas à la satisfaction de besoins fondamentaux tels que se nourrir et avoir un toit, il n'est pas aisé de se penser comme un citoyen titulaire de droits.²⁴

Par ailleurs, un certain nombre de bénéficiaires potentiels ne peut accéder au système de santé de droit commun sans accompagnement. Ils éprouvent une difficulté à solliciter les instances administratives et ont besoin de s'inscrire dans une relation personnalisée.

Ensuite, certaines personnes en situation précaire ont le sentiment de ne pas être au courant de leurs droits en termes d'accès aux services et soins de santé. Une proportion non négligeable de patients consultant dans les centres de soins gratuits a des droits ouverts, et certains d'entre eux ne savent pas qu'ils peuvent aller consulter en médecine libérale et accéder aux médicaments prescrits sans avance de frais.⁶² Une étude réalisée en 2002 montrait que 25,7% de l'ensemble de leurs patients déclaraient ne pas connaître leurs droits. S'ils étaient mieux informés, ils feraient preuve de plus d'assurance dans leurs démarches pour y accéder.⁶⁶

2.1.1.5. L'ignorance des circuits de soins

Cette opportunité d'accès aux soins n'est pas aisée à concrétiser : pour ces usagers comme pour toute autre population, les pratiques ne se transforment que lentement, du fait notamment du manque de connaissance qu'ils détiennent sur l'offre de soins.²⁴ Si les personnes ignorent souvent leurs droits, elles ignorent aussi les lieux où elles pourraient se faire soigner.

Dans l'étude de Médecins du Monde de 2002, le second obstacle le plus fréquemment cité était, en effet, la méconnaissance des structures de soins.⁶⁷ En 2005 la méconnaissance des droits et des structures venant d'un manque d'information ciblée auprès des étrangers en difficulté était citée dans 25 % des cas.⁶⁸ La raison du moindre recours à la médecine ambulatoire s'explique aussi par l'ignorance des circuits de soins. Aux difficultés de décryptage des besoins des étrangers s'ajouterait la faible compréhension que ces derniers auraient du système de santé. A la question « Observez-vous des difficultés variables d'accès aux soins selon l'origine de la personne ? », la plupart des acteurs interrogés répondent que plutôt que de parler d'origine, c'est la connaissance du système de soins qui leur paraît

constituer le critère le plus discriminant, en termes d'accès aux soins.⁷ Les migrants ont, de plus, des difficultés à comprendre les codes et le mode d'utilisation des structures.

Le moindre niveau d'éducation de santé également entre en jeu, notamment en ce qui concerne le recours adéquat aux systèmes de santé publique. Les migrants en Europe manquent souvent d'informations sur les soins hospitaliers et ambulatoires disponibles, ou sur les questions de santé en général dans le contexte spécifique des sociétés européennes. C'est là l'une des raisons qui fait que les migrants n'utilisent souvent pas les services de santé de façon efficace et n'entreprennent rien d'eux-mêmes pour la prévention des maladies.⁶²

2.1.2 Les facteurs liés à l'instabilité de l'environnement

Par ailleurs, les migrants sont davantage préoccupés par d'autres problèmes que celui de leur santé. L'acquisition ou le renouvellement de leur statut et les problèmes administratifs en général sont prioritaires.⁶¹ Leurs conditions de vie précaires (errance, mal logement, perte de la temporalité...) s'accompagnent mal d'une inscription spatio-temporelle nécessaire à un parcours de soins classique.⁸ Avoir à fournir une adresse de domicile régulier ou d'autres informations personnelles peut constituer un obstacle psychologique, voire bien réel.⁶⁶ Les personnes sans domicile fixe rencontrent donc davantage de difficultés que la population générale pour s'inscrire chez un médecin généraliste référent.

Ces données ont été confirmées dans une étude réalisée en 2003 : les personnes ayant consulté un médecin généraliste privé au cours des six derniers mois étaient plus fréquemment des femmes, des personnes ayant un domicile fixe et des personnes ayant une couverture sociale. Un recours en médecine libérale au cours des six derniers mois était significativement plus rare si la personne n'avait pas de couverture sociale, si elle résidait en France depuis moins de 3 ans, et si son soutien social était faible.¹² L'absence d'assurance maladie, une migration récente et un isolement social constituent donc, dans cette population, des obstacles à l'accès au système de santé de droit commun.

Dans ce contexte, certains patients, particulièrement démunis, attendent également des structures sanitaires un traitement de l'ensemble de leurs difficultés. Et parce que la distinction entre leurs problèmes sociaux et médicaux n'est pas forcément bien définie, ces personnes se sentent souvent plus à l'aise dans des dispositifs médico-sociaux qui proposent une prise en charge globale.⁶⁹

2.2 Les facteurs liés au système de santé de droit commun

2.2.1 *Les refus des médecins du système de santé de droit commun*

L'accès effectif aux soins des étrangers demeure limité par de multiples facteurs, les uns se rapportant au fonctionnement des institutions et de leurs agents, les autres relevant des comportements des malades eux-mêmes, lesquels ne sont pas indépendants des premiers.⁴⁷ Le non-recours des personnes en situation précaire au système de soins s'explique donc en partie par une inadéquation entre le dispositif classique de soins et les situations particulières des personnes défavorisées.⁵¹

Conformément au serment d'Hippocrate et à l'article 7 du code de déontologie, les médecins libéraux doivent accueillir toutes les personnes souffrantes. Ils interviennent également dans l'accès aux soins et le suivi médical des personnes en situation de précarité.⁸

Le serment d'Hippocrate énonce :

« Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail [...] que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

Le Code de déontologie français formule, dans son article 7, une règle édictée par Hippocrate¹⁰ :

« Le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent. ».

Puis,

« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quelles que soient leur origine, leurs moeurs 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 éprouve 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 ».

Or, de fréquents refus de soins sont constatés de la part des praticiens libéraux vis à vis de cette population : il semble qu'une part significative de médecins refuse de soigner les

patients relevant de la CMU ou de l'AME, fait dénoncé récemment par le Fonds CMU et confirmé par Médecins du Monde.^{40,43,61,64,65,68,70,81,127}

En effet, une enquête de la DREES réalisée auprès de 3000 ménages bénéficiaires de la CMU en 2003 retrouvait que 15 % des personnes interrogées déclaraient qu'il leur était arrivé qu'un professionnel de santé refuse de les recevoir parce qu'elles étaient bénéficiaires de la CMU. Les professionnels de santé les plus souvent cités étaient les médecins spécialistes, les dentistes et pour une moindre part les médecins généralistes.⁸

En novembre 2004, l'association « UFC Que choisir » a fait un testing auprès de 287 spécialistes. La situation était très contrastée selon les départements, avec 33 à 40% de refus en région parisienne.⁴⁰

Une autre étude menée auprès des bénéficiaires de la CMU en 2004 a montré que les difficultés perçues dans les relations avec les professionnels de santé concernaient presque un patient sur cinq : 19 % des personnes interrogées indiquaient qu'il leur était arrivé de trouver gênant d'indiquer à un professionnel de santé qu'elles bénéficiaient de la CMU ; 15 % des personnes interrogées déclaraient qu'il leur était arrivé qu'un médecin ou un autre professionnel de santé refuse de les revoir ou de les recevoir parce qu'elles avaient la CMU.⁷¹

En 2005, une autre étude relevait que toutes les personnes interrogées avaient témoigné de refus de soins, soit à leur encontre, soit pour d'autres bénéficiaires de leur entourage.²⁴

Le Fonds CMU a donc lancé une étude, rendue publique en juin 2006. Les résultats étaient les suivants : les médecins généralistes de secteur 1 acceptent la CMU. Le taux de refus est plus fort chez les médecins généralistes de secteur 2 (16,7%), les spécialistes (41%) et les dentistes pour les soins standard (39,1%). L'analyse qualitative permettait de voir qu'au-delà des refus de rendez-vous, d'autres formes de discrimination pouvaient être observées : restrictions des soins, aménagements ou horaires spécifiques...La qualité de l'accueil apparaissait très variable.⁴⁰

En 2006, MDM a de nouveau mené une enquête téléphonique auprès de 725 médecins généralistes, retrouvant un taux global de 10% de refus de soins envers les bénéficiaires de la CMU et de 37 % pour un bénéficiaire de l'AME.⁴⁰ Des différences apparaissaient selon le secteur d'activité des médecins : ceux du secteur 2 refusaient pratiquement deux fois plus souvent les soins que les médecins du secteur 1, quel que soit le type de couverture maladie.⁷⁰ On rappelle que le médecin inscrit en secteur 2, c'est à dire avec le droit de pratiquer les dépassements d'honoraires, est obligé, pour le bénéficiaire de la CMU, de pratiquer les tarifs

de base de la sécurité sociale, sans dépassement. Ceci rend difficile l'accès aux praticiens de ville lorsqu'il y a une prédominance du secteur 2 dans un secteur géographique.²¹ A Lyon et dans la région Rhône-Alpes, l'accessibilité des soins, dans le département, est mise en échec d'une part par l'éloignement des structures de soin public et d'autre part par l'absence de choix entre secteur 1 et 2 pour certaines spécialités médicales libérales entraînant la saturation des consultations hospitalières de ces mêmes spécialités. Un médecin sur deux exerce en secteur 2 et les chirurgiens dentistes privilégient un exercice libéral.³⁶

2.2.2 *Les difficultés rencontrées par ces médecins*

Ce taux élevé de personnes confrontées à des refus de soins nous conduit donc à nous interroger sur les raisons de ces réticences des professionnels. En France, certains médecins refuseraient de recevoir en consultation les bénéficiaires de l'AME en grande partie parce que ce système n'est pas informatisé (ce qui peut ainsi alourdir les démarches), mais aussi parce qu'il est encore méconnu par les professionnels de santé. Les praticiens se méfient donc de cette couverture maladie qu'ils connaissent mal. Les patients ne disposant effectivement pas d'une carte vitale mais d'une simple attestation papier, les praticiens doivent donc remplir un formulaire papier jugé « compliqué » pour demander leur paiement. Enfin, les délais de remboursement sont plus longs encore pour l'AME que pour la CMU.⁷ Les professionnels craignent de ne pas être payés ou de l'être tardivement. Ces patients ne font en effet pas l'avance des frais auprès des professionnels soignants ni de l'institution hospitalière. C'est la CPAM qui paie ces derniers, mais dans des délais particulièrement longs.⁷

De plus, les étrangers et les immigrés présenteraient des dossiers administratifs complexes et des pathologies « exotiques » dont le recueil de l'histoire serait compliqué par la barrière de langue et les codes culturels. Le cumul d'une triple souffrance médicale, sociale et psychologique entraînerait une complexité dans l'organisation de la réponse. Les médecins seraient déroutés par des demandes qui ne rentrent pas dans les nosographies biomédicales, par des comportements et symptômes à la frontière du médical et du social.⁷² Ces populations sont difficiles à cerner : elles ont une attitude parfois agressive et des demandes qui dépassent les compétences médicales habituelles.⁵ Lors des consultations, le médecin doit donc fournir un effort supplémentaire pour communiquer, pour gérer l'importance des problèmes sociaux, ainsi que pour limiter les coûts des prescriptions ou s'interroger sur leur faisabilité.⁵⁵

Les difficultés linguistiques sont décrites dans 38,5% des cas de consultations avec des personnes précaires contre 6% chez les non précaires. Cela leur demande plus de temps, que ne sont pas prêts à prendre les médecins généralistes.⁷³

Dans plus de 60% des cas, les médecins interrogés déclarent être confrontés aux lourdeurs administratives, au manque d'information, aux difficultés à faire accepter au patient d'être suivi, et, enfin, aux difficultés à travailler avec les autres acteurs et/ou les structures sanitaires et sociales.⁶⁹ De nombreux médecins, soignants, travailleurs sociaux sont réticents, en effet, à recevoir des populations désocialisées en raison principalement d'un manque d'information et de formation sur les structures, les dispositifs et les droits sociaux.⁵⁴ Une étude montre que les personnels étaient insatisfaits de la façon dont ils prenaient en charge actuellement la précarité (manque de moyens, de suivi, de formation...).⁷⁴ Les professionnels se déclarent alors incompetents et préconisent l'orientation systématique vers des filières spécifiques, notamment associatives.⁷

Certains professionnels considèrent également qu'il ne leur revient pas de prendre en charge ces étrangers parce qu'ils relèvent de l'« humanitaire », donc d'un « plus » que n'offre le système que s'il en a le temps, ou dans ses marges, assimilant le droit des étrangers à une faveur accordée, négociée à coup d'arguments « vitaux ».⁷ Ils assimilent ainsi ces aides à une logique « humanitaire » elle-même assimilée au régime de la « faveur ».⁷⁵ La CMU est considérée comme un dispositif charitable s'adressant à des bénéficiaires ne travaillant pas.⁴⁰ Certains refusent ainsi les bons d'Aide Médicale car ils estiment que leur distribution est injustifiée du fait de critères de richesse extérieurs repérés chez les bénéficiaires ou de préjugés personnels xénophobes.⁵⁵

Parfois, un sentiment d'animosité est noté vis à vis des patients ayant la CMU, lié à l'image de surconsommation de soins de la part de cette population, et le reproche d'attitude non respectueuse vis à vis du corps médical.⁷³ Par ailleurs, certains médecins sont également réticents à prendre en charge les personnes en situation irrégulière.

Plusieurs explications ont été données à ces inobservances déontologiques :⁷⁶

- le manque de formation pour les professionnels dans la prise en charge des migrants et des populations en situation précaire ;
- le manque de motivation des professionnels à traiter les personnes en situation précaire ;

- le manque de temps disponible pour les professionnels pour prendre en compte la complexité des situations rencontrées et toutes les dimensions de la santé ;
- le manque de coordination entre les différentes catégories de professionnels.

2.3 Les facteurs liés à la PASS : le lien affectif à la structure

Il est difficile de rompre une relation de confiance – qui fut souvent le premier vrai lien humain avec le pays d'accueil - avec une équipe habituée à ce type de prise en charge, pour retourner vers un réseau inconnu : la ville.⁴⁵ D'une manière générale, ceux qui retournent dans les PASS considèrent qu'ils y sont bien soignés, bien accueillis, que le suivi social est efficace ou encore qu'ils s'y sentent à l'aise.⁷⁷ Le fait que le travail médical s'attache à la restauration de la dignité individuelle, de la confiance et de l'estime de soi, rendrait les PASS plus attractives que les structures de droit commun.⁷⁸ C'est un paradoxe apparent de ces centres de soins, ils sont désignés par beaucoup comme stigmatisant et contredisant les valeurs d'égalité face à la médecine, mais ils se révèlent pour certaines personnes plus attractifs que les structures de droit commun.

La fréquentation régulière d'un centre de soins conduit progressivement à l'émergence de différents modes de relation au service. On y retrouve les habitués, en quête d'autres formes de relations qui vont passer notamment par les échanges et le don. Certains patients cherchent, au-delà de la prise en charge thérapeutique, une écoute et un soutien moral face à ces situations délicates. Leurs relations avec les soignants sont personnalisées et affectives. La précarité économique s'accompagnant bien souvent du relâchement des liens sociaux et familiaux, les malades particulièrement isolés trouvent dans ce type de relations un peu de chaleur humaine et de l'attention qu'ils ont perdues ailleurs.⁷⁸ Le patient n'est plus seul face à sa situation de détresse, il se voit accorder la reconnaissance de sa personne et de son désarroi. Or ces éléments manquent souvent douloureusement aux personnes dont les liens sociaux se sont délités.⁷⁹

Il est certain que ce type d'engagement n'est pas susceptible de faire l'objet d'une reconnaissance sociale, mais va plutôt installer les individus dans une situation de marginalité. Néanmoins, du point de vue personnel, cette attitude forge une sorte de valorisation de soi, et la vision que l'habitué a de lui-même est moins dépréciative ou moins dépréciée. Ces lieux permettent, en tant qu'institution, un type particulier de participation citoyenne et procurent, comme toute fréquentation d'un lieu socialement significatif, une forme d'identité et de statut. Par la présence auprès des membres du personnel et des autres patients, ils permettent de

construire et réactiver les liens sociaux.⁶⁹ Un « lien social d'intégration » est donc présent lorsque les interactions entre patients et membres du personnel deviennent de véritables relations d'échanges, dans une dynamique de réciprocité proche de celle des relations amicales. Un « lien social de citoyenneté » est également présent lorsque les individus se voient reconnaître le droit d'accès aux soins, et particulièrement lorsqu'ils accèdent à l'hôpital et constatent qu'ils y sont pris en charge au même titre que l'ensemble de la clientèle hospitalière. Ces dispositifs sont donc aussi un espace de mise en oeuvre d'une solidarité, un espace de définition de soi et peuvent, finalement, donner lieu à la création de liens sociaux d'intégration ou de citoyenneté.¹²

Le centre devient alors un lieu d'ancrage et de refuge. Il est alors l'endroit où l'on établit des liens, où l'on partage des expériences communes.⁸⁰ Ces structures particulières sont devenues pour eux une structure de référence, un lieu signifiant de leur vie sociale.⁷⁹

2.4 Synthèse des hypothèses évoquées

Tableau I. Synthèse des hypothèses évoquées

Facteurs liés aux patients

Facteurs personnels

Barrières culturelles, moindre recours à la médecine de ville,
Histoires traumatiques pré-, per- et post-migratoires,
Manque d'autonomie, besoin d'accompagnement, honte et dépréciation de soi,
Peur du monde médical, de la dénonciation et d'une discrimination,
Non maîtrise de la langue française,
Méconnaissance des droits,
Méconnaissance des lieux et circuits de soins.
Lien affectif à la structure et/ou au médecin de la PASS

Influence de l'environnement

- Géographique : instabilité du domicile, errance,
 - Social : désinsertion sociale, perte de repères,
 - Statut administratif (situation irrégulière).
-

Facteurs liés à la PASS

Lieu de reconnaissance de l'autre, de reconstruction d'une identité
Lieu d'écoute, de mise en confiance
Lieu de reconstruction du lien social
Lieu empreint de justice sociale et d'équité (cf. Charte d'Ottawa)

Facteurs liés au système de santé de droit commun

Difficultés administratives

Absence d'aide sociale spécifique à la santé
Absence d'informatisation de l'AME
Difficultés de remboursement de l'AME

Difficultés liées aux médecins

Discriminations dans la prise en charge des personnes en situation précaire
Manque de sensibilité et d'intérêt vis à vis des autres cultures et modes de fonctionnement
Manque d'informations sur les différentes couvertures sociales
Manque d'informations sur les réseaux d'aide sociale et de précarité

Complexité du système

Inadéquation aux personnes en situation précaire
Manque d'actions d'éducation pour la santé tournées vers les migrants ou les personnes en situation précaire
Mauvaise coordination des différents acteurs de l'administratif, du social et du sanitaire.

III ETUDE QUANTITATIVE

1. Justification de l'étude, objectifs

Face à ce constat, il est important de mieux comprendre ce problème afin de proposer des solutions, de sorte que l'action publique en matière de santé permette réellement aux personnes de gagner en liberté, en autonomie et en dignité.

Devant les trois types de facteurs intervenants dans le processus d'intégration au système de santé de droit commun distingués précédemment (cf. chap. II), il nous apparut pertinent de nous intéresser aux facteurs rattachés aux personnes elles-mêmes : existe-t-il des déterminants expliquant ces difficultés de retour vers le système de santé de droit commun ? Les patients ayant ces difficultés ont-ils des caractéristiques particulières ? S'agit-il de patients ayant des pathologies médicales lourdes ? Est-ce en lien avec leur culture d'origine ? La plus ou moins grande précarité (statut, domicile) dans laquelle ils se trouvent a-t-elle une influence ?

Une meilleure compréhension des déterminants sociaux de santé est essentielle dans notre pays si nous voulons mieux évaluer l'impact des politiques et dispositifs existants ou en développer de nouveaux pour réduire ces inégalités.

L'objectif de notre étude est de mettre en évidence une relation entre certaines caractéristiques démographiques, sociales et médicales des patients consultant à la PASS de l'Hôtel-Dieu à Lyon et le délai supposé de retour au système de santé de droit commun. L'objectif général est de déterminer certaines caractéristiques prédictives d'une utilisation prolongée de la PASS, afin que les médecins identifient les personnes pour lesquelles le passage au système commun risque d'être plus délicat. Ils pourront ainsi les accompagner plus spécifiquement vers le système de santé de droit commun, leur conférant plus d'autonomie dans la gestion de leur propre santé.

2. Matériel et méthodes

2.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude longitudinale de cohorte historique, avec un recueil de données inscrites sur les dossiers médical et social des patients de plus de 18 ans ayant consulté un médecin de la PASS pour la première fois en 2006. Il s'agit donc d'une identification rétrospective d'une cohorte de patients que nous suivons dans le temps (jusqu'à la date du recueil des données). La date de point de l'étude était le 15/07/07.

2.2 Critères d'inclusion

- Patients consultants un médecin de la PASS de l'Hôtel-Dieu,
- Patients dont la première consultation a eu lieu entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2006,
- Patients ayant plus de 18 ans.

L'échantillon est choisi à dessein de manière exhaustive à partir du cahier de consultations médicales, selon les critères précités.

2.3 Critères de non-inclusion

- Dossiers non retrouvés,
- Dossiers non remplis.

2.4 Considérations éthiques et réglementaires

Les données ont été recueillies à l'aide d'un bordereau de lecture rempli de manière anonyme à partir de la consultation des dossiers médicaux et des dossiers sociaux des patients. Le travail étant effectué sur dossier médical sans intervention sur la personne, cette étude ne nécessite pas l'obtention du consentement des personnes.

2.5 Variables recueillies

Un bordereau a été rempli pour chaque patient. Les données que l'on recueille sont exclusivement celles connues lors de la première consultation médico-sociale. Les données disponibles lors des consultations suivantes ne sont pas prises en compte afin que les patients soient comparables (entre ceux ne consultant qu'une fois et ceux ayant consulté de nombreuses fois).

Les variables recueillies lors de la première consultation sont les suivantes : [Annexe I]

- Caractéristiques sociodémographiques (*sexe, âge, nationalité, temps déclaré de séjour en France*) ;
- Caractéristiques sociales (*type de domicile, couverture sociale initiale*) ;
- Caractéristiques psychologiques (*déclaration d'évènements traumatiques de vie*) ;
- Caractéristiques médicales (*pathologies aiguës ou chroniques déclarées en cours*),
- Caractéristiques de leur prise en charge à la PASS (*prescriptions, type de couverture sociale demandée*) ;
- Devenir de la demande sociale (*obtention des droits, délai d'obtention des droits*).

2.6 Analyse statistique

Les données ont ensuite été codées et saisies par informatique au moyen du tableur Excel©.

2.6.1 Analyse descriptive

Les variables que nous avons recueillies sont des variables soit quantitatives soit qualitatives (binaires ou nominales).

Les variables quantitatives ont été analysées et exprimées en moyenne, écart type, variance, étendue et quartile.

Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage.

2.6.2 Analyse explicative

Dans une première phase, parmi les patients pour lesquels une demande de droits avait été faite, et pour qui nous avons les informations nécessaires, la cohorte a été constituée et un délai supposé de retour au droit commun a été analysé. Le délai supposé de retour au droit commun correspond à la durée écoulée entre l'obtention des droits et la date de retour au droit commun : cette date est estimée à partir de la date de dernière consultation, identifiée par l'absence de consultation pendant quatre mois. Selon le délai supposé de survenue de l'événement « retour au droit commun », trois analyses ont été réalisées à deux, trois et six mois afin d'examiner si des différences significatives se dessinaient selon ces différents délais.

Nous avons également analysé les différentes caractéristiques pouvant expliquer la poursuite de la consultation à la PASS avant l'acquisition des droits.

Chaque déterminant potentiel a été considéré individuellement (analyse univariée) pour chacun des délais. Concernant les variables qualitatives, elles ont été analysées selon le test du Khi 2, ou le test exact de Fischer quand les effectifs le nécessitaient (faibles effectifs). Concernant les variables quantitatives, elles ont été étudiées par le test de Student ou, lorsque l'effectif était faible, par le test non paramétrique de Mann Whitney.

Dans une seconde phase, nous avons construit trois modèles de régression logistique, c'est à dire des analyses multivariées pour expliquer la survenue d'un retour à deux, trois et

six mois. Nous avons également analysé le fait de consulter à la PASS en attendant l'ouverture des droits.

Enfin, un modèle de Cox a été construit afin d'identifier les facteurs associés au retour ou non au droit commun. Ce modèle a été appliqué à l'ensemble des patients inclus dont le délai entre l'obtention des droits (« date d'origine ») et la date de dernière consultation (« date de dernière nouvelle ») était positif (c'est à dire ceux revenus en attendant l'ouverture des droits).

Le critère principal de jugement était la durée écoulée entre l'obtention des droits et la date de retour au droit commun (estimée à partir de la date de dernière consultation), appelé « délai supposé de retour au droit commun ». La « variable à expliquer » est le retour ou non au droit commun (qui correspond à l'absence de passage à la PASS pendant quatre mois). Les variables explicatives étaient celles recueillies lors de la première consultation.

Nous avons regardé l'effet du temps sur chaque déterminant en analyse univariée, puis, nous avons considéré l'effet des différents facteurs pris simultanément (analyse multivariée).

2.7 Méthodologie de recherche bibliographique

Au début de notre étude, puis tout au long de notre travail, nous avons effectué une recherche documentaire. Nous avons d'abord déterminé nos mots clés grâce à l'aide terminologique du Cismef. Les mots choisis étaient : « santé », « précarité », « pauvreté », « accès aux soins », « CMU », « AME », « populations migrantes », « migration » et « Permanences Accès Soins Santé ».

Ensuite, nous avons effectué des recherches sur plusieurs bases de données, que celles-ci soient médicales (Banques de Données de Santé Publique, Pubmed-Medline, The web of Science, BioMed Central, Cochrane Library), issues des sciences sociales (Francis et Pascal, cairn), ou générales (Sudoc, Google©).

Les articles, revues ou ouvrages pertinents ont été retenus, puis nous avons utilisé le logiciel Endote© pour le classement de cette bibliographie.

3. Résultats

3.1 Description de la population

Nous avons inclus 406 patients dans la phase initiale de notre étude. Leur moyenne d'âge était de 36,8 ans, la moitié des patients avaient moins de 32 ans, 15% avaient plus de 50 ans. Les patients venaient pour 42% d'Afrique subsaharienne, pour 28% d'Europe hors Union Européenne (hors UE), 15% étaient originaires du Maghreb, 10% de l'Union Européenne. [Figure 1].

Les personnes en situation irrégulière (46%) venaient plutôt d'Afrique subsaharienne (49%) et du Maghreb (20%), tandis que les personnes en situation régulière (44%) venaient plus d'Europe hors UE (36%). Deux tiers des personnes en situation irrégulière étaient des femmes. [Figure 2].

Figure 1. Origine géographique des patients.

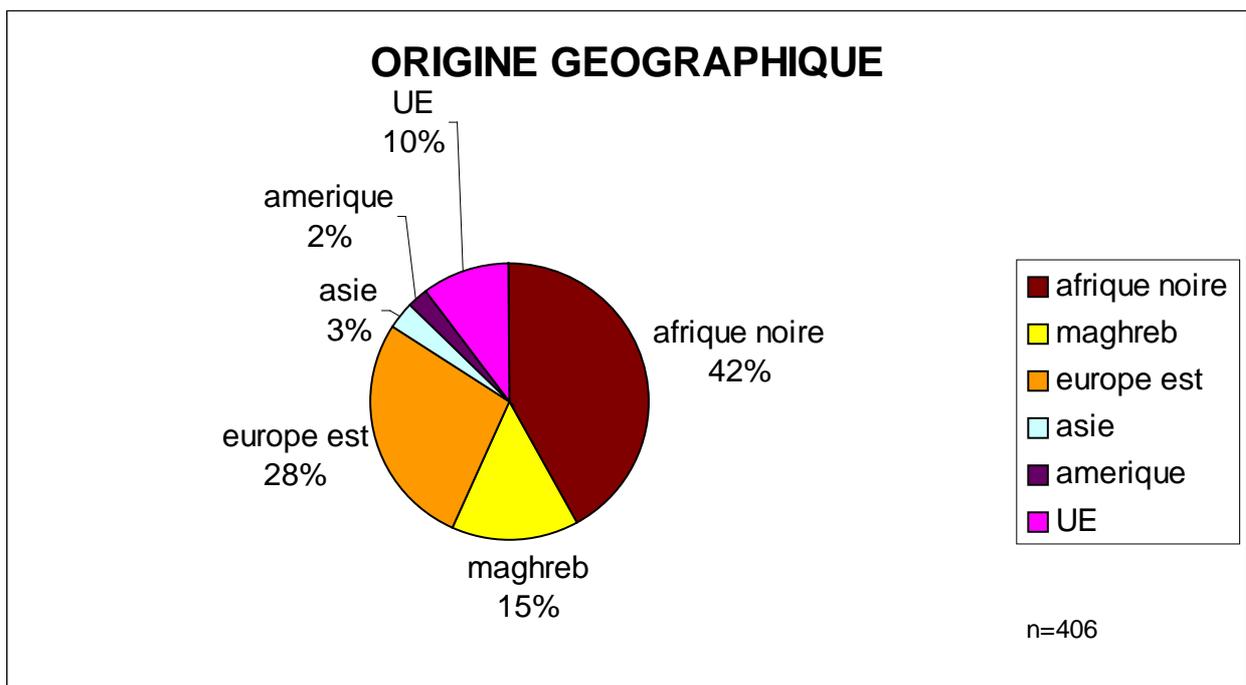
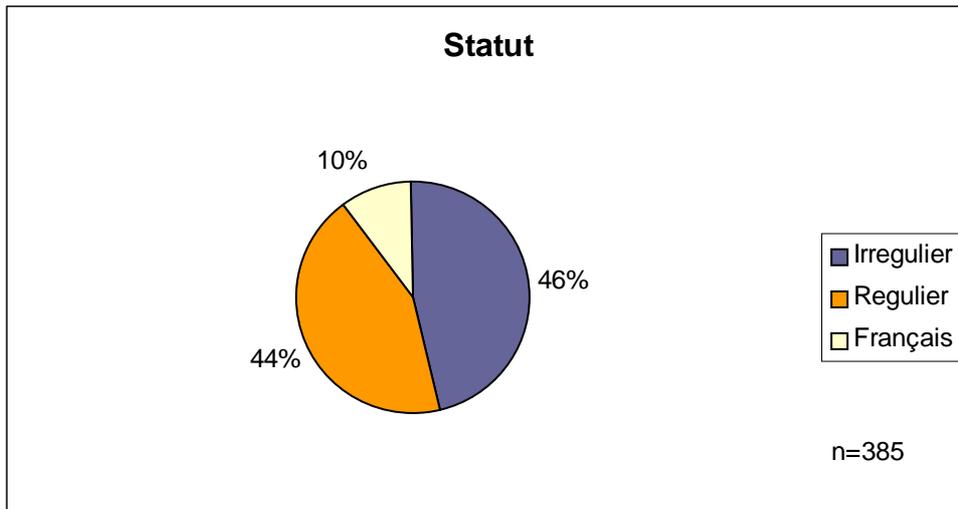


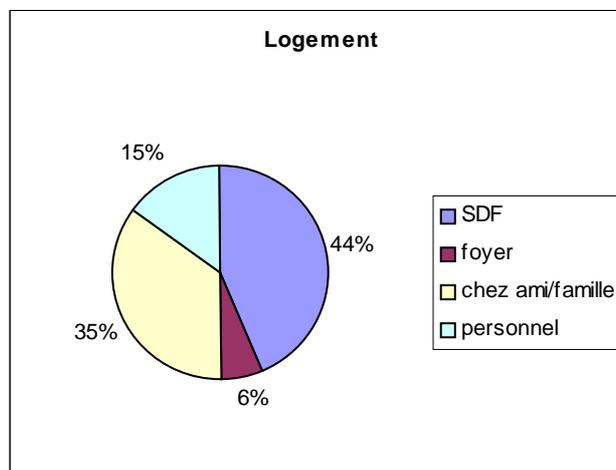
Figure 2. Statut administratif des patients.



La moitié venait consulter à la PASS dans les trois premiers mois de leur arrivée en France (n= 315), et les trois quarts venaient durant leur première année de séjour. Les personnes en situation irrégulière venaient plus tard (médiane= 6,5 mois) que ceux en situation régulière (médiane= 1 mois).

La majorité (85%) des patients vivaient dans des conditions précaires, avec 44% de Sans Domicile Fixe (SDF), 35% vivant chez un compatriote ou de la famille et 6% en foyer (hors hébergement d'urgence). Les personnes en situation irrégulière logeaient plutôt chez leurs compatriotes (60%), les hommes étaient plus SDF (57%). Les Européens hors UE étaient plutôt SDF (67%) tandis que les Africains étaient chez leur famille (49,5%) ; les Français étaient soit SDF (52%) soit avaient leur propre domicile (33%). [Figure 3].

Figure 3. Type de logements des patients.



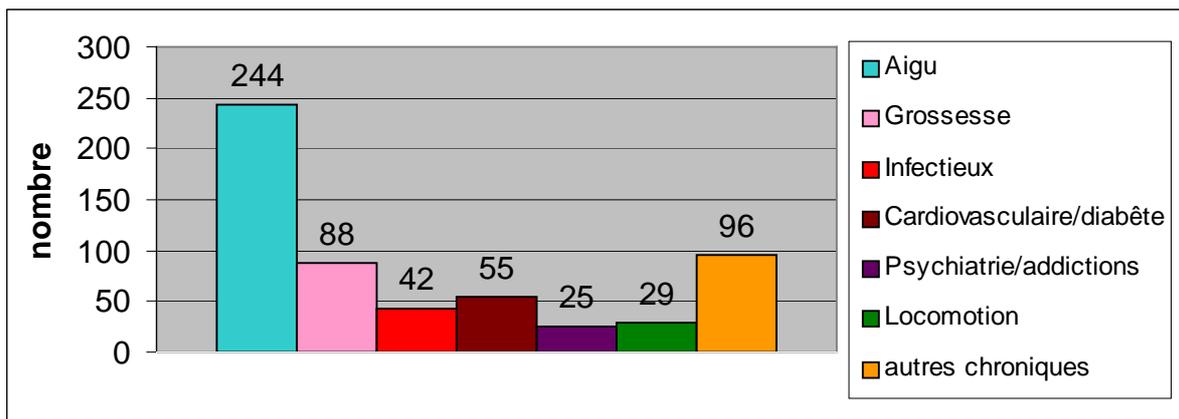
La plupart (93%) des consultants n'avaient aucune couverture sociale, 3% n'avaient pas de complémentaire, et 4% avaient une couverture complète. Une demande a été faite ou était en cours pour 85% des personnes sans couverture complète, de moitié pour une AME, l'autre moitié pour la CMU ou CMUc. Pour 8% des personnes, aucune demande n'a été faite car celles ci étaient de passage (touristes), ne pouvaient justifier des trois mois de présence nécessaires pour la demande d'AME, ou n'ont pas fourni les papiers demandés.

Les demandes faites obtenaient une réponse positive dans 87% des cas. La moitié d'entre elles ont été traitée en moins de deux mois (médiane= 1,7 mois), les demandes de CMU étant traitées légèrement plus vite (médiane= 1,5 mois contre celle de l'AME= 1,9 mois).

Les motifs de consultation concernaient des problèmes aigus et/ou des pathologies chroniques [Figure 4]. Plus d'un tiers (37%) des consultantes étaient enceintes lors de la première consultation. Plus de la moitié des premières consultations était suivie d'un bilan biologique (59%), un quart d'un examen radiographique (hors grossesse) ; 25% des patients étaient orientés vers un spécialiste et enfin 3% des patients étaient hospitalisés des suites de la première consultation.

La durée moyenne de prise en charge à la PASS était de 2,3 mois, mais la moitié des patients restaient moins de deux semaines, et les trois quarts ne venaient plus deux mois et trois semaines après leur première consultation.

Figure 4. Motifs déclarés lors de la première consultation.



3.2 Etude des caractéristiques selon la venue à la PASS jusqu'à l'obtention des droits

Pour la suite de notre étude, nous avons inclus les 253 patients pour qui la demande de couverture sociale avait abouti, et dont nous connaissons la date d'ouverture des droits.

Cependant, 151 patients ne consultaient plus alors que leurs droits n'étaient pas encore ouverts ; nous avons donc comparé leurs caractéristiques aux 102 patients qui consultaient tant qu'ils n'avaient pas obtenu leurs droits [Tableau II].

Plus les patients étaient jeunes, moins ils revenaient consulter (médiane à 32 ans contre 36 chez ceux qui reviennent, $p=0,016$). L'origine géographique intervenait également ($p=0,0098$; $\chi^2=9,24$) : les Européens hors UE consultaient moins, tout comme les Maghrébins et les ressortissants de l'UE, à l'inverse des patients d'Afrique subsaharienne. De même, les Français et les personnes en situation régulière ne revenaient pas à la PASS tandis que les personnes en situation irrégulière consultaient tant qu'ils n'avaient pas obtenu leurs droits.

Plus les patients avaient de pathologies chroniques cumulées, plus ils risquaient de revenir à la PASS (à la limite de la significativité $p=0,056$; $\chi^2=5,74$) surtout ceux ayant au moins deux pathologies ; ceux qui avaient une pathologie cardiovasculaire ou un diabète revenaient plus à la PASS, tout comme ceux que l'on adressait pour avis spécialisé.

Les autres caractéristiques (sexe, domicile, temps de présence en France, pathologies aiguës ou chroniques, prescriptions radiographiques) ne prédisaient pas de manière significative un type particulier de comportement ($p>0,1$).

En analyse multivariée, nous trouvons que les patients originaires du Maghreb, d'Europe (UE et hors UE) avaient tendance à ne pas revenir consulter, tandis que les personnes en situation irrégulière continuaient à venir.

Tableau II. Probabilités de venue à la PASS en attendant l'obtention des droits, selon les caractéristiques.

<i>Variables</i>	<i>N</i>	<i>Probabilité de venue à la PASS</i>	
		<i>%</i>	<i>p (Khi 2)</i>
<u>Origine géographique</u>			
Afrique subsaharienne	116	52	0,001
Maghreb	39	28	0,011
Europe hors UE	70	34	0,020
Union Européenne	16	13	0,019
<u>Statut</u>			
Irrégulier	117	50,4	0,002
Régulier	121	34	0,045
Français	15	13	0,028
<u>Pathologies chroniques</u>			
N= 0-1	215	37	0,017
N >1	38	58	
Cardiovasculaires et diabète	36	56	0,044
<u>Type de prescription</u>			
Avis spécialisé	47	55	0,02

3.3 Etude des caractéristiques selon le retour dans le système de santé de droit commun à deux, trois et six mois

Parmi les 102 patients qui étaient revenus tant qu'ils n'avaient pas obtenu leurs droits, trois analyses ont été réalisées à deux, trois et six mois afin d'examiner si des différences significatives apparaissaient selon ces différents délais supposés de retour au droit commun.

Pour un délai à deux mois, 63 patients continuaient de venir à la PASS contre 37 qui retournaient au droit commun. La différence d'effectif s'explique par l'absence des quatre mois nécessaires pour affirmer le retour au droit commun de certains patients.

On trouvait que les femmes enceintes allaient plus facilement dans le droit commun [Tableau III]. Les personnes en situation irrégulière également s'orientaient plus facilement vers le système de santé de droit commun que celles en situation régulière (proche de la significativité). Au contraire, les Européens hors UE étaient plus à risque de continuer d'utiliser la PASS après deux mois (proche de la significativité). De même, les personnes ayant leur propre domicile ou logeant chez des amis avaient moins de risque d'utiliser la PASS de façon prolongée que celles vivant dans des conditions plus précaires (en foyer ou dans la rue).

Les autres différences observées (plus de personnes jeunes, du Maghreb, logées chez des compatriotes, en France depuis longtemps, ayant obtenu leurs droits plus rapidement, ayant moins de pathologies chroniques, chez ceux retournant dans le système de santé de droit commun) n'étaient pas significatives ($p > 0,1$).

L'analyse multivariée faisait ressortir le fait que les femmes ayant un logement précaire retournaient moins dans le système de santé de droit commun que les autres [Tableau IV].

Pour un délai de trois mois, 52 patients restaient à la PASS contre 47 retournant dans le droit commun.

Les femmes enceintes retournaient au droit commun avant trois mois, ceux à qui l'on avait prescrit plus d'examen biologiques également. Les Européens hors UE étaient plus à risque d'utiliser de manière prolongée la PASS (proche de la significativité), tandis que les Africains (du Maghreb et d'Afrique subsaharienne) étaient moins à risque (proche de la significativité) [Tableau III].

Les autres différences observées (tendance des jeunes, des personnes en situation irrégulière, logeant chez des amis, ayant obtenu leurs droits plus rapidement, ayant des pathologies différentes, dont une plus faible part de pathologies chroniques) n'étaient pas significatives ($p > 0,1$).

L'analyse de régression logistique multivariée montrait que les femmes enceintes retournaient plus dans le droit commun avant trois mois [Tableau IV].

Au bout de six mois, 57 étaient passés dans le système commun, tandis que 30 patients continuaient de consulter à la PASS.

Plus on était jeune, moins on avait de risque de rester de manière prolongée à la PASS (proche de la significativité, $p = 0,079$).

L'origine avait aussi une influence sur l'utilisation prolongée de la PASS ; les patients d'origine africaine (Afrique subsaharienne et Maghreb) retournaient plus facilement dans le droit commun, tandis que les Européens hors UE avaient une prise en charge prolongée. Les femmes enceintes retournaient plus facilement dans le droit commun, comme ceux à qui il avait été prescrit plus de bilan biologique.

Il n'y avait par contre pas de lien entre le sexe, le temps de présence en France, le statut, le domicile, le délai d'obtention des droits, le nombre de prescription et le retour ($p > 0,1$).

En analyse multivariée, on voyait que les patients africains (Maghreb et Afrique subsaharienne) retournaient plus facilement au système commun à la différence des patients d'Europe hors UE. Ceux ayant eu un bilan biologique allaient également plus dans le système de santé de droit commun (proche de la significativité).

Tableau III. Analyse univariée des caractéristiques liées au retour au droit commun.

Variables	Probabilité de retour au droit commun					
	A 2 mois		A 3 mois		A 6 mois	
	%	<i>p</i> (Khi 2)	%	<i>p</i> (Khi 2)	%	<i>p</i> (Khi 2)
<u>Origine géographique</u>						
Afrique	-	-	54	0,063	75	0,005
Europe de l'Est	22	0,084	30	0,062	43	0,012
<u>Statut administratif</u>						
Irrégulier	44	0,064	-	-	-	-
Régulier	26		-	-	-	-
<u>Type de domicile</u>						
Précaire	28	0,094	-	-	-	-
Stable	44		-	-	-	-
<u>Grossesse</u>						
Oui	59	0,029	76	0,04	88	0,003
Non	28		24		57	
<u>Prescription biologique</u>						
Oui	-	-	55	0,046	73	0,036
Non	-	-	33		50	

(Seuls les résultats significatifs apparaissent).

L'analyse univariée appliquée à l'ensemble des 102 patients selon le retour au droit commun sans notion de durée montrait que les personnes ayant eu un bilan biologique retournaient plus dans le système commun (proche significativité $p=0,059$), de la même façon que les femmes enceintes (82%) versus les autres (56%) (proche de la significativité $p=0,067$).

En analyse multivariée, les femmes ayant un logement précaire allaient moins dans le système de santé de droit commun que les autres (OR= 0,24 ; IC 95% [0,05-1,07] ; $p=0,061$).

L'analyse statistique des liens unissant les différentes variables montrait les associations suivantes : plus on était âgé, plus on avait de pathologies chroniques ($p<0,001$) ; les personnes en situation irrégulière étaient plus souvent logées de façon stable (amis ou

domicile personnel) tandis que les personnes en situation régulière avaient un logement instable (SDF ou foyer) ($p < 0,001$) ; les Européens hors UE étaient de fait plus logés en foyer ou SDF. Les femmes en situation régulière étaient moins enceintes que celles en situation irrégulière (à la limite de la significativité $p = 0,055$).

Par contre, les femmes africaines n'étaient pas plus enceintes que les autres, les Européennes hors UE n'étaient pas moins enceintes, les Africains et les personnes en situation irrégulière n'avaient pas plus de pathologies chroniques que les autres ; l'obtention des droits selon l'origine n'était pas différente ($p > 0,1$).

Nous avons complété cette analyse au niveau de l'ensemble des 406 patients, afin de renforcer sa puissance tout en nous assurant de la comparabilité des résultats. Les Européens hors UE étaient plus souvent en situation régulière tandis que les Africains (Maghreb et Afrique subsaharienne) étaient plus souvent en situation irrégulière ; les femmes enceintes avaient plus d'examen biologiques.

Tableau IV. Modèle de régression logistique en analyse multivariée, variables significatives.

<i>Variables</i>	<i>OR</i>	<i>95 p.100 IC</i>	<i>p</i>
<u>Consultation à la PASS en attendant les droits</u>			
Maghrébins	3,88	[1,66-9,07]	0,002
Européens de l'Est	2,24	[1,15-4,36]	0,018
Européens de l'UE	5,97	[1,22-29,1]	0,027
Situation régulière	0,57	[0,32-1,01]	0,053
<u>Retour à 2 mois</u>			
Domicile précaire chez les femmes	0,171	[0,03-1,12]	0,073
<u>Retour à 3 mois</u>			
Grossesse	5,75	[1,43-23,1]	0,015
<u>Retour à 6 mois</u>			
Africains	3,38	[1,27-8,98]	0,015
Européens de l'Est	0,3	[0,11-0,86]	0,025
Prescriptions biologiques	2,32	[0,89-6,16]	0,093

OR= Odd Ratio.

IC= Intervalle de Confiance.

Enfin, nous avons utilisé le modèle de Cox pour intégrer le temps dans notre analyse. L'analyse univariée [Tableau V] a montré que, si une femme enceinte consultait, elle retournait plus vite dans le droit commun. De même, les Africains allaient plus rapidement vers le système de santé de droit commun tandis que les Européens hors UE y retournaient plus lentement (proche de la significativité).

Par ailleurs, plus l'on obtenait ses droits rapidement, plus on retournait vite dans le droit commun.

Par contre, les associations suivantes (âge, statut, pathologies chroniques ou aiguës avec le retour au droit commun) n'étaient pas liées au temps.

En analyse multivariée, nous ne retrouvions aucun effet des différents déterminants sur un retour plus ou moins rapide au droit commun.

Tableau V. Analyse de survie univariée des facteurs liés au retour au droit commun.

<i>Variables</i>	<i>OR</i>	<i>95 p.100 IC</i>	<i>p</i>
Grossesse	2,62	[1,3-5,27]	0,07
Origine africaine	1,874	[1,045-3,362]	0,035
Origine européenne (hors UE)	0,579	[0,308-1,09]	0,091
Délai d'obtention des droits	0,82	[0,68-0,98]	0,03

OR= Odd Ratio

4. Discussion

Les résultats concernant l'ensemble des patients consultants sur l'année 2006 nous ont permis de comparer ces données à celles recueillies pour l'ensemble des PASS nationales en 2004^{30,68} : notre population était plus jeune (moyenne d'âge à 36,8 ans contre 41 ans au niveau national), était plus souvent sans couverture sociale à l'entrée (93% contre seulement 39% au niveau national).

Les patients de notre étude vivaient dans des conditions plus précaires puisque 85% n'avaient pas de domicile personnel contre 61,5% dans les données nationales. Cependant, la proportion de personnes hébergées par leurs amis ou par de la famille était comparable (35%), ce qui signifie que plus de personnes étaient SDF à la PASS de l'Hôtel-Dieu. Plus de personnes d'origine étrangère consultaient (90% contre 50,5%), ce qui peut s'expliquer par la situation urbaine de la PASS de l'Hôtel-Dieu et sa position au centre ville. Nous avons moins d'hospitalisation (3%) contre un patient sur trois dans l'étude transversale menée par l'IGAS, mais 5 % dans l'étude longitudinale menée par l'ANAES. Nous supposons que cela vient du fait que la plupart des services de PASS en France sont au sein des services d'urgences, alors qu'au sein d'un service de consultations tel que celui de l'Hôtel-Dieu, les problèmes médicaux peuvent être gérés plus facilement en ambulatoire.

Enfin, le taux de récupération des droits au niveau de l'ensemble des PASS, même s'il était probablement sous-estimé, était de 30%, contre les 87% de notre étude : ceci s'explique par le bon fonctionnement des services social et administratif de l'Hôtel-Dieu qui ont acquis un précieux savoir-faire dans la prise en charge des plus démunis.

Contrairement à certaines études^{78,79} qui montraient une différence significative dans l'accès à une couverture sociale en fonction de la nationalité du patient, ainsi qu'en fonction du domicile, nous n'avons pas trouvé de différence significative ni en termes d'obtention ni en termes de délai.

Ensuite, les résultats obtenus nous ont donné des informations intéressantes sur l'utilisation de la PASS. En effet, nous avons observé que les patients jeunes, originaires d'Europe (UE et hors UE), en situation régulière, n'ayant aucune ou une seule pathologie chronique en cours venaient à la PASS surtout afin d'ouvrir leurs droits, attendant de les obtenir pour s'occuper de leurs problèmes de santé.

Au contraire, les patients âgés, originaires d'Afrique subsaharienne ou du Maghreb, en situation irrégulière, et présentant au moins deux pathologies chroniques en cours (dont un

problème cardiovasculaire ou un diabète), qui nécessitaient un avis spécialisé, avaient tendance à consulter à la PASS tant qu'ils n'avaient pas d'autre prise en charge possible. Ceci concorde avec le fait que les personnes ayant des pathologies plus lourdes recourent aux soins de façon régulière autant que le nécessitent leurs maladies. La PASS joue donc bien son rôle de prise en charge médicale en attendant le passage au système de santé de droit commun.

Les patients en situation irrégulière (qui se trouvent être plus souvent originaires d'Afrique) utilisaient les services de santé sur le mode de l'urgence puisqu'ils ne pouvaient différer leur prise en charge à l'obtention des droits. De nombreux migrants développent des stratégies qui entraînent une utilisation irrationnelle des soins (services d'urgence ou centres de soins gratuits associatifs divers, automédication...) souvent pour des raisons financières ou législatives (situation irrégulière et grande précarité entre autres).^{6,43,60,61,69,72,81-83} Leurs conditions de vie précaires (errance, mal logement, perte de la temporalité...) s'accompagnent mal d'une inscription spatio-temporelle nécessaire à un parcours de soins classique.⁸

Les analyses selon les délais supposés de retour au droit commun ont montré une différence du rôle des caractéristiques selon le temps.

En effet, le retour précoce dans le système de santé de droit commun était surtout influencé par la précarité du logement (signifiant un cumul des situations précaires) tandis que, plus tard, intervenait essentiellement la notion de culture (via l'origine géographique).

Tôt, le frein au retour est donc le cumul des précarités. Ceci renvoie aux résultats d'une étude réalisée en 2003, où l'on voyait qu'un recours en médecine libérale était significativement plus rare si la personne n'avait pas de couverture sociale, si elle résidait en France depuis moins de 3 ans, et si son soutien social était faible. L'absence d'assurance maladie, une migration récente et un isolement social constituent donc, dans cette population, des obstacles à l'accès au système de santé de droit commun.¹² La mission d'accueil et d'« accrochage » des plus démunis propre à la PASS est donc bien remplie ; et l'on comprend que, pour ces personnes en grande précarité, aller vers un monde complexe et dans lequel ils n'ont pas de repères soit une démarche vécue comme une nouvelle rupture.

Le fait que les personnes en situation irrégulière retournent tôt dans le système commun s'explique de plusieurs façons : nous savons en effet que l'irrégularité de la situation est significativement liée au nombre de grossesses et à l'origine africaine, qui sont deux variables importantes expliquant le passage au système de santé de droit commun. Mais il est aussi important de noter que notre étude comporte un biais non négligeable : nous supposons

le retour au droit commun sur l'absence de consultations à la PASS. Or nous savons que ce public a recours aux soins de façon difficile : nous ne pouvons donc pas savoir si les personnes qui ne viennent plus à la PASS vont effectivement consulter ailleurs, ou bien s'ils ne consultent pas du tout. Nous savons, en effet, que les personnes en situation irrégulière ont plus de difficultés à aller consulter en médecine de ville, d'autant que les dernières études^{61,63,84} montraient un plus grand refus de la part des praticiens envers les patients ayant l'AME (dont relèvent les personnes en situation irrégulière, par rapport à ceux ayant la CMU (dont bénéficient les personnes en situation régulière).

De plus, si parfois la santé est un bien essentiel, il y a des préoccupations plus urgentes, plus vitales comme l'emploi et le logement⁸⁵, d'autant plus que l'on cumule les facteurs de précarité (comme le fait d'être en situation irrégulière et/ou SDF). Beaucoup de personnes disent ne pas être disposées à aborder les questions de santé, compte tenu de la prédominance des soucis les accablant qui repousse au second plan le souci de soi.^{61,78} Les migrants, et d'autant plus ceux en situation irrégulière, sont donc d'avantage préoccupés par d'autres problèmes que leur santé, ce qui interroge l'interprétation de ce résultat.

Plus tard, la grossesse a toujours été un facteur facilitant le retour au droit commun, ainsi que les prescriptions biologiques. Celles-ci étaient tout d'abord liées à la grossesse ; d'autre part, nous supposons que les résultats de ces prescriptions (que nous n'avons pas inclus dans notre recueil) pouvaient découvrir certaines pathologies (comme les maladies infectieuses) nécessitant une prise en charge spécialisée dans le droit commun.

Le fait que les femmes enceintes aillent plus facilement et plus rapidement dans le droit commun se comprend par rapport à la nécessité de pouvoir être suivies et d'accoucher dans une structure qui relève obligatoirement du système de santé de droit commun. C'est aussi une particularité de Hôtel-Dieu à Lyon qui possède une maternité ancienne, habituée à ce public, et avec qui la PASS est facilement en contact. Ce constat est en tous cas très positif, puisque l'obtention au début de la grossesse d'une couverture sociale faciliterait l'accès à un suivi correct.⁸⁶

Mais nous avons vu surtout apparaître avec le temps (à trois mois) puis se confirmer (à six mois) l'importance de l'origine géographique. Les Européens hors UE étaient plus à risque de retourner plus tard dans le droit commun à la différence des Africains (Maghreb et Afrique subsaharienne). Ceci peut s'expliquer avec la notion de « barrière de la langue » qui est souvent citée comme facteur limitant le recours à une médecine de ville.^{30,39,78} Une étude

faite sur les PASS en 2003 montrait en effet qu'un tiers des patients ne parlaient pas français.⁸⁵ Au-delà de la langue (qui n'est pas nécessairement parlée par les équipes soignantes), à la PASS, on « prend le temps » et on connaît mieux ce type de prises en charge face auxquelles les médecins du système commun sont souvent démunis.^{69,74}

Par ailleurs, les Africains sont caractérisés par leurs réseaux communautaires importants (liens familiaux, foyers de travailleurs), anciennement installés en France, qui fourniraient un logement aux nouveaux venus (d'où leur faible représentation dans les structures d'hébergement) ainsi que toutes sortes d'informations, en particulier concernant l'accès aux soins (notamment sur l'AME et les consultations précarité).

La situation des « Européens de l'Est » s'opposerait à celle des Africains, avec une absence de réseau communautaire d'accueil, qui s'expliquerait par le caractère récent de cette immigration et les oppositions entre les différentes communautés. Leur séjour en France est décrit avec des termes évoquant le chaos : la présence d'enfants (ils arrivent « par familles entières »), leur manque total de repère (ils ne parlent ni français, ni anglais, ne connaissent personne, « Ceux d'Europe de l'Est sont tout seuls. »), leur arrivée récente (depuis un an ou deux, « Tout est à construire, pour eux »), leur nombre important (l'expression d'« arrivée massive » revient régulièrement dans les discours). Ils seraient très nombreux dans les dispositifs d'accueil d'urgence, ne s'accompagnant pas les uns les autres vers l'accès aux soins.⁷

Mais ce rôle de l'origine géographique pose également la question de la « barrière culturelle ». Nous savons que les migrants consultent moins fréquemment et quand ils le font, ils ont moins souvent recours à la médecine de ville. Les études réalisées sur les populations d'Afrique subsaharienne montraient que les migrants résidant en France consultaient et se faisaient soigner dans les structures publiques, l'hôpital en premier lieu.⁶¹ Dans notre étude, ceci semblait faire écho à l'utilisation du système de soins qu'ils avaient dans leur pays, que cela soit chez les Africains qui voyaient en l'hôpital un lieu où l'on prodigue des soins de qualité, ou chez les patients originaires de l'Europe de l'Est où la médecine privée en cabinet n'existait tout simplement pas.

D'autre part, pour le Haut Comité de la Santé Publique, le problème de l'accès aux soins ne réside effectivement ni dans la rareté de l'offre, ni dans l'absence de prise en compte administrative, ni dans l'absence de possibilité de recours aux soins. Ce sont plutôt la complexité du système médicosocial et l'éclatement des caractéristiques des populations qui constituent autant d'obstacles pour le recours aux soins des populations défavorisées.⁸⁶ En

effet, au-delà de la seule demande de soins, accéder au système demande de comprendre le fonctionnement et de pouvoir s'y repérer seul, de comprendre la langue française, maîtriser son agenda afin d'être présent aux rendez-vous, d'avoir une hygiène de vie, et de placer sa santé comme une de ses priorités. Et ces inégalités d'accès aux soins ne se situent pas seulement du côté des personnes en difficulté, mais aussi au cœur même du référentiel culturel des intervenants sanitaires et sociaux chargés de les prendre en charge.

A six mois apparaissait aussi l'influence de l'âge : les jeunes étaient effectivement moins à risque d'utiliser longtemps la PASS, ce qui se comprend face à leur plus grande faculté d'adaptation. Les jeunes sont, par ailleurs, plus mobiles dans l'espace : il est fréquent qu'ils quittent le département, ce qui pourrait expliquer la fin de leur venue à la PASS. Cependant, de nombreuses études en France ont montré que les jeunes étaient une population particulièrement vulnérable^{69,78} : vont-ils effectivement consulter dans le système commun, ce qui serait une réussite pour la PASS ? Ou bien ne s'occupent-ils plus de leur santé ?

Il est intéressant également de noter que l'obtention rapide des droits, ayant pour conséquence une utilisation plus courte de la PASS, accélérât le retour au droit commun. Nous pouvons alors supposer que l'attachement relationnel est moindre du fait du temps réduit passé dans le service, ce qui expliquerait un départ de la PASS plus facile.⁶⁹

Nous devons également considérer les variables n'ayant pas eu d'influence sur le retour ou non au système de santé de droit commun.

Tout d'abord, les différentes pathologies n'avaient pas d'influence (elles entraînaient plutôt un plus grand recours aux soins tant que les droits n'étaient pas ouverts). Le sexe ne jouait également pas de rôle, ni le temps de présence en France. Ceci interroge d'ailleurs les actions d'insertion, car ce n'est pas parce que l'on est en France depuis plus longtemps qu'on en connaît mieux les codes et les règles. Les problèmes de compréhension sont enracinés plus profondément, et malheureusement, les actions actuelles ne s'appliquent pas à identifier quelles sont les représentations individuelles et culturelles de la santé et du corps propres aux personnes.^{69,85}

Enfin, nous devons être conscients de certains biais que comporte notre étude.

Premièrement, nous manquons de recul dans le temps de suivi des patients. Le Dr Duriez⁴⁴ estime à 24 mois le temps nécessaire pour devenir autonome dans sa démarche de santé. Lors des premiers temps de la fréquentation d'un centre humanitaire ou d'une PASS

hospitalière, nombre de patients vivent leur recours sur le mode de l'humiliation.⁷⁸ Demander à être soigné gratuitement représente à leurs yeux une épreuve dévalorisante si bien qu'ils tiennent à maintenir une certaine distanciation vis-à-vis des professionnels, et tendent à limiter leur recours aux soins. Les patients sont-ils retournés dans le système commun ? Ou bien ne consultent-ils pas du tout ? Reviendront-ils plus tard ?

Nous avons effectivement supposé le retour au droit commun sur l'absence de consultations à la PASS, ce qui constitue un autre biais. Ce public a recours aux soins de façon complexe, et il est difficile de savoir si les personnes qui ne viennent plus à la PASS ont réellement recours aux soins ailleurs ou s'ils n'ont plus recours aux soins du tout.

Enfin, nous avons plusieurs résultats qui sont à la limite de la significativité : l'inclusion d'un plus grand nombre de patients augmenterait la puissance de notre analyse.

Quitter la PASS pour aller dans le droit commun est un passage délicat. Cette étude met en avant l'importance de l'accompagnement individuel et collectif vers le système de santé de droit commun. D'une part, les professionnels de la PASS ont, bien sûr, un rôle conséquent à jouer, puisqu'ils doivent repérer les situations à risques que nous avons identifiées et agir en fonction de chaque cas particulier. Mais les pouvoirs publics ont également la responsabilité de faciliter l'usage du système de soin commun pour les personnes en situation précaire : il leur faut donc s'intéresser aux représentations culturelles et individuelles de cette population, et simplifier le système médicosocial actuel, puisque les barrières culturelles semblent être un facteur important.

Par ailleurs, ce problème de l'accès au système de soins après la PASS est une réalité souvent constatée, mais insuffisamment étudiée. D'autres recherches devraient se mettre en place afin de préciser les raisons profondes et la complexité des logiques qui sous-tendent cet accès aux soins, ce qui permettrait de compléter et préciser les mécanismes intervenants dans cette problématique.

IV ETUDE QUALITATIVE

1. Justification de l'étude, objectifs

Dans l'étude précédente (cf. chapitre III), certains facteurs liés au patient ont été identifiés comme expliquant l'utilisation prolongée de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Cependant, il n'existe pas d'informations ni sur les logiques inhérentes à cette utilisation de ce service, ni sur ce que peuvent exprimer les patients eux-mêmes et les professionnels de la PASS là-dessus. Dans la littérature, peu de données existent sur ce thème et les éléments avancés par les différents auteurs sur les raisons qui facilitent ou freinent le passage vers le système de santé de droit commun restent des hypothèses qui n'ont jamais été validées. Certains facteurs seraient rattachés au patient comme la barrière de la langue ou les difficultés financières ; d'autres concerneraient le système de santé, avec sa complexité rendant difficile sa compréhension et son utilisation.

Nous avons approché, dans l'étude précédente, les facteurs liés aux patients, mais les mécanismes expliquant ces facteurs restent mystérieux ; il nous a aussi semblé important d'étendre la recherche aux autres déterminants liés à la PASS et ceux liés au système de santé. Quelles sont les raisons exprimées par les patients pour expliquer la persistance de leur venue à la PASS ? Les professionnels ont-ils identifié des facteurs facilitants ou, au contraire freinants ? Comment vivent-ils, patients et professionnels, cette orientation vers une nouvelle structure ? Quelles sont les logiques tirées de l'expérience des patients et des professionnels et quels mécanismes interviennent dans ce parcours de soin ?

L'objectif général de notre étude est d'explorer quels sont les différents facteurs, exprimés par les patients et les professionnels, intervenant dans l'utilisation prolongée de la PASS et la difficile intégration dans le système de santé de droit commun. Les objectifs secondaires sont, d'une part, de décrire les représentations qu'ils ont de la PASS, celles qu'ils ont du système de santé de droit commun, le vécu de l'orientation à la fois par les soignants et les soignés, et d'autre part de comprendre leur rapport à la santé et à l'autre dans la relation médecin-malade.

Nous avons donc réalisé une étude descriptive transversale de type qualitative, avec la réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès des patients et auprès des professionnels de la PASS.

2. Matériel et méthodes

2.1 Recrutement de l'échantillon

Nous avons recruté deux types d'échantillons : un échantillon de patients de la PASS et un échantillon de professionnels de la PASS.

2.1.1 *Echantillon de patients*

Nous avons identifié au préalable les langues parlées par les médecins de la PASS, et avons choisi celles potentiellement utiles pour communiquer avec les patients consultant à la PASS de l'Hôtel-Dieu. Celles-ci étaient donc le français, l'anglais, l'allemand, et l'arménien grâce à un interprète.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Patient de plus de 18 ans,
- Patient consultant à la PASS auprès d'un médecin entre le 15 et le 26 octobre 2007,
- Patient continuant de consulter à la PASS plus de 6 mois après l'obtention de leurs droits sociaux,
- Patient avec qui la communication était possible en français, en allemand, en anglais ou en arménien,
- Patient étant disponible pour la réalisation de l'entretien le jour même de leur venue, avant ou après la consultation médicale.

Pour des raisons d'organisation, de disponibilité des locaux et de temps, la taille de l'échantillon de patients a été fixée à huit, ce qui permettait de couvrir l'ensemble de la population fréquentant la PASS.

Par ailleurs, nous avons préféré faire les entretiens le jour de leur venue en consultation, étant donnée la difficulté connue et compréhensible chez ces patients de l'organisation de rendez-vous.

2.1.2 *Echantillon de professionnels*

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Toute personne travaillant ou ayant travaillé au service de la PASS de l'Hôtel-Dieu depuis son ouverture en 2000 ;
- Toute personne travaillant en tant que médecin ou assistante sociale.

Il s'agissait donc d'un échantillon choisi à dessein, c'est à dire ciblant des personnes dont nous pensions qu'elles détenaient des informations qui aideraient à atteindre les buts de l'étude.

Etant donné la création récente de ce service, et la relative stabilité des professionnels y travaillant, nous avons donc sélectionné un échantillon exhaustif constitué de cinq médecins et d'une assistante sociale.

2.2 Mode d'accès à l'échantillon et présentation de l'étude

2.2.1 Echantillon de patients

Pour inclure les patients, nous avons utilisé le cahier des consultations médicales, puis nous avons cherché dans les dossiers médicaux et sociaux les dates d'entrée à la PASS et les dates d'obtention de droit que nous avons comparé à la date du jour de la consultation. Ceci nous a permis de déterminer le temps d'utilisation de la PASS depuis l'obtention de leurs droits.

L'accès se faisait ensuite dans la salle d'attente de la PASS. Nous leur avons demandé s'ils étaient d'accord pour participer à un entretien, soit en attendant la consultation (si le temps le permettait), soit immédiatement après celle-ci. Nous avons décidé de ne pas donner de rendez-vous aux patients devant la faible probabilité que ceux ci s'y tiennent.

L'accès aux patients a parfois été accompagné par l'assistante sociale, ou par le médecin, afin de rassurer les patients. Les professionnels travaillant les jours de l'enquête étaient effectivement prévenus des personnes que nous avions ciblées, afin qu'ils puissent faciliter la prise de contact.

L'entretien était présenté comme une étude sur le service de la PASS ayant pour but d'améliorer son utilisation. Il était annoncé que l'entretien durerait environ 45 minutes, temps minimum requis pour la réalisation d'entretiens en sciences sociales. Nous expliquions au patient qu'il avait été choisi car il connaissait bien ce service. Nous lui expliquions également que l'anonymat serait garanti.

Nous étions habillée en civil et nous nous sommes présentée comme une étudiante faisant un travail sur la PASS. Nous ne voulions effectivement pas mettre en avant notre rôle de médecin, afin d'éviter l'instauration d'un dialogue de malade à médecin, où le médecin est sensé détenir la connaissance (alors que la connaissance que nous voulions recueillir était justement celle du patient), et où on le sollicite en tant que soignant (à qui l'on raconte ses problèmes de santé).

2.2.2 *Echantillon de professionnels*

L'accès s'est fait assez facilement pour les cinq d'entre eux travaillant encore à la PASS, puisque travaillant dans le même bâtiment, nous nous croisions souvent, et nous avons ainsi fixé un rendez-vous pour l'entretien. Pour le médecin travaillant à l'extérieur, nous avons convenu d'un rendez-vous dans son cabinet.

Le sujet de l'étude était connu en partie par les professionnels travaillant à la PASS, puisque les résultats de l'étude quantitative leur avaient été communiqués par écrit, et qu'une présentation succincte était faite lors de la demande de rendez-vous pour l'entretien. Nous leur disions alors que nous voulions connaître leur avis sur la question de l'utilisation prolongée de la PASS et sur l'intégration dans le système de santé de droit commun.

2.3 Données recueillies lors des entretiens

2.3.1 *Entretiens avec les patients*

Les entretiens se sont déroulés dans un bureau du service, disponible à ces moments là, un peu à l'écart afin de ne pas être dérangé.

Au début de l'entretien, il était demandé au patient s'il était d'accord pour que nous enregistrions l'entretien au moyen d'un dictaphone numérique OLYMPUS® VN-480 PC *digital voice recorder*, tout en précisant que l'anonymat serait respecté.

Un interprète parlant l'arménien était présent les matinées où consultait le médecin d'origine arménienne, afin de rendre possible les entretiens auprès de ses patients.

Le guide d'entretien [annexe II] pour les patients comportait six grandes thématiques, à savoir :

- Comment ils avaient connu la PASS, depuis combien de temps ils y venaient ;
- Le rôle qu'ils attribuaient à la PASS, les représentations qu'ils en avaient, ce qu'ils y appréciaient ou pas ;
- Ce qu'ils connaissaient de leurs droits en matière de santé, ce que leur permettait l'AME ou la CMU ;
- Leurs connaissances, via leur expérience personnelle ou à travers celle de leur entourage, des lieux de soins en dehors de la PASS ; ce qui leur a plu ou non, leurs représentations de ces lieux ;

- Leurs habitudes d'utilisation du système de santé, notamment lorsqu'ils étaient dans leur pays d'origine ;
- La façon dont ils envisageaient la prise en charge de leur santé dans l'avenir.

2.3.2 Entretiens avec les professionnels

Les entretiens auprès des professionnels ont été réalisés dans leur propre bureau de consultation ou dans le bureau réservé pour l'étude. Ils ont été enregistrés, après accord, au moyen d'un dictaphone numérique OLYMPUS® VN-480 PC *digital voice recorder*.

Le guide d'entretien [annexe III] ayant aidé à la réalisation de ceux-ci comportait six grandes thématiques, après avoir abordé, comme prise de contact, leur parcours personnel :

- Les différentes missions qu'ils attribuaient à la PASS, leur représentation de ce service, la question de l'intégration dans le système de santé de droit commun ;
- Les éléments favorisant ou, au contraire, freinant l'intégration dans ce système ;
- Les critères utilisés pour décider de l'orientation des patients vers le système de santé de droit commun ;
- Comment se faisait l'orientation en pratique ;
- Face à quelles difficultés, en tant que médecin, ils faisaient face ;
- Les éventuelles solutions qu'ils proposeraient pour améliorer cette intégration dans le système de santé de droit commun.

2.4 Analyse des résultats

Nous avons réalisé une analyse qualitative des données issues des entretiens. Dans un premier temps, les entretiens ont été tous retranscrits intégralement par écrit.

Nous avons choisi, pour préserver leur anonymat, de ne pas joindre les transcriptions des entretiens faits auprès des professionnels. D'autre part, nous avons préféré ne pas faire figurer celles des patients, qui restent toutefois à la disposition des chercheurs qui en feraient la demande.

Ensuite, nous avons procédé à une première phase de lecture flottante, qui nous a permis de nous familiariser avec notre support.

Puis, nous avons découpé les entretiens en les classant selon différentes catégories de réponses similaires. Ces catégories ont été désignées par induction d'après les questions que nous avons abordées suivant les guides [Annexe II et III], pendant l'entretien. Nous avons

appliqué ensuite la technique d'analyse de contenu, en nous intéressant au poids relatif de chaque thème.

Enfin, nous avons mis en perspective les contenus des différents thèmes, afin de faire une analyse transversale, et de comparer les données des différents entretiens entre elles.

Pour relater les récits des entretiens, nous avons choisi d'utiliser la troisième personne du singulier à l'imparfait, afin de conserver la phraséologie et d'être ainsi fidèle à ce qui a été exprimé.

2.5 Méthodologie de recherche bibliographique

Tout au long de notre travail, nous avons complété la recherche bibliographique initiée dans notre première étude (cf. p 36) . De nouveaux mots-clés ont été définis selon les éléments nouveaux apparaissant tout au long de notre étude, comme notamment « Relation médecin-malade ».

2.6 Aspects éthiques

L'étude ne portant pas sur l'expérimentation du corps humain et n'entrant pas dans le champ d'application de la loi sur la recherche biomédicale, seul le consentement oral des patients et des professionnels a été demandé. La confidentialité des données a été possible grâce à l'attribution d'un code à chaque entretien réalisé, rendant ainsi les entretiens anonymes.

3. Résultats

3.1 Entretiens avec les patients

3.1.1 Données générales

Dix entretiens ont été réalisés auprès des patients. [Tableau VI]. Tous ont été réalisés le jour même de leur venue en consultation à la PASS, dans le bureau du service dégagé à cet effet. Parmi ceux-ci, deux ont été réalisés en allemand et deux ont été fait en présence d'un interprète traduisant l'arménien. Le reste des entretiens a été réalisé en français.

Deux personnes ont été exclues, l'une n'ayant pas de temps disponible pour l'entretien, l'autre car aucune langue ne nous était commune.

Malgré le fait que la durée annoncée des entretiens était de 45 minutes, un entretien a duré moins de vingt minutes car la personne interviewée était attendue de façon pressante par

son mari à l'extérieur. Un autre n'a duré que 29 minutes car la communication était difficile. La durée des entretiens s'étendait donc de 17 minutes à 1 heure et 12 minutes. La durée moyenne, ainsi que la médiane des entretiens étaient de 46 minutes.

L'enregistrement d'un des entretiens a été malencontreusement effacé, mais des notes ont été immédiatement prises afin de garder les éléments essentiels de l'entretien.

Tous les entretiens (excepté en présence de l'interprète) ont été réalisés avec l'interviewer et l'interviewé seuls, sauf pour un entretien, où la fille et la petite fille de la personne interviewée étaient présentes.

3.1.2 Caractéristiques des personnes interrogées

Quatre des personnes interrogées étaient des hommes, six étaient des femmes. Toutes les personnes interrogées étaient étrangères. Deux étaient originaires des pays d'Europe de l'Est, deux étaient d'origine arménienne, et six étaient originaires d'Afrique subsaharienne. L'âge moyen des personnes interrogées était de 49 ans, avec une médiane à 52,5 ans. Le temps de séjour moyen en France, quand nous le connaissions, était de 2 ans. La durée moyenne de venue à la PASS était de 2 ans. Le type de couverture sociale actuelle qu'ils avaient était majoritairement la CMU (8 sur 10). [Tableau VI].

Tableau VI. Caractéristiques de l'échantillon de patients.

<i>Identification</i>	<i>Age</i>	<i>Sexe</i>	<i>Origine</i>	<i>Durée à la PASS</i>	<i>Couverture sociale</i>	<i>Autres</i>	<i>Temps de l'entretien (minutes)</i>
A	51	M	Kosovo	2,5 ans	CMU	-	29
B	34	F	Cameroun	2 ans	AME	4 ans en France	18
C	67	M	Arménie	3,5 ans	CMU	3,5 ans en France	46
D	54	M	Cameroun	5 ans	AME puis CMU	classe sociale élevée dans son pays	50
E	39	F	Kosovo	1,5 an	CMU	-	68
F	59	F	Cameroun	13 mois	AME puis CMU	1,5 an en France	~40
G	26	M	RCA	9 mois	CMU	1 an en France	47
H	54	F	Arménie	2 ans	CMU puis AME	2 ans en France	72
I	45	F	Cameroun	7 mois	AME	8 mois en France	46
J	64	F	Cameroun	1,5 an	CMU	infirmière, 2 ans en France	41

3.1.3 *Récit des entretiens*

3.1.3.1. Monsieur A

L'entretien avec M. A s'est fait dans des conditions assez difficiles, puisqu'il s'est fait en allemand, langue qui nous était étrangère à tous les deux. Il y a donc eu beaucoup de moments d'incompréhension, même s'il semblait content de pouvoir s'exprimer et être écouté par quelqu'un.

Lors de cet entretien, M. A a mis en avant ses problèmes de santé que seul son médecin semblait connaître et bien soigner. Le fait que son médecin comprenne ce qu'il dise était très important pour lui. Par ailleurs, il se présentait comme quelqu'un d'ignorant, qui n'a pas fait d'études et qui n'a donc pas de connaissance. Ses problèmes de logement lui tenaient beaucoup à coeur.

Lors de l'analyse thématique, nous avons tout d'abord retenu le devoir qu'il se faisait de venir à la PASS par rapport à ses pathologies. Il venait à la PASS car il était très attaché au médecin qui le suit, le comprend, et le soigne bien. Il aurait aimé que la PASS l'aide à trouver un logement, ce que ne permettait pas la carte vitale. Il ne voyait pas pourquoi il irait ailleurs. Il avait déjà été aux urgences d'un autre hôpital où il avait beaucoup attendu, et où on ne l'avait pas examiné. Quand le médecin de la PASS n'était pas là, il consultait au Service Médical d'Accueil jouxtant la PASS. Dans son pays, il avait l'habitude d'aller en cabinet de ville, ou à l'hôpital, mais ce n'était pas comme ici. Dans l'avenir, il envisagerait de venir toujours ici.

3.1.3.2. Madame B

L'entretien avec Mme B a été réalisé dans des conditions particulières : en effet, la patiente n'était, initialement, pas très motivée pour faire l'entretien ; elle s'est laissée convaincre par un des professionnels. Cependant, son mari, qui était pressé et l'attendait dehors, a téléphoné trois fois pendant l'entretien, et la patiente a dû partir bien avant le temps initialement prévu.

Lors de la lecture flottante, le rôle aidant mais parfois malveillant de sa communauté a été d'abord noté. Pour elle, le seul lieu où elle pouvait venir demander quelque chose avec confiance, c'était la PASS. Elle était fidèle au médecin qui la connaissait et la suivait, et donc n'avait pas très envie d'aller voir un autre médecin. D'autant qu'elle avait eu une mauvaise expérience dans un cabinet de radiographie qui avait refusé de la prendre en charge avec son

AME. Elle se présentait comme quelqu'un qui ne sait rien, ne connaît rien, et ne possède rien. Elle semblait construire son identité en se démarquant de ses compatriotes, ainsi qu'en faisant certains choix, comme pour sa santé.

Initialement, la PASS représentait le lieu où l'on s'occupait des papiers pour la santé. Maintenant, elle y venait pour ses problèmes de santé, parce qu'elle y était agréablement reçue et qu'elle était habituée à venir ici. Elle faisait confiance aux personnes qui y travaillaient pour la renseigner et l'aider, car elle-même ne savait pas grand chose et était assez isolée. Elle savait approximativement que les papiers lui permettaient de se soigner. En dehors de la PASS, elle trouvait cela compliqué de prendre des rendez-vous et de devoir attendre le lendemain ; par ailleurs, il lui était arrivé d'attendre longtemps aux urgences pédiatriques pour sa fille, et elle s'était vue refuser la prise en charge AME pour une échographie, ce qui l'obligeait maintenant à prévenir qu'elle avait l'AME. Dans son pays, ce n'était pas comme en France, et elle allait à l'hôpital directement. Elle préférerait continuer de venir à la PASS, sauf si le médecin le lui demandait, mais elle risquait quand même de faire la sourde oreille.

3.1.3.3. Monsieur C

L'entretien avec M. C s'est réalisé en présence d'un interprète. Cela s'est bien passé, même si ce type d'entretien est plus difficile car demandant plus d'attention et rythmé différemment. M. C avait l'air parfois agacé des questions, mais il est resté très poli.

Les premières impressions de l'entretien ont été l'importance du fait que sa langue et sa culture soient partagées par le médecin, tout autant que le fait que celui-ci travaille dans un hôpital. Il connaissait la règle de la PASS demandant aux patients ayant reçu leurs droits de « partir », mais il a supplié le médecin de continuer de le prendre en charge, car il avait un bon contact et était habitué à ce médecin, d'autant plus que c'était proche géographiquement de chez lui.

Lors de l'analyse, il est ressorti que M. C était venu car on lui avait parlé du médecin qui était de sa culture, alors qu'il avait justement de gros problèmes de santé. Ce qui lui plaisait à la PASS était la proximité, le fait que cela soit l'hôpital, qu'il puisse communiquer avec son médecin, qui était compétent, le connaissait bien et le suivait. Il appréciait l'accueil de l'équipe, se sentait comme chez lui dans ce service et y était habitué. Il a donc demandé au médecin d'être son médecin de famille, même s'il savait qu'il devait choisir un médecin généraliste en ville. Toute sa famille venait donc se faire suivre à la PASS. Pour lui, la carte

vitale servait surtout à payer les soins, et portait des informations médicales. Mais il reconnaissait être un peu perdu dans tous ses papiers. Il avait déjà été voir un médecin généraliste en ville qu'il n'avait pas trouvé aussi compétent que celui de la PASS, ce qui était évident puisque ce n'était pas l'hôpital. Par ailleurs, il connaissait le service de cardiologie où il allait régulièrement faire des bilans, et où ça se passait bien. En Arménie, d'une part, il n'était pas vraiment malade, et quand il l'était, il se rendait, comme tout le monde, au grand hôpital public. Il continuerait à l'avenir à consulter à la PASS, même si son médecin partait, car même si celui qui le remplacerait ne parlait que français, il pourrait désormais communiquer avec lui.

3.1.3.4. Monsieur D

L'entretien avec M. D s'est très bien passé. Le patient, qui m'avait été présenté comme quelqu'un de très sympathique, s'est rapidement senti à l'aise, et la communication a donc été facile.

La première chose marquante de l'entretien a été son fort attachement à l'Hôtel-Dieu, où plusieurs médecins le prennent en charge, le connaissent très bien. Il semblait être reconnu comme une personne particulière à la PASS (ce que nous avons remarqué lors de son entrée dans le service où toute l'équipe l'a accueilli chaleureusement), à la différence de ce qu'il connaissait dans sa vie de tous les jours. Il se retrouvait, en effet, à faire des « petits boulots », alors qu'il avait une bonne situation dans son pays. Il était estimé en tant que personne agréable, polie, qui faisait des efforts pour sa santé et respectait les règles. Il connaissait d'ailleurs bien les différentes règles imposées par la sécurité sociale, et semblait les utiliser à son avantage. Il avait un médecin généraliste qu'il n'allait voir que pour les petits problèmes. D'ailleurs, le médecin de la PASS jouait le rôle du médecin de famille connaissant bien tous ses enfants, et les encourageant dans leurs choix professionnels. Il ne pensait pas quitter la PASS car il pensait que c'était important pour sa vie, et qu'il était important de « s'accrocher » là où il se sentait bien.

Dans l'analyse thématique, il a été observé que M. D était arrivé à la PASS via Médecins du Monde, vers qui ses amis l'avaient orienté puisqu'il venait en France en tant que « grand malade ». Pour lui, c'était une chance qu'il avait eue d'être « tombé sur la famille PASS », qui l'avait immédiatement bien accueilli, ce qui contribuait à l'amélioration de sa santé. Il était considéré dans ce lieu comme quelqu'un de respectueux et gentil. Concernant sa santé, il ne voulait pas « diversifier » les médecins qui le soignaient, afin que ceux qui le

suivent le connaissent bien, facilitant ainsi sa prise en charge. Le service était une sorte de famille pour lui, et il était très attaché à son médecin qui lui donnait toutes sortes de conseils. Ce qu'il trouvait ici était très important pour sa vie. Il avait compris qu'il devait choisir un médecin traitant, au regard de la loi, pour gérer les petits problèmes. Pour lui, c'était le médecin de la PASS qui gérait ses grosses pathologies, en lien avec les spécialistes de l'hôpital vers qui le relais était facilement fait. Il connaissait bien les règles de soins imposées par la sécurité sociale. En dehors de la PASS, il allait donc de temps en temps chez son médecin généraliste, pour les petits problèmes et allait voir sans appréhension les médecins spécialistes à l'hôpital. Il lui arrivait d'aller directement voir le pharmacien pour les petites choses, mais il n'envisageait surtout pas d'aller dans un laboratoire de ville. Dans son pays, les médecins ne travaillaient pas de la même façon, faisant peu d'investigations, faute de moyens. L'hôpital public était surchargé, et les pauvres s'y rendaient essentiellement. Quant à lui, il avait eu un médecin spécialiste qui l'avait suivi en cabinet, avait fait appel à des camarades médecins, ou bien il s'était rendu à l'infirmerie de son entreprise pour les petits problèmes. En France, toute sa famille se rendait chez le médecin généraliste. Dans l'avenir, se disant à la fois très attaché au médecin de la PASS ainsi qu'au service en particulier, il continuerait donc de venir à la PASS.

3.1.3.5. Madame E

L'entretien avec Mme E a été réalisé en allemand, langue que la patiente maîtrisait bien. Au début, la patiente a accepté de faire l'entretien, mais a tout de suite mis en avant ses problèmes de langue. La particularité de l'entretien, c'est qu'il a eu lieu immédiatement après que le médecin lui a parlé pour la troisième fois de la nécessité d'aller ailleurs qu'à la PASS, ce que la patiente a vécu comme un abandon, un rejet. Elle ne le comprenait pas et ne voyait pas de solutions, puisqu'elle ne parlait pas encore la langue française. De plus, elle trouvait ce service pratique puisque tous les différents services y étaient groupés, et était très attachée au médecin de la PASS.

Elle avait connu le service via Forum Réfugiés, et savait qu'un médecin parlait allemand. Il était très important pour elle de pouvoir ici communiquer avec son médecin. De plus, elle connaissait maintenant bien ce service, y était connue au niveau de ses pathologies, de son histoire, et y avait tout un dossier. Elle était aussi très attachée au médecin, qui la connaissait bien, et qui était un bon médecin. Le fonctionnement du service était facile pour elle ; même si elle ne comprenait pas la langue : elle avait ses repères et savait ce qu'elle

devait faire pour pouvoir consulter le médecin. Elle appréciait également beaucoup l'accès possible, facile et dans un même lieu, aux examens complémentaires et aux spécialistes, sans devoir faire des démarches qui lui semblaient compliquées sans parler français. Elle savait que la CMU donnait accès aux consultations médicales, et qu'elle devait déclarer un médecin traitant, ce qu'elle n'avait pas fait. En dehors de la PASS, elle sollicitait beaucoup Forum Réfugiés qui semblait être un repère important pour elle. Elle était déjà allée consulter un autre médecin dans un cabinet, mais elle ne s'était pas sentie bien prise en charge, car ce dernier ne l'ayant pas examiné et n'ayant pas pris son temps. Elle craignait de ne pas pouvoir communiquer avec son médecin, et de perdre beaucoup d'énergie à prendre les rendez-vous avec les spécialistes, tout ça pour se retrouver encore à l'hôpital. Elle appréhendait aussi le fait de devoir encore raconter sa douloureuse histoire à une nouvelle personne. Ses enfants, qui parlaient bien le français, allaient consulter un médecin en ville. Elle-même, lorsqu'elle était en Allemagne, était allée chez un médecin de ville, de sa propre initiative, une fois qu'elle s'était sentie capable, notamment grâce à sa connaissance de l'allemand, de quitter l'hôpital. Dans l'avenir proche, elle avait choisi de venir voir le médecin du Service Médical d'Accueil, qui parlait bien l'allemand et qui avait accès à tout son dossier. Plus tard, lorsqu'elle parlerait le français, elle envisageait peut-être de prendre un médecin près de chez elle qui puisse la recevoir rapidement. Mais elle continuerait peut-être de venir à l'hôpital, car ce qui l'importait, c'était de consulter un médecin sympathique qu'elle connaisse.

Lors de cet entretien, nous avons remarqué que la patiente renvoyait l'image d'une personne marquée par son histoire, ne se sentant pas capable de certaines choses, et ayant besoin de quelqu'un qui prenne soin d'elle. Elle semblait aussi s'affirmer dans le refus de partir de la PASS et de changer de médecin.

3.1.3.6. Madame F

L'entretien avec Mme F a été réalisé en présence de sa fille, qui l'aidait pour traduire ce qu'elle ne comprenait pas, et de sa petite fille de 5 ans. Cette dernière n'a pas trop fait diversion et a plutôt créé un cadre familial rassurant. La fille de Mme F semblait jouer le rôle d'interface entre Mme F et le monde, celle-ci semblant parfois être ailleurs. L'enregistrement a malencontreusement été effacé, mais des notes ont été rapidement prises afin de retranscrire l'essentiel de l'entretien.

Elle était venue initialement à la PASS parce qu'elle n'avait pas de couverture sociale ; elle avait tout de suite été prise en charge par le médecin à qui elle était très attachée.

Elle s'y sentait bien soignée, bien accueillie et bien suivie. Elle avait aussi un médecin traitant, mais le médecin de la PASS était, d'après elle, plus compétent, car les traitements prescrits marchaient mieux. Le médecin traitant était gentil, mais il ne la soignait pas si bien qu'à la PASS. Elle était aussi accompagnée par l'assistante sociale de la PASS pour ses problèmes administratifs. Elle avait compris que les papiers de sécurité sociale lui permettaient de ne pas payer les médicaments. En dehors de son médecin traitant, qu'elle allait voir en cas de besoin pressant, elle avait eu une mauvaise expérience au service d'accueil des urgences d'un hôpital où elle avait attendu pendant des heures sur un brancard. Dans son pays, elle avait un médecin de quartier qui s'occupait d'elle, sauf si elle avait besoin de se rendre directement à l'hôpital. En France, sa famille allait chez le même médecin traitant qu'elle. Dans l'avenir, elle s'imaginerait venir tout le temps à la PASS, car elle y était entièrement satisfaite des soins et du service rendu. D'ailleurs, lorsque le médecin de la PASS lui avait parlé de consulter ailleurs, elle avait fait mine de ne pas comprendre, et avait dit ensuite à sa fille qu'elle ne voulait pas quitter le service.

3.1.3.7. Monsieur G

L'entretien avec M. G s'est bien passé. Le médecin l'ayant vu avant notre entretien, il lui a alors parlé de nouveau de l'orientation vers la médecine de ville.

Lors de la première lecture, nous avons retenu l'importance et l'attachement qu'il accordait à l'assistante sociale. Il appréciait également la facilité d'utilisation de la PASS, à la différence de la complexité des nombreux papiers qu'il recevait de la sécurité sociale et qu'il déchiffrait avec difficultés. Cependant, il trouvait les règles justes, tant qu'il pouvait les adapter à sa situation : pouvoir venir dans n'importe quel hôpital et de choisir, comme tout le monde, un médecin traitant, qu'il aimerait prendre à la PASS.

Lors de l'analyse thématique, il est ressorti que M. G avait été envoyé à la PASS par Forum Réfugiés, pour ses problèmes de santé. Il y allait pour cela et était bien aidé au niveau social. Les gens y travaillant faisaient leur travail sérieusement. Il s'y trouvait bien accueilli et conseillé, et l'organisation de ce service lui convenait, même s'il ne semblait pas la maîtriser complètement, ignorant les jours spécifiques de consultation de son médecin. Concernant ses droits et devoirs en matière de santé, il les comprenait partiellement, puisqu'il tentait de lire les formulaires, qui lui paraissaient quand même bien obscurs. Il savait qu'il devrait choisir un médecin traitant, et que la CMU lui donnait accès aux hôpitaux, et aux médicaments. En dehors de la PASS, Forum Réfugiés l'aidait beaucoup, au niveau social et pour ses papiers de

sécurité sociale. Il aimerait beaucoup avoir, comme tout le monde, un médecin traitant, mais il n'était encore jamais allé en voir un. Il avait parfois accompagné des amis dans d'autres hôpitaux et ils avaient dû attendre longtemps. Dans son pays, il ne faisait pas confiance aux médecins de quartier et leur médecine traditionnelle. Il allait directement à l'hôpital communautaire, où allait aussi sa famille, et où travaillaient des médecins compétents. Pour l'avenir, il préférerait « obéir » à la loi, car il comprenait que c'était mieux de prendre un médecin traitant. Il le revendiquait comme le droit de tout un chacun. Il aurait seulement aimé en trouver un ici, à l'Hôtel-Dieu, car il s'y sentait bien.

3.1.3.8. Madame H

L'entretien s'est fait en présence d'un interprète traduisant l'arménien. D'emblée, nous avons mesuré le lien les unissant, elle et son mari, au médecin de la PASS : ce dernier, ainsi que l'équipe, m'avaient prévenu qu'elle accepterait de faire l'entretien à la seule condition que le médecin lui demande. Pendant l'entretien, la patiente, qui maniait joliment la langue arménienne, a parfois bien compris le français, et a répondu alors directement aux questions que nous lui avons posées.

Lors de la première lecture, nous avons remarqué qu'elle était très attachée au médecin, dont elle avait entendu du bien avant de venir, et qu'elle refusait de quitter pour aller voir quelqu'un d'autre. Celui-ci faisait le relais vers les autres spécialistes qui s'occupaient d'elle, et avait guéri son mari. Par ailleurs, elle et son mari avaient eu de mauvaises expériences en dehors de la PASS, au centre de santé dentaire, ou bien au laboratoire de ville. Ils semblaient donc tout faire (ce qui demandait une organisation parfois compliquée) pour venir voir le médecin de la PASS, dont ils faisaient la promotion aux personnes nouvellement venues qu'ils rencontraient.

Lors de l'analyse thématique, il est ressorti tout d'abord que Mme H et son mari étaient venus à la PASS car ils avaient entendu parler de ce médecin arménien, qui avait une bonne réputation. Ils étaient donc venus le voir dès leur arrivée, et étaient, de ce fait très attachés à lui. Elle le trouvait très compétent, capable de bons soins, répondant de façon juste aux questions qu'elle se posait, résolvant leurs problèmes, et l'adressant chez le spécialiste si besoin. Il savait ce qu'il leur fallait, et s'occupait plutôt des gros problèmes de santé. Elle se sentait très bien à la PASS, d'autant que le service était très accueillant. Elle appréciait aussi beaucoup l'aide apportée par l'assistante sociale, qui leur permettait, en lien avec leur santé, d'améliorer leur situation par rapport au logement. Ils n'avaient pas prêté attention aux

explications du médecin lorsqu'il les avait orientés ailleurs, et étaient plutôt prêts à faire beaucoup d'efforts pour continuer à venir le voir.

3.1.3.9. Madame I

L'entretien avec Mme I a été réalisé avec difficultés, car la patiente a été très méfiante pendant tout l'entretien, refusant de développer les réponses. Son humeur était cependant labile car elle pouvait être très sympathique par moments.

La première lecture a relevé les nombreux refus qu'elle exprimait, et par lesquels elle semblait s'affirmer et s'imposer face à son interlocuteur. Elle semblait très liée à l'hôpital, aux lieux et aux personnes en général. Elle se présentait comme quelqu'un qui se faisait guider, accompagner, ignorant beaucoup de choses et incapable d'agir, à la différence des autres, notamment du médecin, détenteur du savoir et tout puissant. Ce dernier était bienveillant, donc elle lui accordait toute sa confiance.

Elle avait connu la PASS car elle se devait de connaître l'hôpital, du fait de la priorité qu'elle donnait à sa santé. Lorsqu'elle est arrivée, elle était très mal, et maintenant, elle disait aller mieux. L'accueil, l'aide, et les bons soins du service y étaient pour quelque chose. Elle disait se sentir bien à la PASS, qui était un repère important pour elle. On ne l'avait jamais repoussée et on lui avait plutôt annoncé de bonnes nouvelles (concernant les papiers de sécurité sociale). Elle était très fidèle au médecin qui la connaissait, savait ce qui était bon pour elle et avait découvert tout ce dont elle souffrait. Il était donc, de ce fait, « spécialiste » pour elle. L'assurance maladie lui permettait d'aller à l'hôpital, de consulter les médecins et de se procurer les médicaments, ainsi que de faire venir l'infirmière à domicile, avec qui tout s'était d'ailleurs bien passé. Elle n'était jamais allée consulter un médecin en ville, d'une part parce qu'elle voulait rester fidèle à celui qui la suivait, d'autre part car elle avait peur de ne pas y trouver de soignants aussi attentifs qu'à la PASS : elle ne voyait donc pas ce qu'elle irait faire ailleurs, d'autant qu'on ne l'y avait pas envoyée. Dans son pays, elle avait aussi eu l'habitude d'aller à l'hôpital, où travaillaient les vrais médecins, tandis que les soignants du quartier n'étaient pas diplômés et faisaient plus de mal que de bien. Elle avait aussi eu un médecin attitré avec qui elle avait un lien fort, puisqu'elle l'avait appelé parfois en pleine nuit. A l'avenir, elle voudrait rester à la PASS, et consulter le même médecin, sauf si celui-ci part, auquel cas elle en prendrait un autre à la PASS. Elle espérait aussi que la PASS allait pouvoir

l'aider dans d'autres domaines que la santé (des choses administratives), et faisait confiance « au Seigneur » pour l'aider.

3.1.3.10. Madame J

L'entretien avec Mme J s'est passé dans une atmosphère sereine, même si la patiente était un peu pressée sur la fin, car elle avait un rendez-vous.

Mme J avait un médecin généraliste en ville et disait être venue le jour où nous avons fait l'entretien « par erreur » car elle savait qu'elle n'aurait pas dû continuer à venir, comme le médecin le lui avait expliqué. Dans l'entretien, nous avons remarqué la nécessaire organisation temporelle dont elle faisait preuve afin de consulter les personnes adéquates. Elle préférait le fonctionnement sans rendez-vous. Elle se présentait également comme quelqu'un qui était acteur de ses soins, et qui comprenait les règles d'organisation du système de santé français.

L'analyse par thèmes a montré que Mme J avait connu la PASS par Médecins du Monde, vers qui elle avait été orientée pour ses problèmes de santé. La PASS était, pour elle, un service d'Etat, où l'on était très bien accueilli et où les personnes étaient attachantes, dévouées, gentilles. On avait pu alors l'envoyer vers des spécialistes pour ses pathologies, et s'occuper d'elle intégralement. Récemment, le médecin lui avait expliqué qu'elle devait voir son médecin généraliste, puisque seuls les patients sans droits venaient à la PASS, ce qu'elle a bien compris : elle-même en ayant bénéficié, elle devait laisser la place aux autres. Cependant, elle était quand même revenue, au moins le jour où nous avons réalisé l'entretien, mais elle ne savait plus pourquoi. Elle avait compris, sans qu'on lui explique, que les papiers de sécurité sociale lui permettaient d'aller en dehors de l'hôpital. En dehors de la PASS, elle avait eu une mauvaise expérience chez un spécialiste à l'hôpital, qui l'avait déçue. D'autre part, elle avait été orientée vers un médecin généraliste de ville par le spécialiste qui voulait un suivi plus régulier et rapproché, ce qu'elle a tout à fait compris : elle se rendait compte que son généraliste était plus facile d'accès et recevait sans rendez-vous. Même s'il semblait moins compétent que les médecins de l'hôpital, elle y était attachée. Dans son pays, les choses étaient organisées différemment, puisqu'on n'allait pas voir de médecin de quartier, on allait directement à l'hôpital de district. Elle avait quand même quitté son pays parce qu'on ne la soignait pas correctement. Dans l'avenir, elle s'imaginerait bien continuer d'aller voir son médecin généraliste, sans venir à la PASS.

3.1.4 Analyse par thème

3.1.4.1. Contexte et modalités de venue à la PASS

Initialement, c'étaient les problèmes de santé qui les avaient fait consulter à la PASS. Mme J était d'ailleurs venue en France car elle n'avait pas les moyens de s'occuper de ses problèmes de santé dans son pays, tandis que M. D est arrivé « comme grand malade » en France. Pour certains, l'aide administrative, que cela soit pour l'assurance maladie ou pour un logement, était le but de leur venue à la PASS. Dans tous les cas, les personnes s'étaient rendues à la PASS car elles y avaient été guidées, que cela soit par des amis ou des compatriotes, ou grâce à diverses associations qui les prenaient en charge. Avant même de venir, certaines choses leur avaient déjà plu : l'image de l'hôpital soignant les pathologies sérieuses, le fait que certains médecins parlent une langue qu'ils comprenaient, ou encore la réputation de tel ou tel médecin.

Pour un problème de santé

- « Warum ja kommen hier, ich bin krank » (A) [*Pourquoi je suis venu ci, je suis malade.*]
- « Je suis arrivé ici comme grand malade » (D)
- « Jetzt ich hab schmerzen »(E) [*Maintenant j'ai des douleurs.*]
- « Lorsque je suis malade, on m'a dit que voilà, si... y a une place pour les soins à l'Hôtel-Dieu » (G)
- « Je me sentais très mal » (H)
- « J'étais malade ...je souffrais » (J)

Pour un problème administratif

- « On cherche un lieu de logement » (H)
- « Il faut passer ici peut-être pour faire l'aide médicale » (B)
- « On lui a dit que comme elle n'avait pas la Sécu, qu'elle vienne ici » (F)

Aidé par un réseau

-d'amis, de compatriotes

- « Ma fille s'est renseignée, ma fille. Elle s'est renseignée auprès de ses copines qui sont déjà ici » (J)
- « Il y a d'autres black comme toi. Tu vas entendre, faut...est-ce que tu as déjà fait tel truc ? » (B)
- « Tu es chez les gens, tu te renseignes » (I)
- « Des amis ici à Lyon et en France qui m'ont dit » (D)

-organisations diverses

- « Au service catholique, il y a une liste » (C)
- « Ceux qui travaillent à SSAE ont demandé un médecin pour diminuer les douleurs, ils ont parlé de cet

hôpital »(H)

« J'ai d'abord été à Médecins du Monde quelque chose comme ça » (D)

« Quand je suis arrivée, elle m'a amené...à le...Médecins du Monde. » (J)

« C'est au niveau de Forum Réfugiés. » (G)

« Ich bin dann hier gekommen mit Forum Refugiés, es hat mir hier geschickt » (E)

[Je suis ensuite venu ici, avec Forum Réfugiés, ils m'ont envoyé ici.]

« J'ai connu la PASS par la sécurité sociale » (F)

Ce qui leur a plu, les a attirés

-le sérieux de l'hôpital

« Quelque chose d'un peu...de sérieux, bon il valait mieux qu'ils m'envoient à l'hôpital » (D)

« Je suis venue ici parce que c'est l'hôpital c'est tout » (I)

-la culture ou la langue commune

« Comme nous arrivions et que nous ne parlions pas français on nous a donné une liste de noms arméniens, médecins, et après nous sommes venus voir X. » (C)

« Qu'à cette époque, nous ne parlions pas français et il n'y avait pas d'interprète, nous avions vraiment besoin d'un endroit où on parlait arménien » (H)

« In dem Haus, dass gut Deutsch kann, der arbeitet Montags, und Donnerstags, und gibt noch eine Freitags » (E)

[Dans cette maison, il y en a qui parlent bien l'allemand, un qui travaille les lundis et jeudis, et encore un les vendredis.]

-la compétence du médecin

« Nous avons eu de très bons échos sur ce médecin qui est considéré comme très bon » (H)

Par ailleurs, par rapport à ce sujet, les patients ont beaucoup utilisé les verbes falloir et devoir, comme si la question de la santé était une chose primordiale et incontournable.

« Il faut »

« Je dois »

« C'est l'hôpital, et je dois connaître l'hôpital, là où se trouve » (I)

« Ich muss gehen Arzt, diese Tablette » (A) *[Je dois aller chez le médecin, pour ces médicaments.]*

« Mais dès que tu arrives, il faut chercher à voir Médecins du Monde » (D)

3.1.4.2. Le rôle de la PASS et les représentations qu'en ont les patients

3.1.4.2.1. L'attachement à un service de qualité

Tout d'abord, le fait que les personnes soient venues là en premier et qu'elles y avaient été bien accueillies dès leur arrivée, semblait être un événement marquant dans leur histoire.

Ensuite, l'accueil dont faisait preuve l'ensemble du personnel à l'égard de chaque patient était un élément qui les avait marquées et auquel les patients étaient attachés. Au-delà de l'accueil, la gentillesse et la générosité des personnes travaillant dans ce service étaient aussi des qualités souvent exprimées dans les entretiens. Le lien les unissant à ce service était alors très fort. Les patients s'y sentaient comme chez eux, dans leur propre famille ; les rapports qu'ils entretenaient avec les professionnels de la PASS pouvaient être de l'ordre du lien familial. Les patients avaient besoin de ces relations affectives, et se sentaient redevables d'une sorte de fidélité en retour. Ils avaient effectivement des liens très privilégiés avec leur médecin en particulier, qui prenait bien soin d'eux, les connaissait bien, les avait beaucoup aidés sans jamais les décevoir. Ils s'étaient donc habitués à cette prise en charge de qualité et n'envisageaient pas d'aller ailleurs.

Il semblait même que la PASS avait changé quelque chose dans leur vie : il y avait un avant et un après. Eux-mêmes avaient l'impression d'avoir eu de la chance de venir à la PASS et d'y être pris en charge, comme s'ils devaient en remercier la Providence.

Ce service était donc un repère essentiel dans leur vie, un lieu où ils avaient l'habitude d'aller, qu'ils connaissaient, et auquel ils étaient fidèles. Certains étaient tellement bien dans ce service qu'ils en parlaient à leurs compatriotes nouvellement arrivés.

Accueil premier

« C'est elle qui m'a reçu en premier » (D)

« C'est le service qui m'a accueilli quand je suis arrivé ici...et c'est resté dans ma tête » (D)

« J'ai été accueilli dès le début...et ça continue... » (D)

« Dès le premier jour, nous sommes venus ici. dès le premier jour où nous avons eu besoin d'un médecin » (H)

« Avant d'avoir les papiers, on est venu chez lui, c'est lui qu'on a choisi, il faut pas changer d'endroit » (H)

« Depuis très longtemps, nous sommes très liés à cet hôpital, parce que nous avons eu des problèmes » (C)

« Im Anfang gekommen, hier, ich habe für meine Probleme alles erzählt, und dann, ich bin...ein Arzt kennt meine Probleme » (E)

[Je suis venue au début, ici, j'ai tout raconté sur mes problèmes, et ensuite, je suis...un médecin connaît mes problèmes.](E)

Accueil de qualité

« La façon dont...ces dames s'occupent des gens, c'est, c'est formidable, oui. C'est formidable. On s'occupe de tout le monde sans problème, sans discrimination et tout » (D)

« On est très bien accueilli, même de...avec les médecins...bon, c'est, c'est, c'est...c'est super quoi. » (D)

« Ils reçoivent les gens bien, ils sont accueillants...Ils sont bien. » (G)

« Ca se passe très bien, très, très bien parce qu'on te prend à bras ouverts, on te soigne bien » (I)

Etude qualitative

« L'accueil est chaleureux ici, ils sont bien, ils sont gentils et tout » (I)
« Elle est gentille, elle est accueillante, elle est bien avec moi, elle me parle...elle est bien avec moi » (I)
« Ils m'ont jamais repoussé, ils m'ont jamais crié dessus » (I)
« Vraiment, la façon d'accueillir, ici, vraiment, ça me plaît beaucoup » (J)
« Le Dr X prend ma petite fille dans les bras, elle n'a pas peur de toucher ma vieille peau noire, elle me touche et m'examine de partout. » (F)
« Ils accueillent bien les gens » (B)
« Ils sont vraiment sympas » (B)
« Ici tout est bien, même...ne serait ce que l'accueil des gens est très agréable. » (H)
« Il accueille tout le monde très aimablement, les patients, très attentif, très à l'écoute » (H)

Gentillesse et générosité du personnel

« Elle est souriante. elle embrasse la...le...les malades » (J)
« Elle salue les malades » (J)
« Elle est très gentille. Très gentille. Très accueillante. Je peux dire que tout le monde l'aime. Tous ceux qui passent ici la félicitent. Elle est très, très gentille, envers tout le monde. Pas quelques-uns uns. » (J)
« Elle voit tout le monde comme elle-même, comme même la Bible dit. » (J)
« Et je trouve qu'ils sont sympas » (B)
« Ils sont bien » (B)
« Mais ici, tout me plaît. La première chose, c'est la gentillesse du service, le gentil service. Il y a un service bien pour les gens. » (H)
« Die Dr X war so nett » (E) [*Le Dr X était si gentille*]

Attachement fort au service

« J'aime bien la PASS, [*elle montre son coeur, pour mimer le fait qu'elle porte ce service dans son coeur*]. On m'accueille bien, on me soigne bien. » (F)
« Je ne veux pas le trahir et aller chez un autre. » (H)
« Je suis très reconnaissante, je suis contente. » (H)
« Je ne peux pas laisser mon rendez-vous d'ici pour aller ailleurs. Si on ne te dit pas d'aller ailleurs, tu ne peux pas partir. » (I)
« Pour l'instant ce n'est qu'ici depuis que je suis là. Je n'ai jamais consulté quelqu'un de gauche à droite. Je suis trop fidèle. C'est comme ça que je suis. Si je suis avec vous, je suis toujours avec vous. » (I)
« Si elle ne change pas de ville, je ne peux pas aller chez quelqu'un d'autre. » (I)
« Si on ne m'envoie pas chez quelqu'un d'autre. Moi je serai toujours là. » (I)
« Ich brauche hier » (E) [*J'ai besoin d'ici*]
« Je suis très bien suivi, parce que là, c'est très important pour ma vie quoi. Oui, c'est très important » (D)

Comme chez eux, dans leur famille

« C'est en quelque sorte, pour moi, une sorte de famille quoi » (D)
« C'est une famille pour moi, de toute façon. » (D)
« Ca m'a donné une sorte de punch auprès du Dr X, parce que tout le temps, je lui ai expliqué tout ce qui

concerne ma famille » (D)

« Qu'ils-le *médecin et son fils*- ont eu à s'entretenir plus d'une fois par rapport aux études que mon fils fait aussi pour essayer de lui donner des conseils» (D)

« C'est comme si c'était quelque part comme ...un peu...chez moi. C'est comme notre lieu « ... » [*notion de chez soi, lieu proche, lieu d'habitude*] »(C)

Liens privilégiés avec leur médecin

« Après, bon à partir du moment où on a eu cette opportunité de trouver quelqu'un qui s'occupe normalement de vous, ben, pourquoi ne pas s'accrocher à cette personne ? » (D)

« Avec elle je suis bien, je suis tranquille, je suis déjà habituée avec elle » (I)

« Je suis déjà habituée avec lui. Si on l'affecte quelque part ailleurs...je serai toujours avec lui » (I)

« C'est elle qui a découvert tout ce que j'avais » (I)

« Quand ça ne va pas chez moi, quand elle fait quelque chose, ça donne. Donc je vois qu'elle est spécialiste pour moi. » (I)

« Elle est vraiment spéciale pour moi, quand ça ne va pas. » (I)

« Je préfère elle. Elle reçoit bien » (J)

« Je vois toujours elle » (J)

« Elle me soigne bien, elle connaît bien ma pathologie. » (F)

Vécu de transformation grâce à la PASS

« Ce que j'avais, la tête, ça n'allait pas comme je vous dis, j'étais comme ça, maintenant que je vois que je commence à réfléchir un peu donc je vois ça va aller. Ca va mieux » (I)

« C'est elle qui a donné l'ordre qu'on doit m'opérer. Si ce n'était pas elle, moi je peux toujours rester comme ça, je ne sais pas ce qui ne va pas dans mon corps, c'est elle, c'est par rapport à elle. » (I)

« Je te dois une bonne nouvelle, je vais t'annoncer une bonne nouvelle » (I) [*par rapport à assurance maladie*]

« C'est ici qu'ils ont fait les analyses et ont mis en évidence la substance qui était en excès, qui lui faisait mal, et le médecin leur médecin lui a prescrit le médicament, ce médicament qui fait que maintenant ça va mieux. » (H) [*En parlant de son mari*]

« On nous a donné un seul médicament, qu'il doit prendre tout sa vie, et qu'il prend. Ca fait 2 ans qu'il n'a pas eu de douleurs aiguës, et ça aide beaucoup. » (H) [*En parlant de son mari*]

« Si seulement partout ailleurs, c'était aussi agréable...Si seulement partout ailleurs je pouvais sortir avec autant de satisfaction et de contentement qu'ici, je serai heureuse et les autres problèmes se résoudraient par ailleurs. Ce problème est résolu, si les autres problèmes comme celui-ci, nous serions heureux. Ce serait bien si les autres se résolvaient comme ça ou au moins la moitié de ça. » (H)

Chance, Providence

« Heureusement, j'ai eu la chance de tomber sur...sur la famille PASS...Oui, qui s'occupe bien de moi quoi. »(D)

« J'ai peut-être eu cette chance, n'est-ce pas, de tomber sur des gens qui comprennent, quoi ; qui savent ce que c'est que...l'être humain » (D)

« Nous l'avons supplié quelque part pour qu'il devienne le médecin de famille. » (C)

« Donc il a accepté difficilement parce qu'il a beaucoup de travail ici, donc nous avons du le supplier pour que...qu'il accepte » (C)

« Bien sûr lui aussi il a beaucoup de boulot, il ne peut pas s'occuper de tout le monde, mais on l'a beaucoup supplié. Il ne peut pas être le médecin de tout le monde. » (C)

Repères et habitudes

« Moi je me dis toujours, si quelque chose m'arrive, je viens toujours, je viens ici » (I)

« Je ne connais pas ailleurs que je peux aller demander pour moi » (B)

« Je connais déjà comment, quand je viens » (B)

« Je suis déjà habituée, de venir ici » (B)

« Je viens lui rendre compte, lui dire (à X) que je suis allée voir le spécialiste » (H)

« Je connais tout le monde, tous ceux qui travaillent ici, je connais tout le monde en plus du médecin. » (C)

« Ich kenne so gut...ich kenne seit zehn Monat. Für zehn Monat bin ich weiter bei ihr gekommen » (E) [*Je connais si bien...Je connais depuis 10 mois...Pendant 10 mois j'ai continué de venir chez elle*]

« Wenn ich komme hier, ich kenne die Leute, wenn ich gleich... einkommen, sie weiß was ich wolle, ich brauche nichts...verstehen, »(E)

[*Quand je viens ici, je connais les gens, quand j'arrive dans le service, elles savent ce que je veux, je n'ai pas besoin...elles comprennent.*]

« Transit, aber bin ich jetzt wieder in Lyon, ich komm jetzt hier. »(E)

[*En transit, mais si je suis de nouveau à Lyon, je viens ici maintenant.*]

Promotion à leurs compatriotes

« Même nous, on a conseillé à d'autres personnes de venir ici car nous trouvons que c'est bien » (H)

« On considère que les gens devraient venir ici. » (H)

« Nous même, nous avons conseillé à d'autres personnes de venir ici, parce qu'ils étaient contents du service »(H)

3.1.4.2.2. Un service compétent et adapté à leurs situations particulières

Premièrement, pour les patients ne parlant pas le français, le fait de pouvoir communiquer était important. Ils pouvaient alors exprimer leurs souffrances à quelqu'un qui les comprenait. Ceci contribuait à les rendre vivants dans un environnement où ils se sentaient bien. Les patients se sentaient en effet connus et reconnus en tant qu'individus dignes de respect, appelés à agir en tant qu'êtres humains envers le personnel. Ils s'y sentaient bien, et étaient à l'aise.

D'autre part, la PASS était un lieu où on leur apportait une aide, au niveau de la santé ou d'un point de vue social. Les professionnels les aidaient face aux différents problèmes

qu'ils pouvaient avoir. La qualité de l'aide apportée par l'assistante sociale était également souvent rapportée dans les entretiens. Le fait que cette aide soit spécifique à la santé, et que la prise en charge de leurs pathologies puisse permettre d'améliorer leur situation sociale était aussi quelque chose qu'ils appréciaient dans le service.

Leur santé était correctement prise en charge, avec sérieux et compétence. Ils y trouvaient une écoute attentive, et des réponses adaptées et justes étaient apportées. Ils étaient donc très satisfaits de ce service. La compétence du médecin pouvait parfois même se convertir en une sorte d'omnipotence, où le médecin savait tout, et faisait tout.

Le fait que cela soit à l'hôpital était un repère important pour eux, et semblait suffire à la valeur qu'ils y attachaient. Tous évoquaient l'importance d'être suivi par un même médecin, une même équipe, et d'avoir un dossier complet où étaient notées toutes leurs pathologies. Ils appréciaient aussi l'accès facilité aux examens complémentaires, ainsi qu'aux différents spécialistes. Beaucoup trouvaient, en effet, que le fonctionnement du service était pratique et facile pour eux : on y passait facilement, on voyait rapidement les médecins et assistante sociale. Tout pouvait se faire au même endroit, sans avoir besoin de courir ailleurs pour faire d'autres examens ou prendre des rendez-vous avec des spécialistes. Pourtant, c'était parfois toute une organisation pour venir consulter à la PASS le médecin ou l'assistante sociale qui les suivait, car ces derniers ne travaillaient que certains jours, partaient en vacances... Tout cela demandait une gestion du temps parfois conséquente.

Lieu d'aide

« Parce que quand j'ai un problème, bon, je me dis, je suis dans un pays étranger, y a plein de trucs que je maîtrise pas, pourquoi ne pas aller en parler a quelqu'un qui peut-être pourra m'aider, voila, c'est ça » (D)

« Elle essaye de me reconforter, donne des conseils » (G)

« Comme je sais pas comment faire, et puis je suis obligé de revenir ici pour lui expliquer » (G)

« Elle est trop trop gentille avec moi, elle me donne des conseils, tout. » (I)

« Schreibe Medikamente, helfen, sie können mir helfen. »(A) [*Elle prescrit les médicaments, aider, elle peut m'aider*]

Aide sociale compétente

«Je n'ai pas envie d'aller voir les gens au quartier demander, me renseigner. Peut-être qu'ils vont me dire n'importe quoi. Je préfère venir voir X pour lui demander pour ce papier ci, c'est quoi, je peux faire comment...je...pour qu'elle essaye un peu de me conseiller. » (B)

« Je suis obligée de... de venir ici me renseigner que je peux aller faire ça où ? » (B)

« Même aujourd'hui, j'allais faire l'erreur, j'allais partir ailleurs, mais après j'ai dit non, je préfère d'abord venir ici la demander, elle va me conseiller et c'est le contraire de ce que je pensais » (B)

Etude qualitative

« La première des choses que je viens d'abord, je passe d'abord par l'assistante sociale et...avant de voir le médecin... » (G)

« Je suis suivie par X pour mes papiers. » (F)

« Dès que nous sommes arrivés, ils ont été très clairs pour tout ce qui est papiers administratifs, ça a été très facile pour nous » (H)

« A l'époque, elle a beaucoup aidé » (C)

Aide médico-sociale

« Dr X muss schreiben bei CAF, „Diesen Personen krank, sie darf nicht schlafen raus“, muss schreiben Doctor, schreiben diesen Spezialist, muss geben diese Wohnung. » (A)

[Dr X doit écrire à la CAF « ces personnes sont malades, elles ne doivent pas dormir dehors », le docteur doit écrire, les spécialistes doivent écrire, ils doivent donner cet appartement]

« Lorsque les personnes sont malades dehors et qu'il s'agit de régler les problèmes de logement, je sais que c'est l'assistante sociale qui s'occupe de cela, c'est elle, et nous leur disons. » (H)

« C'est X qui a refait la demande au SSAE, a envoyé une requête en disant que mon niveau de santé ne me permet pas de dormir dehors, pour qu'on me donne un logement. » (H)

Prise en charge sérieuse et compétente de leur santé

« Votre boulot, c'est exceptionnel, vous avez bien travaillé, moi, je n'ai rien à vous reprocher. » (G)

« Le service est bien, les gens fait leur boulot » (G)

« Le Dr X est plus compétente que le médecin de quartier, pour ma pathologie. » (F)

« Or, les médicaments du Dr X me soignent, je dors bien grâce au traitement. Je reviens voir X quand les médicaments prescrits par le médecin traitant n'ont pas marché. » (F)

« Après ça, on suit les directions du Dr X et on est très content, satisfait. » (H)

« Si j'ai besoin des médicaments, on me donne les médicaments, si j'ai besoin d'un spécialiste, on m'envoie vers un spécialiste » (H)

« Quelle que soit la question avec laquelle tu les abordes, ils apportent des réponses satisfaisantes » (H)

« X qui accueille tout le monde très aimablement, les patients, très attentif, très à l'écoute, qui écoute toutes les requêtes, les demandes. Il a répondu, donné suite à toutes les choses de façon juste, correcte, précise » (H)

« A chaque problème, chaque maladie, il donne une réponse, et apporte une aide. Par tous les côtés, il sait comment on est malade, il sait cerner nos maladies » (H)

« Tout, tout, tout, tout. Ils sont compétents, très très compétents » (J)

« X est un médecin plus compétent » (C)

« C'est un médecin de famille. C'est surtout qu'il travaille ici » (C)

« Es ist ein guter Arzt, denn ich komm immer hier. » (E)

[C'est un bon médecin, c'est pourquoi je viens toujours ici.]

« Die Ärzte , wo in Krankenhause arbeitet, mehr und mehr Zeit, zu alles erklärt » (E)

[Les médecins qui travaillent à l'hôpital prennent plus de temps pour tout expliquer.]

« Ich bin überall untersucht » (E) *[Je suis entièrement examinée.]*

« Gut Dr X, schreibe Medikamente » (A) *[Bien le Dr X, elle prescrit des médicaments]*

Satisfaction

« Là, tout me convient, tous les mercredis, avec toutes mes questions, je peux venir. Je peux faire la demande ici, et me contenter d'ici, être satisfaite ici. » (H)

« Je ne sais pas si ailleurs peut être bien, mais ici, c'est suffisamment bien pour que nous restions. »(H)

« Je ne suis jamais venue sans être déçue quoi » (B)

Omnipotence du médecin

« Ca sert à tout » (J)

« Le Dr X sait déjà ce dont on a besoin. » (H)

« X sait déjà ce que j'ai comme problème, » (H)

«Voilà tu as besoin de ceci, de cela » (H)

Autorité de l'hôpital

« C'est un hôpital comme tous... tous les hôpitaux. Ici, ça soigne les gens, ça fait...Les patients si il vient ici, ...les traitements, comme tout, comme les hôpitaux quoi. » (G)

« C'est l'hôpital. C'est l'hôpital, je sais que ça aide les gens, on soigne les gens et tout, c'est que c'est l'hôpital. Moi je sais que ça sert. » (I)

« C'est le service d'état, mais ça...ça fonctionne. Ca a fonctionné comme le règlement de l'état non ? Comme il se sent. Et c'est...c'est normal » (J)

« [le médecin traitant] C'est un généraliste et donc nous sommes venus ici pour...pour des analyses plus poussées. » (C)

« C'est un hôpital, il y a beaucoup de possibilités, de moyens » (C)

« De toute façon, ici, tous les médecins sont bons. » (C)

« Gross Problem, gehen bei Hospital » (A) [Pour les gros problèmes, il faut venir à l'hôpital]

Suivi et connaissance de leurs dossiers

« Et j'ai pas voulu, n'est-ce pas, diversifier mes consultations, je me dis bon j'ai tel médecin tel, qui connaissent mes pathologies, bon, si il y a un problème, bon, je vais vers eux. » (D)

« On me suit à la lettre quoi » (D)

« Or ici, on me connaît de fond en comble » (D)

« Elles connaissent pratiquement tout ce que j'ai comme souci sur le plan médical. Donc quand j'arrive, on sait ou...à peu près, pourquoi est-ce que je suis là. » (D)

« Y a un autre médecin qui peut me voir puisque bon, on connaît mon dossier » (D)

« Or, ici, dès que j'arrive, on agit immédiatement, on sait que, bon lui, il souffre de ça, voilà ce qu'il faut faire »(D)

« Donc j'ai le droit de venir ici. Parce que eux, ils me suivent, y a des choses qui se passent, et il me suit, donc, voilà, je viens ici » (G)

« J'ai les dossiers qui sont là, donc, c'est...il regarde les dossiers, ou les problèmes que moi j'ai » (G)

Etude qualitative

« Comme c'est elle qui me suit depuis le début, c'est elle qui continue de me suivre » (I)
« C'est elle qui me suit, c'est elle qui peut connaître ce qui ne va pas » (I)
« Elle me soigne bien, elle connaît bien ma pathologie. » (F)
« Il nous connaît bien, il connaît toutes nos maladies » (H)
« Mais comme le médecin a accepté d'être le médecin de famille, et qu'il a tous les dossiers ici, donc nous sommes restés là. » (C)
« Il sait toutes les choses nous concernant, c'est pour cela qu'on ne va pas ailleurs. » (C)
« Ich hab mein komplet Unterlage » (E) [*J'ai mon dossier complet*]
« Wenn sie kenn mich ganz gut, und weiß mein komplett...für meine Krankheit. » (E)
[*Puisqu'elle me connaît entièrement, et elle connaît complètement...pour ma maladie.*]
« Alle mein Dos ist hier, andere, keine » (A) [*Tout mon dossier est ici. Ailleurs, il n'y a rien.*]

Accès facile aux examens complémentaires

« Les examens biologiques Ici aussi » (D)
« Bon ici au moins, j'ai cette possibilité là quoi. » (D)
« Les prises de sang, radios. J'ai fait ça ici » (G)
« Les radios, je les fais ici, car c'est tombé comme ça. » (F)
« Ici, c'est le Dr X qui nous envoie. » (H)
« Je viens pour faire les analyses » (C)
« J'ai déjà fait des scanners ici, dans cet hôpital » (C)

Accès facile aux spécialistes

« Pour qu'elle fasse un peu le relais avec les médecins qui me connaissent » (D)
« Là où elle m'a envoyée, chez le Dr X, qui s'occupe de l'hépatite C... Il est comme ça ! [*mime « super » en chuchotant*] » (J)
« Si j'ai besoin d'un spécialiste, on m'envoie vers un spécialiste » (H)
« Quand c'était pas son affaire, il demandait à un autre, il fallait qu'il demande à un autre. Il le faisait, et donnait l'adresse, le contact, c'est lui qui appelait le spécialiste, prenait contact et donnait l'adresse. » (H)
« Il m'a envoyé vers un très bon spécialiste, » (H)
« Um ein Spezialist zu sehen ich brauche kein Termin, vielleicht...zehn Minuten » (E)
[*Pour voir un spécialiste, je n'ai pas besoin de rendez-vous, peut-être...dix minutes*]
« Weil alles in einem Haus ist, alles, alle Arzte, ich brauche andere keine suchen. Ich brauche keine Adresse haben...das...komme alles hier » (E)
[*Parce que tout est au même endroit, tout, tous les médecins, je n'ai pas besoin de chercher ailleurs. Je n'ai besoin d'aucune adresse...Tout est ici.*]

Fonctionnement pratique et facile du service

« C'est pratique, c'est... vite fait, et puis comme c'est tout proche, » (G)
« Quand je viens rapidement comme ça, si...j'ai de la chance, vite fait, je vois mon médecin ou bien mon assistante sociale, et puis voilà, les choses ça va vite, et puis...je suis parti.. » (G)

« A côté de chez moi » (C)

« Tout près d'ici » (C)

« Aber, wenn hier, l'hôpital, kann ich alles einfach machen, es...es...es Halbe tag und ich gehe nach Hause, ich hab fertig. » (E)

[Mais quand je viens ici, à l'hôpital, je peux tout faire simplement, en une demi-journée, et je rentre à la maison, j'ai fini.]

« Vielleicht halbe Tag bis zwölf aber ist erledigt, dann, ich brauche keine Warte bis Morgen. » (E) *[Peut-être la moitié de la journée jusqu'à midi, mais c'est réglé ensuite, je n'ai pas besoin d'attendre jusqu'au lendemain.]*

« Wenn was ich brauche hier, für die Blut, oder für alles ist hier einfach. » (E)

[Quand j'ai besoin ici, pour le sang, ou pour tout autre chose, c'est simple ici]

« Für mich ist einfach...ist für mich kein Problem. Ich komme gern hier. »(E)

[Pour moi, c'est simple, il n'y a pas de problème, je viens volontiers ici.]

« Gefällt mir hier alles, weil alles in einem haus ist. Alle. Alles was du brauchst „hast...“ alles hier. Brauchst nicht in der Stadt rausgehen, und Arzt zu suchen, wo die Spezialist gibt » (E)

[Tout me plaît ici, parce que tout est au même endroit. Tout, tout ce dont tu as besoin, tu as tout ici. Tu n'as pas besoin de sortir en ville, pour chercher un médecin, où il y a un spécialiste]

« Und hier, ich brauche kein Termin, ich komme gleich » (E) *[Et ici, je n'ai pas besoin de rendez-vous, je viens de suite.]*

Pourtant, l'organisation est compliquée parfois

« On m'a dit que voilà, elle est pas là, donc je suis obligé de repasser, et là, maintenant, je suis repassé. » (G)

« Je devais patienter, c'est ce que la dame a dit à...au niveau de l'accueil là bas, et puis, je suis obligé de patienter » (G)

« Et quand elle part en vacances, y a une là, qui la remplace, mais je préfère l'attendre. » (J)

« Il faut seulement sortir tôt, pour être...là, sur la liste, en premier lieu, c'est tout, parce que je faisais tout, avant qu'on ouvre la porte, à 8 heures, que je suis là. » (J)

« Je suis venue depuis le matin, et mettre...d'écrire même mon nom...» (J)

« Je n'ai jamais eu de problème urgent, donc je m'organise pour voir X quand elle est là » (F)

« C'est pas grave, on attend 3 jours, jusqu'à ce que le jour de la semaine vienne, et on arrive » (H)

« C'est très mauvais qu'il parte en vacances, mais on attend qu'il arrive » (H)

« Au préalable, lorsqu'il sait qu'il va partir en vacances, le médecin nous donne l'ordonnance en fonction de ses vacances, les autres problèmes se résolvent tout seuls. » (H)

« Si j'ai un rendez-vous le mercredi, je suis obligée de le repousser pour prendre rendez-vous avec X. On fait en sorte de venir absolument le matin ici. » (H)

« Là, je vais aller à un autre rendez-vous, mon mari est venu plus tôt parce que parfois, il y a des files d'attente. »(H)

« Il se débrouille pour donner des rendez-vous en fonction des possibilités, quand il est là. » (C)

« Sie haben am Freitag gewartet? E- Ich hab gewartet, ich hab gewartet » (E)

[Vous avez attendu vendredi ? E- J'ai attendu, j'ai attendu.]

« Wie hier komme, ich brauche zu viel zu warten, halbe Tag, und seit Morgen » (E)

[Quand je viens ici, je dois trop attendre, la moitié de la journée, depuis le matin]

« Meine Kinder sind in der Schule freitags, kann es nicht morgen kommen. Das hat gesagt, ist kein Problem, ich mache ein Termin Mittag, nach der Schule » (E)

[Mes enfants sont à l'école le vendredi, ils ne peuvent pas venir le matin. Elle a dit que ce n'était pas un problème, qu'elle donnait un rendez-vous l'après midi, après l'école]

3.1.4.2.3. La mission spécifique de la PASS, et l'orientation vers les autres lieux de soins

La plupart ne connaissaient pas vraiment la mission spécifique de ce service. Pour eux, c'était simplement un service de l'hôpital comme n'importe quel autre service. Quand nous essayions de leur faire préciser, ils répondaient de façon hésitante et floue. Certains parlaient de la spécificité des problèmes de papiers, d'autres des problèmes de langue.

Quant à l'orientation, la plupart se souvenaient de ce que leur avait dit le médecin. Les raisons avancées dont ils se rappelaient étaient le fait d'avoir acquis leurs droits sociaux, le devoir d'avoir un médecin généraliste et le droit de pouvoir en choisir un. Les verbes utilisés à cette occasion renvoyaient majoritairement à l'idée de devoir et d'obligation. Pour une patiente, l'orientation avait été entendue et comprise lorsqu'elle avait été proposée par le spécialiste, dans le cadre du suivi d'un traitement lourd.

Du reste, les réactions à ces propositions d'orientation étaient des plus diverses. L'un d'entre eux avait réagi sur la défensive en déclarant ne plus vouloir venir. Une autre avait compris les raisons menant à l'orientation, et s'était approprié cette initiative. Plusieurs avaient refusé catégoriquement, ou bien avaient fait la sourde oreille. D'autres avaient supplié le médecin de continuer à les suivre. Enfin, l'incompréhension était aussi au premier plan pour l'une des patientes.

Spécificités de la PASS

« Problèmes de parler, de langage, ou les femmes qui ont des problèmes de grossesse. » (G)

« Elle a dit que, elle voit les gens qui n'ont pas de papiers » (J)

« C'est la loi de l'hôpital, quand tu as des papiers, il faut partir. » (C)

« Que le fonctionnement d'ici c'est que, qu'ils prennent en charge ceux qui n'ont pas les papiers » (C)

« Dr X hat mir gesagt, "Ich nehme die Leute, wo keine CMU habe, für drei Monat, zwei Monat. Die Leute wo keine CMU wenn jetzt gleich gekommen kenn mich besuchen, » (E)

[Le Dr X m'a dit « Je vois les gens qui n'ont pas la CMU, pour une durée de 3 mois, 2 mois. Les personnes qui n'ont pas de CMU et qui viennent d'arriver maintenant [en France] peuvent venir me voir »]

Annnonce de l'orientation par le médecin

« Bon M. D, il faudrait déjà voir quelqu'un pour...parce que là, si vous avez une fièvre, ça vaut pas la peine de venir ici me voir et tout et tout et tout. Vous pourrez très bien voir votre...Et là gentiment, et c'était normal puisque là, c'était par rapport à la loi » (D)

« Quand je suis revenue dernièrement, pour un problème, elle m'a dit « non, Mme J, tu ne viens plus me voir, je vois seulement les gens qui n'ont pas de papier. Vous allez, maintenant, aller voir les autres...De l'autre côté, comme je vous ai envoyée...avec eux, oui » (J)

« Au départ, je ne pouvais voir que X, puis quand j'ai eu l'AME, puis la CMU, le Dr X a dit qu'il fallait avoir un médecin traitant » (F)

«Chacun doit avoir un médecin généraliste, qu'il faut que nous ayons un généraliste qui travaille tous les jours, que nous pourrions choisir car il y a des adresses dans lesquelles on peut choisir. Nous avons reçu la liste des médecins à qui on peut faire la demande. » (H)

« Il nous a bien dit de ...d'aller voir un autre médecin parce qu'il ne prend que des gens qui viennent d'arriver » (C)

« Nachdem drei Monat wolle mich nichts mehr » (E) [*Après 3 mois, elle ne me veut plus*]

« Heute hat mich wieder nein gesagt und bei dem andere Arzt schon geschickt » (E)

[*Aujourd'hui, elle m'a refusé de nouveau et m'a envoyé vers un autre médecin*]

« Dr X sagt jetzt nicht mehr, mit CMU und jetzt sagt ich muss bei andere Arzt » (E)

[*Dr X a dit plus maintenant, avec la CMU, et maintenant, elle dit que je dois aller chez un autre médecin.*]

Orientation faite par le spécialiste

« C'est quand j'ai commencé le traitement de l'hépatite C que Dr X m'a envoyé chez lui. » (J)

« Il a demandé le nom du médecin de la famille. Il a écrit une lettre. Ma fille, on est parti donné à Y ensemble, c'était comme ça. Qu'il faut qu'il me suive. Et je vais suivre un traitement qui va durer 6 mois, pour qu'il me suive. » (J)

Réactions à l'annonce de l'orientation

Sur la défensive

« Je ne la vois plus, depuis que je suis venue, elle m'a dit non. » (J)

Assimilation et appropriation du discours des professionnels

« Mais j'ai compris. Que c'était normal. Il ne faut pas que je vienne occuper les heures dont elle pouvait consulter d'autres personnes, ce n'est pas bien. Ce n'est pas bien. Quand je dois d'aller dehors. et il ne faut pas que je vienne gêner les autres qui n'ont ...pas les moyens de...de...d'aller partout, c'est ça. » (J)

« Moi j'ai réfléchi, ce n'est pas qu'elle a dit ça, j'ai réfléchi que il fallait que je laisse la place aux autres » (J)

« J'ai compris. ce n'était pas difficile. Moi, j'ai compris, parce que moi-même, au début, quand j'ai commencé, si une autre personne qui avait le...les moyens d'aller ailleurs venait aussi nous gêner, est-ce que ça devrait me plaire ? » (J)

« Il fallait que je le laisse et puis les autres, ils s'occupent des autres » (J)

Refus catégorique ou sourde oreille

« Je n'ai rien dit, mais après, avec ma fille, je lui ai dit que je ne voulais pas avoir un MT et ne plus venir voir le Dr X » (F)

« Il l'a dit mais nous ne sommes jamais allés » (H)

« Il a bien précisé qu'il faut choisir en principe quelqu'un d'autre qui travaille tous les jours, mais on n'a pas voulu changer. » (H)

« Ich will nicht andere Arzt wechseln. Ich will noch mal weiter hier. » (E)

[Je ne veux pas changer de médecin. Je veux continuer à venir ici]

« Ich gehe nicht in der Stadt. Ich will nicht in der Stadt. » (E)

[Je ne vais pas en ville. Je ne veux pas aller en ville]

« Ich war schon dreimal hier, und hat er gesagt „Nein“, und dann bin ich wieder gegangen » (E) *[J'étais déjà trois fois ici, et elle a refusé, et ensuite, je suis revenue.]*

« Oui, ça, ils m'ont dit ça une fois, ben bon...c'est passé » (B)

Supplications

« Nous l'avons supplié quelque part pour qu'il devienne le médecin de famille. C'était difficile qu'il accepte » (C)

Incompréhension

« Ich will noch mal reden, warum? » (E) *[Je veux encore dire, pourquoi ?]*

« Warum ich muss anderem Arzt suchen, wenn alles ist gleiche? » (E)

[Pourquoi je dois chercher un autre médecin, quand tout est pareil ?]

« Ich hat nicht gewissen, dass die Dr X macht die Leute nur für kurze Zeit, und dann nichts mehr » (E)

[Je ne savais pas que le Dr X suivait les personnes seulement pour une courte période, et ensuite, plus.]

Warum ich muss in der Stadt, wo ich bin von zehn Monat bis hier? Und ich hat nicht verstehen » (E)

[Pourquoi je dois aller en ville, alors que je suis depuis dix mois ici ? Et je n'ai pas compris.]

3.1.4.3. La connaissance de leurs droits en matière de santé

Lorsque nous avons abordé le sujet du système de santé et de l'accès qu'ils y avaient grâce à leurs droits sociaux, nous avons constaté une connaissance partielle et floue de son fonctionnement, témoignant de leur ignorance et de leur absence de repères dans ce système de soins.

La plupart savaient que les droits sociaux permettaient l'accès à un médecin de leurs choix, en cabinet ou à l'hôpital. L'accès aux médicaments, grâce aux papiers d'assurance maladie, était également bien repéré par tous.

Ensuite, les connaissances dépendaient de leurs expériences propres, l'un ayant eu besoin d'une infirmière, l'autre ayant pu en faire profiter ses enfants...Il existait aussi des fausses croyances, l'un pensait que toutes les informations médicales étaient contenues dans

la carte vitale quand l'autre avait repéré que ça ne l'aidait pas pour le logement...La loi obligeant la déclaration d'un médecin traitant était partiellement comprise et peu citée par les patients. Certains avaient fait le lien entre l'obtention des droits et l'obligation alors de partir de l'hôpital.

Enfin, nous avons quand même remarqué que l'ouverture des droits avait été accueillie positivement par les patients comme une possibilité offerte, une bonne nouvelle dans leur situation.

Méconnaissance, incompréhension

« J'ai eu des courriers pour le...pour un médecin traitant, ben, je sais pas comment...pour...faire pour avoir un médecin traitant » (G)

« Par rapport à CMU, moi, je pensais que... on m'a pas expliqué quoi » (G)

« J'ai beaucoup de problèmes, beaucoup de papiers, et je ne sais pas trop. » (C)

« Je sais seulement que je viens à l'hôpital avec, je ne sais pas si ça peut me servir d'autre chose je ne sais pas » (I)

« Je sais seulement que c'est pour que, si tu es peut-être malade, tu peux venir avec » (B)

Connaissance de l'accès aux soins médicaux

« Quand on m'a dit que y a l'Hôtel-Dieu, Croix rousse...pff...si y a un problème de santé, donc, tout l'hôpital qui présente devant moi, donc j'ai le droit d'y aller. J'ai le droit...Par exemple ; ici, aujourd'hui, l'hôpital Hôtel-Dieu ça ne fonctionne pas, j'ai le droit d'aller dans les autres hôpitaux » (G)

« Déjà pris un truc qui peut...que je peux me présenter chez un autre médecin, c'est déjà...beaucoup » (J)

« -Vous aviez le droit ? J- D'aller partout. » (J)

« Comme il y a déjà cette possibilité qui m'est offerte [*aller chez le spécialiste*] donc autant y aller » (D)

« Bon par rapport à mes pathologies par exemple, j'ai droit....aux médicaments, aux hospitalisations » (D)

Accès aux médicaments

« Ca va avec les médicaments. On me donne ça à la pharmacie, puisque tu as l'assurance. avec l'assurance maladie, on vous donne les médicaments » (I)

« Il met ça dans un ordinateur et puis il obtient les médicaments, On met ça dans l'ordinateur et toutes nos dépenses sont enregistrées » (C)

« Oui à peu près, voilà ce que je sais à peu près. C'est pour la médecine gratuite, mais pas pour tous les médicaments, pour certains, il faut payer, mais comme je n'ai aucune ressource, c'est pour ça que nous profitons uniquement de ce qui entre dans le cadre de l'aide. » (H)

« Les papiers de Sécu, je sais à quoi ça sert, surtout à payer les médicaments, car je n'ai pas d'argent. » (F)

« Là où je vais pour prendre... là où je vais prendre les médicaments, c'est nécessaire pour présenter la CMU, pour prendre aussi les médicaments dans les pharmacies » (G)

Connaissances par l'expérience

Pour l'infirmière

« La première des choses, c'est de montrer ça-en parlant de la CMU-, parce qu'elle ne peut pas te toucher comme ça. » (I)

Pour la famille

« Les deux enfants qui sont là, donc ils étaient alignés sur moi, donc...ils ont profité de la CMU » (D)

Connaissances erronées

« Pour les tickets, pour l'opération...Du coup, ils ne posent pas de questions car ils ont toutes les informations. Pour les médicaments aussi. » (En parlant de la carte vitale) (C)

Pas d'aide au logement

« Sozial Sicherheit nicht geben helfen. Nicht geben...Foyer » (A)

[La sécurité sociale ne donne pas d'aide. Ne donne pas...un foyer.]

Loi sur le choix d'un médecin traitant

« Parce que dans les...formulaire, ici on m'a dit que voilà, si...si...je devais apporter ce papier là à mon... à un médecin, de là ; maintenant si...il signe et puis il est...il donne son autorisation, et là maintenant, on peut envoyer des trucs pour avoir un médecin traitant, comme ça, il peut me suivre » (G)

« Eine Papier für auch füllen, und sagen ich hab es eine Hausarzt... für die Familie. Aber ich hab es nicht gemacht » (H) [Un papier à remplir aussi, qui dit que je dois avoir un médecin traitant...pour la famille. Mais je ne l'ai pas fait.]

Possibilité d'aller en dehors de l'hôpital

« Il fallait que je paye. C'est quand j'ai eu le papier, que j'ai pu aller en ville » (J)

« C'est la loi de l'hôpital, quand tu as des papiers, il faut partir. » (C)

« Au départ, je ne pouvais voir que X, puis quand j'ai eu l'AME, puis la CMU, le Dr X a dit qu'il fallait avoir un médecin traitant. » (F)

Bon accueil de l'ouverture des droits.

« C'est un papier qui est très important pour...un être humain qui... permet de contrôler la santé, au niveau des hôpitaux, au niveau d'un...d'un médecin » (G)

« Comme il y a déjà cette possibilité qui m'est offerte » (D)

« Je te dois une bonne nouvelle, je vais t'annoncer une bonne nouvelle » (I)

«Parce qu'elle ne peut pas me traiter sans ça. Même ici, on ne peut pas sans ça. » (I)

« C'est pour aider. Quand tu n'as rien, quoi » (B)

3.1.4.4. La connaissance des structures en dehors de la PASS

Ensuite, nous avons essayé de comprendre quel était leur rapport au système de santé et d'aide sociale en dehors de la PASS, s'ils y avaient déjà été, quel avait été leur ressenti, quelles étaient leurs représentations et leurs connaissances de cet « ailleurs ».

3.1.4.4.1. *Le réseau constitué autour de chaque patient*

Tout d'abord, comme nous l'avons déjà remarqué en abordant la question de la venue à la PASS, les personnes étaient inscrites dans un certain réseau et qui constituait pour elles un repère essentiel. Celui-ci était, pour la plupart, associatif, avec des associations spécialisées auprès des populations précaires et migrantes, comme Forum Réfugiés ou Médecins du Monde. Les aides apportées y étaient variées, allant du logement aux aides pour les demandes d'asile, en passant par les cours de langue. Parfois, un réseau de médecins existait autour de ces patients, comme pour M. D qui était entouré d'un certain nombre de médecins spécialistes.

Réseau associatif

« Là où je vais pour faire mes papiers, c'est au Secours Catholique ou au niveau de Forum Réfugiés » (G)

« J'ai fait ma carte vitale au niveau de...de Forum Réfugiés, eux ils sont spécialisés seulement pour faire les cartes vitales » (G)

« Ils ont des adresses des médecins souvent aussi. Eux, ils nous donnent seulement les adresses, et c'est à nous maintenant de faire les démarches » (G)

« Mme X (SSAE) qui a aidé, qui a permis d'obtenir l'appartement, et qui après s'est occupé du logement » (H)

« Paul famille où nous prenons les cours, c'est l'organisme qui nous a donné la chambre d'hôtel. » (H)

« Dès mon arrivée c'est l'assistante sociale du foyer qui s'occupe, » (H)

« Pour tous les autres, tous les problèmes de papiers sont liés à Forum Réfugiés, » (H)

« Les assistantes sociales s'occupent des papiers administratifs, et ici, X s'occupe des papiers médicaux » (H)

« In Forum Réfugiés ist drei Leute wo Deutsch kann, wo arbeitet, und kann gut Deutsch » (E)

[A Forum Réfugiés, il y a trois personnes qui parlent allemand, qui travaillent, et parlent bien allemand]E

« Dann muss in foyer hingehen, und sagen, muss mich ein anderen Arzt besorgen, mein Arzt nimmt jetzt nicht mehr » (E) *[Ensuite je dois aller au foyer, et dire, vous devez me trouver un autre médecin, mon médecin ne me reçoit plus]*

« Gehe in foyer und sagt ich hab alles meine Papier, ich brauche ein andere Arzt », und schickt mir bei andere Arzt » (E) *[Je vais au foyer et je dis « J'ai tous mes papiers, j'ai besoin d'un autre médecin », et ils m'envoient chez un autre médecin.]*

« Wenn ich jetzt Beispiel, ich bin krank und ich verstehe es nicht, ich gehe in Foyer, » (E) *[Quand par exemple je suis malade et je ne comprend pas, je vais au foyer.]*

Réseau de médecins

« J'ai des médecins que je vois au niveau de la médecine générale. » (D)

« D'autres médecins donc, dont j'ignore le nom qui essayent de me suivre quoi. Bon, je vois également le Dr...le Dr X parce que j'ai aussi un problème d'hépatite. Donc je suis suivi dans ces deux services là, service du Pr. X. » (D)

3.1.4.4.2. Les connaissances et représentations des autres lieux de soins

Concernant le système de santé en dehors de la PASS, nous avons été frappée par la méconnaissance qu'ils avaient de celui-ci (ils n'y étaient pas allés donc ne savaient pas), ayant pour conséquence une appréhension à aller dans ce monde inconnu. D'autant que ce monde risquait d'être moins confortable et approprié que celui de la PASS, où des soignants, qui les connaissaient bien, prenaient soin d'eux.

Les représentations qu'avaient ces personnes de la médecine générale en cabinet étaient diverses. Les uns reconnaissaient des compétences techniques et relationnelles aux médecins, se les étant imaginées ou les ayant rencontrées. D'autres les jugeaient, au contraire, moins capables que ceux travaillant à l'hôpital. La notion de proximité de la médecine générale était évoquée comme quelque chose de confortable et pratique par plusieurs patients. L'autre avantage était que l'on pouvait aller voir le médecin de ville sans l'avoir prévenu à l'avance, de façon imprévue. Pour d'autres, au contraire, cela semblait être compliqué d'aller voir le médecin à son cabinet, car il fallait prendre un rendez-vous, qui serait différé, puis faire des examens complémentaires dans un autre cabinet. Les médecins généralistes pouvaient aussi être des relais vers les spécialistes, ce qui compliquait alors les démarches. Certains mettaient en avant le droit acquis et le devoir de choisir un médecin traitant. Enfin, un seul parlait de la notion de « médecin de famille ».

Le problème de la communication et de la langue, qu'elle soit utilisée pour se repérer dans son environnement, ou bien partagée avec le médecin était souvent une inquiétude et donc un frein à consulter en ville.

Les représentations des autres réseaux de soin étaient diverses, avec une appréhension partagée par plusieurs à se rendre dans les laboratoires de ville.

Méconnaissance et peur du système de santé

« Normalement, si j'ai un médecin traitant, si j'ai le problème de santé, je devrai aller voir mon médecin traitant, normalement, c'est comme ça. Mais avant, je savais pas. » (G)

« Mais je n'ai jamais été chez un médecin au quartier, non, je n'ai jamais été... » (G)

« Je n'ai jamais eu, au fait, connaissance avec un médecin traitant, comme ça, en face à face, donc je ne peux pas savoir donc. » (G)

« Wo andere Ort? Andere Arzt, Ich weiß nicht. » (A) [*Quel autre endroit ? Un autre médecin, je ne sais pas.*]

« Quelque part, c'est là, c'est dans la tête ; parce que je me dis...aller voir quelqu'un d'autre, comment est-ce que ça va se passer, et ainsi de suite » (D)

« Je suis jamais allé dans ce genre d'endroits » (H)

« Non, je peux pas dire, je suis jamais allé, j'ai jamais vu pour pouvoir comparer » (H)

« J'aimerais pas aller ailleurs. Je sais pas ce qu'il y aurait ailleurs, peut-être mieux, mais ici ça me convient » (H)

« Für meine Probleme weiss der andere Arzt nicht. Bei anderen Arzt gehen, dann, ja, ich muss...von vorne wieder erklärt, alles. Es ist ein Problem » (E) [*L'autre médecin ne connaît pas mes problèmes, si je vais chez un autre médecin, oui, je dois...tout expliquer de nouveau. C'est un problème.*]

« Je connais l'endroit, mais je ne sais pas si...Là y a les assistantes sociales, je ne sais pas. Moi, je n'en sais rien »(J)

« Je ne sais pas si je serai habituée avec la personne. Mme X, elle est gentille, elle est accueillante, elle est bien avec moi, elle me parle. Ne parlons pas de Mme Y, elle est trop trop gentille avec moi, elle me donne des conseils, tout, je ne sais pas si je vais aussi m'habituer avec quelqu'un d'autre comme ces deux personnes, je ne sais pas » (I)

« Mais si je vois un docteur à côté de chez moi, et qu'elle ne m'accueille pas bien comme Mme X, ça ne va pas m'arranger. Même si elle est à côté de chez moi, comme ça, ça ne va pas m'arranger. » (I)

« Mais celle qui est à côté de chez moi, peut-être, elle n'est pas comme Mme X, peut-être, vous voyez ça ? C'est là mon problème » (I)

Compétence techniques et relationnelles des médecins de ville

« Les médecins sont toujours les médecins » (G)

« Ici, dans les pays occidentaux, en Europe précisément, les gens font leur boulot en tant que tel » (G)

« Pour les pathologies...hors de ce que j'ai quoi. Voilà, donc par exemple, s'il y a une petite fièvre, bon, je peux pas venir ici, il faut que j'aille voir le généraliste. » (D)

« Il peut arriver que j'ai peut-être des petits maux de tête, bon là, je vais le voir. » (D)

« Il reçoit, il salue toujours les malades comme ici. » (J)

« Il cherche les produits moins chers que...je ne dois pas...que je dois payer, et pas...pas qu'on ne rembourse pas. Il cherche le moins cher »(J)

Incompétence des médecins de ville

« C'est un généraliste et donc on est venu ici pour...pour des analyses plus poussées. » (C)

« Tandis que l'autre, c'est juste un généraliste. Il n'est pas autant compétant que X. » (C)

« C'était juste un cabinet de médecin et non pas un vrai hôpital » (C)
« Je préfère ne plus passer par lui dés...dés que je sens qu'il y a un problème concernant ces deux pathologies » (D)
« Même moi que j'ai fait la médecine, même au Cameroun, ça ne se fait pas comme ça. » (J)
« J'ai un médecin généraliste au quartier, que j'ai connu par ma fille, avec qui je m'entends bien, mais qui ne me soigne pas si bien que X. » (F)
« Les médicaments qu'il me donne me font tousser. » (F)
« Er untersucht nicht und Blutdruck und alles » (E) [*Il n'examine pas, ni la tension ni le reste.*]

Complication des démarches

« Andere sagt, musst du untersuchen weiter bei eine Spezialist, aber muss ich für ein spezialist besuchen, auch wieder in ein Krankenhaus » (E) [*L'autre dit, tu dois te faire examiner par un spécialiste, mais pour voir un spécialiste, je dois aussi revenir à l'hôpital.*]
« Wenn ich eine im Stadt, eine Haus...Arzt, und sagt, ja, du brauchst ein Spezialist, ja, muss dann weiter suchen wo die Adress, wo kann ich hingehen, und wenn die nicht verstehen, das ist schon noch schlimmer, » (E)
[*Quand je vais en voir un en ville, un médecin traitant, et qu'il dit, oui, tu as besoin d'un spécialiste, je dois chercher ensuite l'adresse où je peux aller, et ensuite, si je ne le comprends pas, c'est encore plus difficile.*]

Proximité de la médecine de ville

« C'est encore mieux, si quelqu'un qui habite tout...qui habite là ou j'habite, c'est encore mieux, comme ça, vite fait » (G)
« Je devrais avoir un médecin traitant là, tout proche de moi, comme ça, si j'ai un problème, » (G)
« Le Dr X était près » (C)
« Il n'est pas loin de chez nous » (D)
« Ja, neben meine Haus wo ich wohne, ich nehme ein Arzt » (E)
[*Oui, près de la maison où j'habite, je prends un médecin.*]
« Nach halbe Stunde, eine Stunde bin ich fertig, bin ich nach Hause » (E)
[*Après une demi-heure, une heure, j'ai fini, et je suis à la maison.*]
« Comme je reste loin d'ici, à Miribel, y a un médecin X qui me suit à Miribel, si ça ne va pas. » (J)

Facilités organisationnelles...

« Quand je vois que peut-être je peux arriver si on me dit qu'il n'y a pas de médecin [*à la PASS*] ..c'est peut-être ...bon, que je me sens mal quelque part, je suis obligée... » (B)
« Si X n'est pas là, nous allons voir le médecin traitant. » (C)
« La dernière fois que nous avons vu le médecin traitant, c'était en juin dernier juste avant de partir en vacances, nous sommes allées le voir, lui, parce que nous avons besoin de voir un médecin rapidement. » (F)
« Dans le week end, la journée, je le vois. Si y a quelque chose qui ne va pas, je le vois. » (J)
« Pendant le mois, si ça ne...le jour...le jour du rendez-vous ne...ne vient pas si je souffre...d'un problème, des effets secondaires du produit, oui, je vois X » (J)
« Chez elle on ne prend pas le rendez-vous » (J)

« Mein Sohn hat gesagt, nein, ich kann es nicht warten » (E)

[Mon fils a dit que non, il ne pouvait pas attendre[le « bon » jour pour aller à la PASS]

...Ou au contraire des difficultés.

« Ils donnent toujours le rendez-vous. Qu'est-ce que tu vas faire, c'est rare pour trouver que...tu dis que tu as mal aujourd'hui, on te prend aujourd'hui, tu vas toujours trouver « non c'est plein...demain ou après demain » (B)

« Il y a aussi les moments qu'il n'est pas là » (B)

« Es ist nicht einfach, die Ärzte, die in Privat » (E) *[Ce n'est pas simple, les médecins en cabinet.]*

« Wenn mir bei andere Arzt hingehen muss ich dann ein Termin machen, eine ..eine Drähator machen, so, komm » (E) *[Si je dois aller chez un autre médecin, je dois lors prendre rendez-vous...pour faire un...un scanner, comme ça, et venir.]*

« Wenn ich ein ander Haus gehe, muss ich warten, vielleicht muss ich trotzdem wieder hier kommen » (E)

[Quand je vais dans un autre endroit, je dois attendre, et je dois peut-être quand même revenir ici.]

« Anrufen, ein Termin, und Beispiel, sagt, Ja, heute geht nicht, oder muss dann Morgen und so » (E)

[Appeler, pour un rendez-vous, et par exemple, il dit, oui, aujourd'hui, ça ne va pas, tu dois attendre demain, comme ça.]

Droit et devoir de choisir un médecin traitant

« Pourquoi les gens ils ont des médecins traitants et pourquoi pas moi? Donc moi aussi je suis obligé, j'ai le droit aussi d'avoir un médecin traitant, comme tous les autres quoi. Comme tout le monde. » (G)

« Si c'est « primordial » d'avoir un médecin traitant donc, je suis obligé de le faire. » (G)

« L'histoire d'il y a deux ans, où ils ont demandé d'aller toujours voir le médecin généraliste pour les pathologies...hors de ce que j'ai quoi. » (D)

Problème de la langue

« Keine Schule...muss sprechen »(A) *[Pas d'école...je dois parler.]*

« Je comprend un peu, mais quand il le faut, j'amène un interprète. » (C)

« Il n'y a pas beaucoup de problèmes parce que il arrive...soit il comprend déjà un petit peu, soit il trouve un interprète » (C)

« On allait chez lui, comme il parle bien arménien, on allait le voir. » (C)

« Wenn ich bei andere Arzt, ich brauche ein Dolmetscher dabei » (E)

[Si je vais chez un autre médecin, j'ai besoin d'un interprète alors...]

« Ich gehe auch beim andere Arzt, aber wenn mich nicht verstehen, ich sagt „ja ich bin malade“ und ha, weiter? Das ist ein Problem. » (E)

[Je vais aussi chez un autre médecin, mais s'il ne me comprend pas, je dis « Oui, je suis malade », et quoi de plus ? C'est un problème.]

« Für mich ist es schwer, denn kann ich nicht verstehen französisch, oder einmand fragen wo ist die Adress, » (E)

[Pour moi, c'est difficile, parce que je ne peux pas comprendre le français, ou demander à quelqu'un où est l'adresse.]

« Für mich ist schwer und für Arzt ist auch schwer, wenn ich nicht verstehen » (E)

[Pour moi, c'est dur, et pour le médecin aussi, c'est dur, car je ne peux pas comprendre.]

« Meine Kinder gehen in der Schule und verstehen ein bisschen Französisch, und jetzt gehen in der Nähe wo ich wohne jetzt doch » (*chez le médecin*) (E) [Mes enfants vont à l'école et comprennent un peu le français, et maintenant, ils vont près de là où nous habitons bien sûr.]

3.1.4.4.3. Les expériences vécues par les patients dans le système de santé de droit commun

Nous nous sommes ensuite intéressés aux diverses expériences que les patients pouvaient avoir vécues dans cet « ailleurs », qu'elles les aient concernés directement ou par le biais de leur entourage.

Certains avaient eu de mauvaises expériences : dans les hôpitaux d'une part, où ils avaient du attendre des heures et avaient rencontré des médecins peu délicats...L'un d'entre eux avait accompagné ses amis dans d'autres hôpitaux où ils avaient dû attendre longtemps. D'autre part, certains étaient allés dans un cabinet en ville, et s'y étaient sentis mal pris en charge. Une des patientes s'était vu refuser le rendez-vous qu'elle demandait dans un cabinet de radiographie du fait de son AME, un autre avait attendu trop longtemps ses résultats d'analyse dans un laboratoire, tandis qu'un dernier s'était fait soigner par des étudiants au centre de santé dentaire.

Pourtant, de nombreuses expériences positives ont été rapportées dans d'autres lieux que la PASS, lors des entretiens. Certains avaient déjà été bien reçus et bien soignés dans d'autres hôpitaux où ils avaient rencontré un personnel attentif. D'autres étaient allés au Service Médical d'Accueil, jouxtant la PASS, et avaient été satisfaits. L'un d'entre eux était allé au laboratoire de ville, l'autre chez l'infirmière libérale, et ils en étaient très satisfaits. Leur entourage était pour la plupart suivi en cabinet, ce qui ne semblait pas poser de problèmes, tant que la langue était commune entre patient et médecin.

Expériences négatives

Dans les autres hôpitaux

« A Hôpital Debrousse là. Mais ça n'a pas été...on m'a dit d'attendre...comme c'est saturé quoi » (B)

« Diesen, bei mir, nicht gut diesen Doctor » (A) [Ceux-ci, pour moi, ne sont pas de bons docteurs]

« Nicht kucken » (A) [N'ont pas examiné]

« Warum sechst Stunde hier warten ? » (A) [Pourquoi faut il attendre ici six heures?]

« Quand j'ai été hospitalisée, les gens viennent et je ne comprend pas. » (H)

« Il m'a déçu complètement. » (J)

« Ma fille a pleuré...Elle a pleuré » (J)

« Il m'est arrivé une fois, à X, qu'on me laisse sur un brancard, dans le couloir, et qu'on ne s'est pas occupé de moi. Et j'ai attendu longtemps, sans qu'on ne fasse rien finalement pour moi. »(F)

« Y a des potes aussi, souvent quand...quand je les accompagne dans les autres hôpitaux, pff, je vois y a une différence aussi, y a une différence » (G)

« On leur dit de...d'attendre en salle d'attente, on peut rester même plus de 30 à 40 minutes, même une heure, et y a beaucoup de gens qui viennent...Là aussi ça va prendre du temps, c'est ça, ça fait que voilà aussi, c'est un peu gênant, c'est un peu gênant. »(G)

Dans les cabinets de médecine générale

« Ich hab eine andere Arzt besuchen, wo...für die foyer mich geschickt, keine Medicament, gar nichts » (E)

[J'ai vu un autre médecin, où...le foyer m'avait envoyé, aucun médicament, rien du tout.]

« Deux minutes gekukt. sucht nichts, kein Medicament, gar kein Rezept... nichts » (E)

[Il m'a examiné deux minutes, n'a rien cherché, aucun médicament, rien, pas d'ordonnance...rien.]

« Ce n'est que ça qui...qui...Qu'il a fait comme erreur » (J)

Dans un cabinet de radiographie

« Ils m'ont dit « Non Madame, on ne prend pas ce papier » (B)

« Donc maintenant, je suis obligée, si je pars d'abord quelque part, je leur demande « Est-ce que vous prenez d'abord ça. Si on me dit « non »... » (B)

Dans un laboratoire d'analyses médicales

« Là-bas, ils ont pas fait, ils ont mal fait, et les résultats sont arrivés après l'opération » (H)

Dans un centre de santé dentaire

« Parce que là bas, les choses n'étaient pas bien, » (H)

« C'est pas les médecins qui venaient mais les étudiants qui venaient faire les soins. » (H)

Expériences positives

Dans d'autres hôpitaux

« Parfois je vais à Lyon Sud, là, c'est juste pour voir les ophtalmologues. Là bas aussi c'est bon. Bon, plus d'une fois, j'ai été à...à la Croix Rousse pour certains examens, y a pas de souci » (D)

« Il ne parlait pas un seul mot de français, le médecin a contacté un médecin arménien chez lui. Le médecin a expliqué par téléphone. Pour qu'il comprenne ce qu'on allait lui faire pour pas qu'il se sente mal, c'est le médecin qui a appelé un médecin arménien pour qu'on parle avec lui. » (H)

« Vers un spécialiste qui m'a donné la réponse à sa maladie » (H)

« Mon spécialiste est un très bon médecin, il a très bien compris le problème de ma maladie, il a très bien compris ma maladie. » (H)

« Oui, bien sûr, dans tous les autres endroits, le service est très bon, on m'accueille bien. Pour les secrétaires, les questionnaires, le service est toujours très bien » (H)

« Ca s'est bien passé. Ils m'ont bien suivi, ça a été très bien, ils étaient aussi gentils, l'autre dame est gentille » (I)

« Ma fille elle se fait suivre à la Croix rousse. Puisque c'est proche de là où elle travaille un peu » (J)

Chez le médecin généraliste

« Chez M. X qui travaille à Décines et qui parle aussi la langue et qui donnait des ordonnances » (C)

« On allait chez lui, comme il parle bien arménien, on allait le voir. » (C)

« Meine Kinder gehen in der Schule und verstehen ein bisschen Französisch, und jetzt gehen in der Nähe wo ich wohne jetzt doch » (E) [*Mes enfants vont à l'école et comprennent un peu le français, et maintenant, ils vont près de là où nous habitons bien sûr.*] (chez le médecin)

« Ma famille va chez les médecins traitants, tous, et ne viennent pas à la PASS » (J)

Au Service Médical d'Accueil, jouxtant la PASS

« Anderen Doktor hier. Zwei Mal gehen bei dem...Gut ja. » (A)

[*Les autres docteurs, ici. J'y suis allé deux fois chez eux. Bien oui.*]

« Dans ce cas là, je viens chez les médecins français » (C)

« Gut wenn die...verstehen auch X Deutsch, ich hab gut verstehen » (E)

[*Bien car X comprend bien aussi l'allemand, j'ai bien compris.*]

Au laboratoire

« Pour les examens bios, ça m'arrive de les faire au laboratoire sans problème. » (F)

Chez l'infirmière

« Je suis tombée sur elle, elle m'a donné le rendez-vous tout de suite. » (I)

« Elle a commencé à venir me faire les pansements, je n'ai pas eu de difficulté. » (I)

« Elle était aussi gentille, Elle était aussi gentille. » (I)

3.1.4.5. Les habitudes culturelles de l'usage du système de soin

Lorsque nous nous sommes intéressés aux habitudes qu'ils avaient dans leur propre pays, la première chose exprimée était la différence entre le système de santé de leur pays et celui de la France. Ils avaient, pour la plupart, plutôt une image plutôt mauvaise du système de santé de leur pays, à cause du manque de moyens ou de l'incompétence des médecins. Au contraire, la France semblait bénéficier, dans leurs représentations, d'une bonne prise en charge sanitaire, avec des moyens suffisants et des soignants compétents. Pour une patiente, c'étaient d'ailleurs ses problèmes de santé qui avaient motivés son départ vers la France.

Pour la plupart, l'hôpital avait, dans leur pays, une place centrale dans la prise en charge des soins. En Afrique, celui-ci était effectivement le lieu de soins public, où les médecins formés par l'Etat exerçaient, ce qui était un gage de qualité. Pour un des patients, d'origine sociale aisée, l'hôpital public était plutôt destiné aux pauvres qui n'avaient pas les moyens d'aller ailleurs.

En Arménie, le système de santé, héritage de la Russie communiste, avait organisé les soins autour d'hôpitaux sectorisés selon le lieu d'habitation. Ces « polycliniques » offraient des consultations de médecine générale et spécialisée.

En Allemagne où cette patiente kosovare avait résidé de nombreuses années, l'hôpital était également le lieu qui l'avait accueilli initialement, où elle avait pu communiquer lorsqu'elle ne maîtrisait pas la langue.

Les cabinets privés, organisés comme de petites cliniques en Afrique, étaient réservés à ceux qui avaient les moyens. Ce même patient de classe sociale aisée avait également d'autres recours, comme l'infirmerie de son entreprise, ou bien ses nombreux amis médecins.

Quand à la médecine générale de ville, de façon assez consensuelle, les patients interrogés n'en avaient pas une très bonne image, surtout ceux d'origine africaine. Ils la qualifiaient d'incompétente, ne lui faisaient pas confiance car étant souvent plus délétère que soignante ; les médecins n'étaient pas formés, et les médicaments étaient falsifiés.

En Allemagne, le cabinet du médecin généraliste avait été accessible dès la maîtrise de la langue acquise. L'orientation n'avait d'ailleurs pas posé de problème dès lors que la patiente pouvait communiquer avec son médecin.

Différence entre leur pays et la France

« En Afrique, c'est différent par rapport en Europe » (G)

« Ce n'est pas pareil comme ici » (B)

« Je ne dis pas que c'est mieux, je voudrais dire que ce n'est pas pareil » (B)

« Stadt. O Hospital, Hospital, aber nicht gehen wie hier » (A) [*En ville, ou à l'hôpital, mais on n'y va pas comme ici*]

« Tandis que, dans mon pays, ce n'est pas comme ça. » (J)

« Ici je crois que c'est un peu différent, mais en Afrique, c'est pas pareil » (I)

« Chez nous, c'est comme ça, c'est pas comme ici. » (I)

Mauvaise image du système de santé de leur pays

« Vous savez, l'Afrique est ... (*soupir*) c'est pas ça » (D)

« Ils manquent de moyens et tout et tout et tout et tout » (D)

« Immédiatement, le médecin ne cherche même pas à voir si ce que vous dites, c'est vrai ou c'est pas vrai, il montre immédiatement sur son papier, il vous prescrit des produits qui des fois n'ont même pas d'effet » (D)

« Faut que je supporte, parce que chez moi, on ne connaît pas traiter ça. » (J)

« Les gens ne partent même plus à l'hôpital là bas, parce que...même à l'hôpital maintenant, on paye. Maintenant, on paye...Les gens meurent là bas parce que ils n'ont pas les moyens. »(J)

« Ils n'engagent pas les gens qui peuvent nettoyer, parce qu'il faut les payer. » (J)

Bon système de santé français

« Ici, on prend tout le temps pour savoir exactement ce qui ne va pas, bon il y a des examens à faire. » (D)

« Or ici, avant qu'on ne vous prescrive un médicament, bon...on cherche à faire des examens biologiques, si possible passer des radios pour savoir exactement de quoi est-ce qu'il est question » (D)

Départ motivé par les problèmes de santé

« J'ai fait les hôpitaux chez nous, on n'a pas...diagnostiqué, rien. » (J)

« Ma fille m'a dit bon, je vais faire les papiers, tu viens, vraiment, c'est...ici...T'as ici...on peut trouver...on peut trouver de quoi tu souffres » (J)

Place centrale de l'hôpital, dans leur pays

Lieu public de l'Etat en Afrique

« Souvent je vais au...à l'hôpital communautaire. » (G)

« C'est encore mieux, parce que eux, c'est leur boulot, c'est leurs études, ils ont fait leurs études sur ça, c'est leur boulot, donc eux, ils connaissent leur boulot. » (à l'hôpital)(G)

« Lorsque je suis malade, ou mon père, il est...il est malade, ou ma mère, souvent il va à l'hôpital » (G)

« C'est pas comme ici, tu pars à l'hôpital direct » (B)

« J'ai fait l'hôpital général de mon pays » (J)

« Je change de...de...de...d'hôpital. Je pars dans un hôpital de district, je vois un médecin » (J)

« Je partais souvent à l'hôpital chez moi, et je suis chez moi, je vais à l'hôpital » (I)

« Moi je préfère venir à l'hôpital. » (I)

« Donc je suis déjà habituée avec l'hôpital. » (I)

« Moi je préfère aller à l'hôpital central, parce que là, c'est...y a les vrais médecins, y a les vrais techniciens, ils peuvent te consulter » (I)

« Moi je préfère aller à l'hôpital central, parce que là, c'est aussi bien, comme ici. Là y a des...les vrais médecins, les médecins diplômés, les médecins d'état, tu vois ? » (I)

« Parce que là, c'est un grand médecin. Il sait ce qu'il fait, il connaît son métier » (I)

« J'allais parfois directement, selon mon état, à l'hôpital où je n'étais pas suivie, je venais aux urgences » (F)

L'hôpital pour les pauvres

« A l'hôpital. c'était du n'importe quoi. » (D)

« Or, dans le public, bon, quand vous arrivez, il y en a qui sont assis par terre et tout et tout et tout et tout. Le médecin qui arrive, il a au moins une cinquantaine de patients. Bon, là déjà dans sa tête, ça ne peut pas aller, il peut pas s'occuper des malades comme il se doit, parce qu'il faut vite expédier quoi. » (D)

Les polycliniques sectorisées en Arménie

« C'est pas le même système qu'ici, que là bas il n'y a pas de médecin de famille, mais c'est dans un grand hôpital...Il n'y a pas de médecin de famille et que...tu peux tomber sur des médecins différents. » (C)

« C'est dans un autre hôpital, c'est pas le même système, quand tu vas dans un hôpital, c'est pas toujours le même médecin qui guérit, c'est un autre système » (C)

« Il y a que des hôpitaux, il n'y a rien d'autre. » (C)

« Oui, bien sûr, chaque quartier avait une polyclinique. Nous avions notre polyclinique. » (H)

« Non, c'est juste un lieu où il y a de cabinets, des sections pour la chirurgie, l'ORL, les poumons, les nerfs, la traumatologie » (H)

« Pour chaque adresse, il y avait un médecin donné, donc ils avaient leur médecin attiré » (H)

« C'est le médecin de l'endroit où on habite. Par exemple, tu as le nom d'une rue, pour cette rue, il y a un médecin. Il ne s'agit pas d'une rue mais pour une région. » (H)

L'hôpital accueillant les étrangers en Allemagne

« Früher hab ich schon auch alles im Krankenhaus gemacht. Alle. Zwei Jahre lang bei...alles im Krankenhaus » (E) [*Avant je faisais aussi tout à l'hôpital, tout, pendant deux ans...tout à l'hôpital.*]

« Im Krankenhaus war schon immer eine Dolmetscher dabei wo Albanesse gesprochen. »(E)

[*A l'hôpital, il y avait toujours un interprète qui parlait Albanais.*]

Les cabinets privés, en Afrique

« C'est un médecin privé. Dès qu'il y avait un problème, j'allais voir le médecin. quelqu'un dans son cabinet quoi » (D)

« Vous aurez au moins la possibilité de causer ou dialoguer avec le médecin » (D)

« Bon c'est pas tout le monde qui a cette possibilité d'aller voir le médecin, parce que déjà, il faut payer les frais de consultation, » (D)

« Mais quand il s'agissait du diabète, bon, là, j'allais directement voir le spécialiste quoi. »(D)

« Y a des cabinets. Mais il faut payer cher » (J)

Les autres recours médicaux des personnes aisées

« Qu'au niveau de la compagnie, bon, on avait une infirmerie, un médecin qui passait tous les jours, » (D)

« Pour les petits bobos on voyait directement le médecin généraliste. » [*de la compagnie*] (D)

« Dès qu'il y avait un problème, bon, mon épouse, mes enfants, ils venaient carrément à notre infirmerie...voir le médecin » (D)

« Bon, heureusement, pour moi, moi je n'avais pas ces problèmes, parce que la majorité...c'était un médecin, c'est des camarades de lycée » (D)

« Appelle un tel, dis lui que maman est malade, qu'il vienne la récupérer à la maison...Il est parti de son cabinet pour venir la chercher, l'hospitaliser pendant que moi je n'étais pas là »(D)

La mauvaise image de la médecine générale

« Les médecins de quartier, au pays, là bas, j'ai pas confiance » (G)

« Au bled, au pays là bas, j'ai pas trop de confiance, quoi. Donc ça fait que, voilà, si je suis malade, donc j'ai le droit d'aller à l'hôpital. » (G)

« Y a des médecins au quartier, quand tu viens comme ça, il te donne des médicaments qui n'est pas » (G)

« J'ai pas confiance avec parce que y a des médicaments trad...traditionnels, tu peux...tu peux prendre ça, tu connais même pas les doses, donc oui, quand c'est comme ça, ça fait aussi du mal quoi. » (G)

« Ils sont obligés de prendre les médicaments traditionnels, et c'est pas bien, et y a certains médicaments qui sont même dangereux pour la santé. » (G)

« Y a des médecins au quartier qui ont aussi bien...Ils travaillent bien aussi... Ils font bien leur boulot aussi. » (G)

« Au Cameroun, j'avais un médecin au quartier, je l'appelais, il venait chez moi pour faire les perfusions. Si elle ne restait pas à l'hôpital, elle appelait alors son médecin. » (F)

« J'aime pas les médecins de quartiers » (I)

« Les médecins de quartier, les petits trucs, les petits trucs, que vous-même, je vous donne l'exemple, vous comme ça comme vous connaissez déjà faire la médecine, vous n'êtes même pas diplômée et tout, arrivée au quartier, tu ouvres, tu construis un petit truc, tu mets tes médicaments, soit tu prends ça où, mais pas à la pharmacie, ou tu pars pas chercher ça à Douala ou dans un autre village » (I)

« Même mes enfant, je leur interdis. Même ma maman, quelqu'un ne part pas. Parce que on ne sait pas, ils n'ont même pas les appareils, les bons appareils là bas, au quartier » (I)

« Quelqu'un va te faire l'injection là, après peut-être si tu as des enfants, il t'injecte, peut-être l'enfant devient infirme parce qu'il n'a pas bien injecté l'enfant, des fois » (I)

L'accès à la médecine de ville dès la maîtrise de la langue...

« So war in Deutschland auch: ich hab ein Hausarzt auch gehabt, später wo ich deutsch, gut deutsch verstehen » (E) [*En Allemagne, c'était aussi comme ça: j'ai eu un médecin traitant, après que j'ai pu bien comprendre l'allemand.*]

« Kann ich sagen, ich hab für Haus angerufen, ich hab gesagt, ja ich brauche ein Termin » (E)

[*Je peux dire, j'ai appelé de la maison, j'ai dit, j'ai besoin d'un rendez-vous.*]

« Kann ich ein Termin besuchen, aber bei Doctor hat kein Problem gehabt, ich bin gegangen » (E) [*Est-ce que je peux prendre un rendez-vous, mais chez le docteur, il n'y a pas eu de problème, j'y suis allé.*]

« War nicht weit, war besser, habe immer angerufen für Haus, ich brauche ein Termin, es ist kein Problem, bin ich gegangen » (E) [*Ce n'était pas loin, c'était mieux, j'ai toujours appelé de la maison, j'ai besoin d'un rendez-vous, ce n'est pas un problème, j'y suis allé.*]

...Sans problème d'orientation dès la langue acquise :

« Nachdem Zwei Jahre, dann hat er gesagt ich verstehe ein bisschen...nicht ganz gut aber bisschen Deutsch, ich will den Arzt wechseln, ich hab Complet meine Papier bei den anderen Arzt, dann bin ich nichts mehr gegangen, und hat gesagt kein Problem. » (E)

[*Après deux ans, ensuite, il a dit, je comprends un peu...pas très bien mais un peu l'allemand, je veux changer de médecin, j'ai amené tout mon dossier à l'autre médecin, et puis je ne suis plus revenue, et il a dit pas de problème*]

« Ich hab selber gesagt ...ich hab gesagt.“ ich will jetzt ein anderen Arzt besuchen, in der Nähe, und hat er gesagt, ja „der Arzt...“ hat er gesagt es ist kein Problem, du verstehst ein bisschen Deutsch » (E) [*J'ai dit moi-même...j'ai dit « Je veux maintenant voir un autre médecin, proche de chez moi, et il a dit, le médecin, il a dit, « ce n'est pas un problème, tu comprends un peu l'allemand ».*]

3.1.4.6. Comment les patients envisagent la prise en charge de leur santé dans l'avenir

Lorsque nous avons demandé aux patients comment ils envisageaient la prise en charge future de leur santé, nous avons d'abord constaté que certains ne voyaient pas pourquoi ils devraient quitter la PASS. D'autres envisageaient de partir seulement s'ils y étaient obligés, notamment par le médecin.

La majorité s'imaginait quand même continuer à venir à la PASS car ils y étaient habitués et s'y sentaient bien. Certains étaient très attachés au médecin, et étaient prêts à le suivre si celui-ci quittait la PASS. L'une s'imaginait plutôt venir au Service Médical d'Accueil (qui jouxte la PASS), pour le suivi de son dossier, et la possibilité de communiquer. Elle n'envisageait d'aller en ville que lorsqu'elle maîtriserait la langue. Cependant, peu s'imaginaient aller en ville chez un médecin traitant.

Par ailleurs, une des patientes aurait souhaité que le médecin soit plus présent, plus disponible pour l'accueillir.

Enfin, en dehors des problèmes de santé, certains étaient plutôt inquiets quant à leur avenir, et espéraient que leurs problèmes allaient être résolus aussi efficacement qu'ils l'avaient été à la PASS.

Pas de raison à aller ailleurs

« Warum gehen andere? » (A) [Pourquoi aller ailleurs?]

« Pourquoi j'irai encore voir le médecin près de chez moi ? » (I)

« Ca ne me vient pas à l'esprit, je suis déjà habituée ici » (I)

« Oui, j'ai compris, mais je n'ai jamais pensé, ça m'a plu et j'ai pas pensé à aller ailleurs. » (H)

L'obéissance au médecin

« Dans la logique, je devrai voir un médecin traitant...Ben, parce que jusqu'alors...jusqu'alors j'ai pas encore de médecin traitant. Je suis...je suis obligé de chercher un médecin traitant, donc » (G)

« Vite fait, quoi, au lieu de déplacer, encore, pour aller loin, là aussi, ça va jouer aussi. Donc là, je suis obligé de le faire. Je suis obligé. » (G)

« Je suis obligé de chercher dans les cabinets, si je vois les adresses » (G)

« Si c'est que c'est un souci et qu'on m'envoie ailleurs, je vais aller ailleurs, » (B)

Continuer de venir à la PASS

« A l'Hôtel-Dieu ici, je me sens mieux ici, pour venir ici, donc si je me sens bien, je peux chercher aussi un médecin traitant ici » (G)

« Si c'est que c'est un souci et qu'on m'envoie ailleurs, je vais aller ailleurs, mais si ce n'est que moi c'est ici

quoi » (B)

« In die Zukunft, Sie werden hier kommen? A- Ja » (A) [*Dans l'avenir, vous viendrez ici ? A- Oui*]

« Dans l'avenir, vous allez venir tout le temps ici ? C- Oui. J'habite à Villeurbanne, c'est tout près d'ici, je connais tout le monde. Bien sûr, c'est bien là » (C)

« Oui, parce que j'ai pris l'habitude de venir ici » (C)

« S- Et vous disiez, si ...si le Dr X, par exemple, elle...elle part d'ici.

D- Automatiquement, elle aura...quelqu'un qui va prendre sa place.

S- Donc, vous continueriez de venir...

D- Bien sûr» (D)

« Hier ich noch vielleicht für drei vier Monat, ich hab gemeint » (E)

[*Ici encore pour trois quatre mois, j'ai pensé*]

« Dans l'avenir, je m'imagine venir ici tout le temps » (F)

« Oui ! Je vais continuer à venir. » (I)

Suivre le médecin de la PASS

« Si c'est à côté de chez nous, on ira, s'il est très loin, on n'ira pas. » (C)

« Il est possible que je...que j'aie toujours vers elle, quoi...oui, parce que bon, elle, elle me connaît de A à Z comme on dit. C'est possible que j'aie vers elle, ça, y a pas de souci. » (D)

« Si par exemple le Dr X part d'ici aujourd'hui, peut-être pour la retraite ou pour n'importe quoi, je sais pas.

Bon, je chercherai peut-être à voir si je peux voir un autre médecin. » (D)

« Ils veulent pas aller chez un autre, c'est tout, donc ils vont venir ici » (H)

« Je ne peux pas dire que c'est elle qui va... toute ma vie. Mais pour le moment, je suis encore avec elle. » (I)

« Parce quelque chose peut aussi m'arriver comme ça quand elle n'est pas là, un autre médecin peut me prendre en charge. C'est comme ça, je ne peux pas dire que c'est elle, elle, elle. Mais je dis que c'est elle pour le moment parce que je suis avec elle, et ça se passe bien »(I)

Consulter au Service Médical d'Accueil

« Er hat komplett meine Papier gleich in dem Hand X...wenn das für die X braucht, sie kann Dr Y wieder fragen » (E) [*Elle a tous mes papiers dans la main, Dr X...quand elle a besoin, elle peut demander au Dr Y.*]

« Jetzt ruf ich dann an, welcher Tag arbeitet und dann komme.» (E)

[*Maintenant je téléphone, quel jour elle travaille, et ensuite je viens.*]

L'importance de la langue

« Weiter bei X. Ich gehe...ich verstehe auch ganz gut, weil sie Deutsch redet. » (E)

[*Ensuite chez X. je viens, je comprends aussi assez bien, parce qu'elle parle bien.*]

« In zwei, drei Jahre, ich gehe auch gern in der Stadt bei andere Arzt, wenn ich verstehe die Sprache » (E) [*Dans deux, trois ans, j'irai volontiers en ville chez un autre médecin, quand je comprendrai la langue.*]

« Ja, neben mein Haus wo ich wohne, ich nehme ein Arzt...Wenn ich verstehe Französisch »(E) [*Oui, près de la maison où j'habite, je prendrai un médecin...Quand je comprendrai le français.*]

Chez un médecin traitant en ville

« Und vielleicht später brauche ich nicht hier besuchen kommen, im Krankenhaus. Ich brauche in der Nähe ein Arzt und fertig. Kann sein, es ist nicht wie im Deutschland, kann sein ich muss auch wieder hier immer kommen » (E) [*Et peut-être plus tard, je n'aurai pas besoin de venir ici, à l'hôpital. J'aurai besoin d'un médecin à proximité, et fini. Peut-être que ce ne sera pas comme en Allemagne, cela se peut que je doive venir encore et toujours ici.*]

« Lieber war in der Nähe ein Arzt und rufe ich an und erklärt so un so, ich hab nicht viel Zeit » (E) [*Ce serait mieux si le médecin était proche, j'appelle, et j'explique ceci cela, je n'ai pas beaucoup de temps.*]

« Plus tard, vous allez continuer de ...d'aller voir le Dr X [*médecin traitant*], pour les petits problèmes ? J- Si. Pourquoi pas. » (J)

Des souhaits par rapport à la PASS.

« Je voudrais que tous les jours, il vienne là, pour que quand le jour où je veux me faire soigner, je sois accueillie. » (H)

« S'il travaille tous les jours, je trouve que ce serait un peu mieux. » (H)

« Mais s'il travaillait tous les jours, ce serait plus confortable. » (H)

« Si il venait tous les jours, on n'annulerait plus les autres rendez-vous pour venir. » (H)

Leur avenir en dehors de la santé

« Si seulement chaque fois qu'elle voulait aller dans un endroit, les problèmes se résolvait aussi bien qu'ici, elle serait bien contente. Même s'ils se résolvait à moitié comme ici, elle serait bien heureuse. » (H)

« Mais je sais que j'espère que ça va aller. Comme ça va déjà pour la santé, j'espère que le reste ça ira » (I)

« Je ne sais pas pour les pièces administratives si ça va aussi bien...si ça va se passer, je ne sais pas comment ça va se passer » (F)

« Elle m'a demandé d'attendre que elle peut m'aider. Qu'elle m'a promis ça. » (F) [*En parlant d'un travail.*]

3.1.4.7. La problématique identitaire des patients

Au-delà des thèmes abordés à l'aide de la grille d'entretien, l'analyse de ces interviews a fait apparaître d'autres éléments qui nous ont semblés importants pour notre analyse.

Tout d'abord, nous avons observé que les personnes interrogées avaient une représentation d'eux-mêmes assez négative, fortement empreinte de mépris et de honte. Les personnes se considéraient comme ignorantes au sein de ce monde, incapables de s'autogérer et dépendantes des autres. Cet « autre » pouvait, bien sûr, être le médecin. L'expression de leur ignorance se faisait de différentes manières, de façon explicite, mais aussi dans l'utilisation récurrente de verbes tels que savoir, pouvoir... Certains patients se plaçaient dans l'incapacité de faire et d'agir, et parlaient du besoin d'être accompagnés dans leurs vies.

Apparaissait aussi la question de l'identité, de savoir qui l'on était, quels étaient les repères auxquels on se raccrochait ou que l'on avait au contraire perdu, et qu'est-ce qui nous faisait penser qu'on était dépossédé de soi. Dans ces situations où les repères existentiels n'étaient plus présents, il fallait alors en trouver d'autres et s'y accrocher. La possibilité, à la PASS, de s'occuper de soi et de sa santé devenait alors une des priorités de leur vie, puisqu'ils pouvaient s'y inscrire en tant qu'acteur. Dans cette construction de leur identité, nous avons remarqué aussi la valeur du choix, et donc du refus, qui devenait une manière d'exister et d'affirmer sa liberté d'individu.

Dans ce long et douloureux moment où l'identité était perdue et devait se reconstruire, l'autre était investi comme un accompagnateur privilégié, un repère et une béquille sur laquelle ils pouvaient s'appuyer. Cet « autre » pouvait avoir de multiples facettes : cela pouvait être la famille, l'entourage, l'ami. Pour Mme F, sa fille semblait jouer le rôle d'interface entre sa mère et le monde. Les diverses associations étaient également investies comme un repère sur lequel ils pouvaient s'appuyer.

Les professionnels de santé étaient bien sûr sollicités pour accompagner la reconstruction de cette identité perdue. Ils étaient alors mis sur un piédestal et étaient tout puissants. Les patients en étaient dépendants et s'en remettaient à leur bon vouloir. A la différence des patients, le médecin détenait la connaissance et le pouvoir de soigner. L'attachement à celui-ci était fort, et la déception et le vécu de l'abandon étaient à la mesure de leur investissement affectif.

Enfin, cette toute puissance médicale et le fait de déposer dans l'« autre » toutes ses espérances et ses attentes rejoignaient le rapport au divin, à la Providence qui ressortait clairement dans certains entretiens.

L'ignorance des patients

« Moi, j'ai pas beaucoup fréquenté pour savoir tout ça. » (I)

« Vous me posez les questions que je ne connais pas, j'ai pas beaucoup fréquenté, donc je ne connais pas les spécialistes, je ne connais pas » (I)

« Moi, je ne savais même pas donc, je venais comme ça, c'est Mme X qui donnait les courriers, je partais moi je ne savais pas. » (I)

« Je connais l'endroit, mais je ne sais pas si...Là y a les assistantes sociales, je ne sais pas. Moi, je n'en sais rien » (J)

« Weiß ich nicht, keine Schule, weiß ich nicht. » (A) [*Je ne sais pas, pas d'école, je ne sais pas*]

« Moi je ne peux rien dire » (B)

Etude qualitative

« Je ne savais pas, je ne suis jamais accouché en France » (B)

« Je ne savais pas donc quand on m'envoie une lettre, je ne sais pas comment faire » (B)

« Je peux pas faire une différence » (G)

L'incapacité d'agir seuls

« Aber hier, jetzt, ich verstehe die Sprache nicht, und ich wohne in ein...in Foyer. Ich bin seit zehn Monat jetzt hier, ein bisschen schwer... » (E)

[Mais, ici, maintenant, je ne comprends pas la langue, et je vis dans un...foyer ? Cela fait 10 mois que je suis ici, maintenant, c'est un peu dur...]

« Ich brauche immer eins dabei wo für mich kümmert » (E)

[J'ai toujours besoin de quelqu'un près de moi qui prenne soin de moi.]

« Ich kann nicht so schnell die Sprache lernen. » (E)

[Je ne peux pas apprendre la langue si vite.]

« Aber jetzt Moment, ich kann den Arzt nicht wechseln, ich brauche jetzt hier. » (E)

[Mais en ce moment, je ne peux pas changer de médecin, j'ai besoin d'ici.]

« On a tellement de choses auxquelles penser ici que j'ai même plus le temps pour penser à autre chose. » (H)

La problématique de l'identité.

« Bon, si je fais le nettoyage aujourd'hui, c'est pas parce que bon peut-être je n'ai pas été à l'école, non. J'ai fait mes études à un niveau vraiment supérieur. J'ai...j'ai eu...j'ai fait...j'ai bien travaillé dans mon pays, j'ai des biens. Bon si je suis arrivé aujourd'hui, c'est parce que quelque part je suis un peu diminué, bon, par le...les pathologies sévères, mais qu'à cela ne tienne, je ne vis pas...je ne suis pas clochard. Voilà, je vis tranquillement chez moi, j'ai ma maison, je vis avec ma petite famille, j'ai pas de souci de paiement, » (D)

« Moi je n'ai pas les moyens » (B)

« Je ne travaille pas, je n'ai rien quoi » (B)

« Je ne peux pas parce que je n'ai pas les moyens vraiment. » (B)

« J'ai pas le choix moi » (G)

Reconstruire des « repères identitaires »

« J'essaie de me comporter comme quelqu'un de ...d'évolué quoi. Voilà. C'est peut-être pour ça. Parce que tout ça là, ça joue. Il suffit d'être arrogant, ben on...on va pas s'occuper de vous. Mais dès que vous êtes quelqu'un de correct, de droit, bon, face à quelqu'un... la personne prend tout son temps quoi » (D)

Etre acteur de sa santé pour exister

« Donc il faut déjà que...de mon côté, je fasse des efforts...n'est-ce pas, pour ne pas avoir de problème. Voilà. Parce que si, par exemple, je...je...je ... chez moi, je bois du n'importe quoi, je mange n'importe quoi, sûrement j'aurai des problèmes » (D)

« Bon, là, personnellement, déjà je fais beaucoup d'efforts pour ne pas avoir de problèmes. C'est-à-dire je m'évite de manger du n'importe quoi... voilà, j'essaie de me reposer » (D)

« Parce que la santé, la...la santé, c'est avant tout la santé. C'est primordial, donc... » (G)

« Je m'occupe d'abord de ma santé, je ne parle pas de ça pour le moment » (I)

« Je peux pas jouer avec la santé » (I)

« Même si c'est loin, ben je suis obligé d'aller parce que la santé, moi, c'est la première des choses, la santé avant tout, la santé, donc je suis obligé. » (I)

S'affirmer par le refus

« Nein, ich will bei andere Arzt nicht » (E) [*Non, je ne veux pas aller chez un autre médecin.*]

« Ich will weiter hier kommen » (E) [*Je veux continuer de venir ici.*]

« Hab ich gesagt, ich gehe nicht... bei der andere Arzt » (E)

[*Je l'ai dit, je n'irai pas chez l'autre médecin.*]

« Il a bien précisé qu'il faut choisir en principe quelqu'un d'autre qui travaille tous les jours, mais on n'a pas voulu changer. » (H)

« Je n'ai rien dit, mais après, avec ma fille, j'ai dit que je ne voulais pas avoir un médecin traitant et ne plus venir voir X » (F)

Piliers sur lesquels ils s'appuyaient

Les associations diverses

« Là où je vais pour faire mes papiers, c'est au secours catholique ou au niveau de forum Réfugiés » (G)

« Ils ont des adresses des médecins souvent aussi. Eux, ils nous donnent seulement les adresses, et c'est à nous maintenant de faire les démarches » (G)

« Mme X (SSAE) qui a aidé, qui a permis d'obtenir l'appartement, et qui après s'est occupé du logement » (H)

« Dès son arrivée c'est l'assistante sociale du foyer qui s'occupe, » (H)

« Pour tous les autres, tous les problèmes de papiers sont liés à Forum Réfugiés, » (H)

« Gehe in Foyer und sagt "Ich hab alles meine Papier, ich brauche ein andere Arzt,, , und schickt mir bei andere Arzt » (E)

[*Je vais au foyer et je dis « J'ai tous mes papiers, j'ai besoin d'un autre médecin », et ils m'envoient chez un autre médecin.*]

« Wenn ich jetzt Beispiel, ich bin krank und ich verstehe es nicht, ich gehe in Foyer, » (E)

[*Quand par exemple je suis malade et je ne comprends pas, je vais au foyer.*]

L'investissement fort des professionnels et des accompagnants

« Si on ne me prescrit pas, je ne peux pas aller prendre. Parce que je ne sais pas quel effet, ou...Je ne sais pas il faut d'abord qu'on me consulte, on voit ce qui peut aller avec moi, avant d'aller à la pharmacie. Je ne peux pas aller à la pharmacie comme ça » (I)

« Vous savez les médecins, les infirmiers, les infirmières, ça veut flatter les gens surtout, quand ton cas est un peu délicat, là, on te flatte là, on te flatte, on te flatte « ouh les blessures, c'est pas grave, c'est pas grave, ça va finir » (I)

« Non, non,j'ai pas eu de problème, quand je suis arrivée à la pharmacie, à côté de chez moi, là où je prends toujours les médicaments, elle m'a donné un petit bouquin, j'ai même laissé ça à la maison. Elle m'a coché les

Etude qualitative

infirmières que je dois appeler tout de suite, j'ai appelé. » (I)

« Vous avez du constater là, tout à l'heure quand je suis entré...c'est toutes ces dames qui étaient « Oh M. J. ! », je peux dire je suis connu dans ce service » (D)

La toute puissance des médecins

« C'est le médecin qui doit me dire il faut ceci, il faut cela » (I)

« Il m'a tout donné, il m'a tout fait, et voilà, et c'est bien. » (I)

« Elle m'avait prescrit les médicaments. Mais depuis qu'on m'a opéré, elle ne m'a plus prescrit ça, je ne dors pas. » (I)

« Ich brauche jetzt hier. »(E) [*J'ai besoin d'ici*]

« Bien sûr lui aussi il a beaucoup de boulot, il ne peut pas s'occuper de tout le monde, mais on l'a beaucoup supplié. » (C)

« Comme je sais pas comment faire, je suis obligé de revenir ici. » (G)

La connaissance et le pouvoir du médecin

« C'est elle qui me suit, c'est elle qui connaît ce qui ne va pas, peut-être si y a un autre mal, peut-être que ce qui ne va pas, c'est elle-même qui peut savoir ce qui peut me...ce qu'elle peut me faire » (I)

« Quand ça ne va pas chez moi, quand elle fait quelque chose, ça donne. Donc je vois qu'elle est spécialiste pour moi. » (I)

« Et j'ai pas voulu, n'est-ce pas, diversifier mes consultations, je me dis bon j'ai tel médecin tel, qui connaissent mes pathologies, bon, si il y a un problème, bon, je vais vers eux. » (D)

« Le médecin est là pour m'aider à ne pas souffrir » (D)

« Ca tient pas, c'est à lui maintenant de décider, c'est pas à toi de lui dire » (G)

« Il sait toutes les choses nous concernant, c'est pour cela qu'on ne va pas ailleurs. » (C)

« Quelque soit la question avec laquelle tu les abordes, ils apportent des réponses satisfaisantes » (H)

« A chaque problème, chaque maladie, il donne une réponse, et apporte une aide. Par tous les côtés, il sait comment on est malade, il sait cerner nos maladies » (H)

« Le Dr X sait déjà ce dont on a besoin. » (H)

« X sait déjà ce que j'ai comme problème, » (H)

La déception et le vécu d'abandon

« Il m'a déçu complètement. » (J)

« Ein Arzt für zehn Monat kenn ich, und dann hat gesagt „jetzt nichts » (E)

[*Un médecin que je connais depuis 10 mois, et ensuite, elle dit « C'est fini. »*]

Le rapport à Dieu, à la Providence

« Ca a réussi, moi je peux dire merci au Seigneur, et tout ça parce que moi je prie et je crois au...a, à...au...Seigneur. Moi, je sais qu'y a Dieu qui existe. Et avant d'avaler les comprimés, moi, je fais même...signe de la croix avant de prendre les comprimés, c'est comme ça. » (J)

Etude qualitative

« Je me dis que ça va aller , puisque remets tout au Seigneur, j'ai confiance en Dieu, je sais qu'il va m'aider, ça va aller » (I)

« Je prie le Seigneur, je sais qu'il va m'aider » (I)

« Heureusement, j'ai eu la chance de tomber sur...sur la famille PASS...Oui, qui s'occupe bien de moi quoi. » (D)

« Heureusement, le chef de service, c'est lui-même qui était de garde cette nuit » (D)

« J'ai peut-être eu cette chance, n'est-ce pas, de tomber sur des gens qui comprennent, quoi ; qui savent ce que c'est que...l'être humain » (D)

3.1.5 Synthèse des résultats obtenus auprès des patients

Tableau VII. Synthèse des facteurs exprimés par les patients

Facteurs liés au patient

Facteurs personnels

Habitudes culturelles de l'usage du système de santé

Dépendance à l'Autre

Non maîtrise de la langue

Méconnaissance des missions de la PASS, et de l'orientation

Méconnaissance de leurs droits en termes de santé

Méconnaissance des lieux de soins du système de santé de droit commun

Facteurs environnementaux

Perte des repères

Facteurs liés à la PASS

Image de l'hôpital

Compétence technique

Accompagnement social en lien avec la santé

Accès facilité aux examens complémentaires et aux spécialistes

Accueil

Communication possible

Lien affectif

Repère

Lieu de reconnaissance de leur identité

Facteurs liés au système de santé de droit commun

Complexité des démarches de santé

Difficultés organisationnelles et temporelles

Mauvaises expériences vécues

3.2 Entretiens avec les professionnels

3.2.1 Données générales

Six entretiens ont donc été réalisés auprès des professionnels. Un entretien a été réalisé auprès d'un médecin n'exerçant plus dans le service de la PASS, dans son propre cabinet de consultation, en ville. Les cinq autres travaillant encore dans le service, les entretiens ont donc été réalisés dans le service même. Pour quatre d'entre eux, l'entretien s'est déroulé dans leur cabinet habituel de consultation ; pour l'un d'entre eux, l'entretien a eu lieu dans le bureau libéré pour l'enquête. La durée des entretiens s'est étalée de 44 minutes à 56 minutes. La durée moyenne était de 52 minutes.[Tableau VIII].

3.2.2 Caractéristiques des personnes interrogées

Cinq des personnes interrogées étaient médecins de formation, une était assistante sociale. Trois d'entre eux travaillaient dans ce service depuis sa création, soit 7 ans. Leur âge s'étendait entre 34 ans et 50 ans, la médiane étant de 44,5 ans.

Tableau VIII. Caractéristiques de l'échantillon de professionnels

Identification	Sexe	Age	Nombre d'années à la PASS	Formation initiale	Durée des entretiens (min)
Mme K	F	43	6	Assistante sociale	54
Dr L	M	34	3	Médecin généraliste	49
Dr M	F	50	7	Médecin du travail	44
Dr N	F	46	7	Médecin généraliste	56
Dr O	M	49	7	Médecin généraliste	54
Dr P	M	38	1,5	Médecin du travail	53

F=Féminin, M=Masculin

3.2.3 Récit des entretiens

Pendant les entretiens avec les professionnels, nous avons eu l'impression que les médecins étaient parfois mal à l'aise pendant un entretien, qu'ils n'aimaient pas trop approfondir, et avaient peur de parler d'eux-mêmes. Quand nous avons tenté de leur faire préciser leurs pensées, ils semblaient se mettre dans la position de celui qui sait, alors que nous étions celle qui était ignorante, à qui l'on doit tout expliquer, et donnaient alors l'impression d'être irrités.

D'autre part, à part le médecin installé « en ville », nous croisons ces professionnels régulièrement dans le cadre de notre travail au Service Médical d'Accueil, qui jouxte la PASS. Par ailleurs, l'une de ces personnes m'a accompagnée plus particulièrement dans ce travail de thèse.

3.2.3.1. Madame K

Assistante sociale, Mme K a travaillé dans un centre de réfugiés avant de postuler pour travailler aux Hospices Civils de Lyon, où le poste à la PASS venait d'ouvrir : elle a choisi d'y aller car cela correspondait à son profil.

L'entretien s'est déroulé dans son bureau, dans une ambiance plutôt décontractée étant donné que nous nous connaissions.

Lors de la première lecture, nous avons surtout remarqué l'importance qu'elle attribuait à l'environnement de la personne et au réseau qu'il fallait donc constituer autour. Elle s'intéressait aux patients pris dans leur globalité à la fois sociale, psychique, géographique et somatique.

Lors de l'analyse par thèmes, les missions de la PASS identifiées ont été l'ouverture de droits, l'évaluation de la personne dans son ensemble, qui permettait l'orientation selon ses caractéristiques, dans un travail approfondi avec un réseau de partenaires. L'intégration vers le système de santé de droit commun était pour elle « un grand mot », vers laquelle il fallait tendre cependant. La PASS était d'abord un lieu d'écoute et d'accueil d'une population particulière, qui « fonctionnait très bien ». Les facteurs influençant l'intégration ou non dans le système de santé de droit commun étaient nombreux. Certaines pathologies pouvaient ouvrir ou fermer les portes de certains réseaux extérieurs. Avoir un logement, être en situation régulière, parler le français, s'être constitué un réseau, avoir repéré des lieux de ressources, être dans une famille ayant déjà un médecin identifié étaient des éléments favorisant le départ de la PASS. Au contraire, les vécus de traumatismes, l'isolement social, l'attachement à la PASS, les difficultés rencontrées ailleurs (les refus de soin, l'absence de prise en charge sociale ou la complexité du fonctionnement) étaient autant de freins au départ de la PASS.

Le premier élément aidant à la décision de l'orientation était le fait de sentir le patient « prêt à partir ». La stabilité de l'environnement et les repères identifiés à l'extérieur étaient aussi pris en compte, comme la suffisance de temps pris. Chaque cas devait être considéré dans son individualité et ses particularités. Pour orienter un patient, elle prenait donc son

temps, et organisait un réseau autour de la personne. Lorsqu'elle l'adressait vers une assistante sociale extérieure, elle appelait cette dernière en présence du patient, faisant ainsi le lien. Les patients avaient besoin d'être accompagnés. Elle présentait également de façon positive le soutien qu'ils recevraient à l'extérieur. La souplesse devait être de règle, et elle souhaiterait une véritable rencontre et discussion médicosociale pour décider puis réaliser l'orientation.

Tout cela restait complexe et difficile, car le « bout de papier » ne suffisait pas. Si elle n'était pas rassurée, et sentait une grande souffrance chez l'autre, elle continuait à le recevoir. Ceux dont elle se sentait plus proche, allaient plutôt être stimulés et « coachés » pour aller de l'avant dès qu'elle estimait prêts. Afin de rendre l'orientation plus facile et réalisable, le système de santé de droit commun devrait être plus souple, et la PASS pourrait laisser plus de temps au patient.

Elles se représentaient les patients comme des êtres fragiles, qui avaient des vécus lourds et qui étaient parfois dans une grande détresse. Ils avaient donc besoin d'un accompagnement et d'une attention particulière.

3.2.3.2. Docteur L

Jeune médecin généraliste, le Dr L a travaillé plusieurs années bénévolement au dispensaire de Médecins du Monde. Il a également une formation universitaire en ethnologie. Après avoir travaillé 3 ans à la PASS, il en est parti afin de se consacrer entièrement à son cabinet de médecine générale. Il a gardé quelques patients de la PASS, et reste toujours engagé auprès de cette population là.

L'entretien a eu lieu dans son cabinet de consultation. L'ambiance, au départ un peu tendue, (d'autant qu'il y a eu des petits soucis techniques avec l'enregistreur), s'est bien apaisée par la suite, surtout lorsque j'ai arrêté l'enregistreur.

Lors de la première lecture, nous avons retenu l'importance, pour lui, que ce soit le système public, (donc l'Etat symboliquement), qui prenne en charge ces personnes. Par ailleurs, en tant que médecin installé « en ville », il soulignait la force d'intégration et la possibilité de constituer un réseau d'aide rendant efficace une stratégie de quartier. A la PASS, le lien fort qui l'unissait à ses patients rendait la séparation difficile, d'autant plus que ceux ci étaient fragiles. Mais cette confiance et ce lien permettaient parfois un relais serein.

La PASS avait pour mission d'accueillir les personnes sans droits de santé, de les prendre en charge temporairement, puis de les adresser vers le système de santé de droit commun. L'intégration dans ce système avait beaucoup de sens pour lui. Premièrement, cela lui semblait plus cohérent que ce soit l'Etat plutôt que les associations qui prenne en charge ces situations. Ensuite, cette intégration rendait possible une stratégie de quartier efficace et pertinente dans l'aide apportée aux personnes. La PASS était un lieu où existaient des situations difficiles, mais où le soignant se retrouvait pleinement dans son rôle. Il pensait que cela pouvait être stigmatisant de fréquenter longtemps la PASS.

La fragilité du patient, sa vulnérabilité, son attachement fort au médecin, l'aide sociale reçue à la PASS et absente à l'extérieur, la peur de l'inconnu, les mauvais accueils voire les refus vécus ailleurs étaient autant de facteurs rendant difficile le départ de la PASS. Par contre, une prise en charge courte à la PASS, le désir d'intégration et la pertinence de la stratégie de quartier favorisaient ce départ.

Pour lui, il n'existait pas de critères préjugant de la possibilité de l'orientation. Concrètement, il se réjouissait systématiquement de la réception des droits avec les patients, qui leur permettait de faire « comme tout le monde » ; il leur parlait aussi du principe de « turn over » à la PASS. Il écrivait ensuite une lettre résumant l'ensemble de la prise en charge, qu'il donnait au patient. Certains pouvaient paraître effrayés, mais peu de personnes revenaient, même s'il ne pouvait pas savoir vraiment comment ça s'était passé. De son côté, il redoutait de faire du mal à ses patients, n'étant plus dans le soin, mais dans la réminiscence du traumatisme, et cherchait donc à protéger ses patients. Le lien qui l'unissait à ses patients était fort, ce dont avaient besoin les patients (qui le considéraient comme leur père parfois). Lui-même aussi était attaché à eux affectivement, les ayant vu se transformer « grâce à lui ». Ce lien était donc agréable pour les deux parties. D'un autre côté, il était conscient de l'incertitude de ses peurs et préjugés : l'adresse vers le système de santé de droit commun pouvait être bon pour le patient. Il culpabilisait aussi de ne pas alimenter le système de santé et ses bonnes lois. Enfin, il s'était rendu compte que peu de patients l'avaient finalement suivi à son cabinet de ville, alors que beaucoup se disaient très attachés à lui.

Sa solution, par rapport à ces difficultés, avait peut-être été de quitter la PASS, pour ne plus avoir à adresser les gens et préserver le lien avec ses patients.

Les patients de la PASS étaient des personnes fragiles, particulières, souffrant de leur situation sociale et ayant besoin des autres.

3.2.3.3. Docteur M

Médecin du travail de formation, le Dr M a, depuis plus de 25 ans, pris du temps pour travailler bénévolement dans différentes associations : Entr'Aids, qu'elle a contribué à fonder, puis le centre de dépistage du VIH de Médecins du Monde, et enfin le dispensaire de Médecins du Monde, tout en étant responsable de la Mission France de cette association. En 2000, elle est venue travailler à la PASS, intéressée de pouvoir faire la même chose qu'à Médecins du Monde en milieu hospitalier. Elle y travaille depuis, avec une mission particulière puisqu'elle est médecin agréée par la Préfecture pour la délivrance des certificats médicaux pour les demandes de titre de séjour pour soins.

L'entretien a été réalisé dans son bureau de consultation, dans une ambiance plutôt détendue.

Lors de la première lecture, nous avons retenu que les personnes avaient besoin initialement de cet attachement et de ce cocon protecteur que leur offrait la PASS. Celle-ci leur servait de premier repère ; il leur en fallait d'autres pour abandonner celui-ci, s'épanouir et devenir des hommes libres et dignes.

Dans l'analyse thématique, nous avons constaté que, pour elle, la mission de la PASS était d'accueillir en un même temps et un même lieu ces patients, de façon pluridisciplinaire, en leur permettant d'avoir accès aux traitements nécessaires. Le premier objectif était qu'ils ne soient plus dépendants de la PASS, et qu'ils retrouvent leur autonomie en ayant accès au système de santé de droit commun. La PASS était une structure qui faisait le même travail que les associations, mais avec plus de moyens grâce à l'infrastructure hospitalière.

La barrière de la langue, la marginalité des personnes, les pathologies psychiatriques, les traumatismes vécus et les difficultés d'organisation dans le temps étaient des facteurs freinants le départ de la PASS. De même, l'attachement au service, au médecin, envers qui ils étaient reconnaissants, la facilité d'adaptation et la souplesse de la PASS, la reconnaissance de leur identité et de leur existence d'homme étaient autant d'éléments rendant difficile le départ de la PASS. Par ailleurs, l'inadaptation des structures extérieures à certains patients et le refus de l'AME par les généralistes (impayés pour leurs actes) étaient des choses qui rendaient difficile l'accès au système de santé de droit commun. Par contre, le temps, le fait que la PASS soit un repère solide sur lequel il était possible de s'appuyer, l'annonce en début de prise en charge de la temporalité de la celle-ci, l'existence de structures extérieures adaptées

et la présence d'autres points de repères dans leur vie étaient des éléments facilitant le départ de la PASS.

Selon elle, la décision de l'orientation devait s'intéresser aux particularités de chacun. En pratique, elle annonçait dès le début que la prise en charge serait limitée dans la durée. Dès l'ouverture des droits, elle parlait ouvertement avec ses patients de la nécessité d'aller ailleurs, leur expliquant que la loi le demandait, et que c'était une étape importante sur le chemin de l'autonomie, tout en laissant la porte de la PASS ouverte. Elle écrivait alors une lettre résumant le dossier médical, et leur laissait aller voir le médecin de leur choix, ou bien les adressait vers l'un des dispensaires qu'elle connaissait. Parfois, les patients étaient réticents lors de l'annonce ; il fallait alors prendre son temps et différer le départ. Cependant, la plupart se réorientaient seuls. Comme médecin, elle avait rencontré quelques difficultés à cause de ce lien affectif, dont elle essayait de se prémunir. Parfois, elle jouait plutôt le rôle de « coach » auprès de ses patients et éprouvait une réelle joie lorsque ceux-ci étaient lancés dans leur vie.

Les solutions qu'elle préconisait pour ce problème étaient d'adresser les patients ayant des difficultés vers les dispensaires de Lyon, où le fonctionnement était proche de celui de la PASS. L'important restait que le patient « puisse accéder à sa dignité et à sa liberté d'homme », selon sa propre vision de la liberté.

Le Dr M parlait de ses patients comme des personnes exilées, qui arrivaient dans un monde qui leur était étranger, ce qui était très dur : certains devenaient alors malades, face à cette situation où n'étant reconnus par personne, le seul droit qu'il leur restait était celui d'être soigné.

3.2.3.4. Docteur N

Le Dr N est responsable du service de la PASS. Médecin généraliste, elle travaille le reste du temps dans le service d'hépatogastroentérologie du Pr. X, et a donc une activité exclusivement hospitalière. Le Pr. X lui a demandé si cela l'intéressait de créer une PASS, reprenant ainsi les directives de la loi de 1998, et s'inscrivant dans la continuité d'un projet déjà porté par un de ses collègues. Elle a été intéressée par le projet, car il concernait la médecine générale, les questions de précarité et les étrangers. La population semblait être proche de celle qu'elle rencontrait déjà dans son travail auprès de patients VIH, et de celle qu'elle avait côtoyée en Afrique. Elle a donc écrit le projet de la PASS à partir des textes de loi, projet qui a été soumis à la direction des Hospices Civiles de Lyon, retenu, et donc initié

en 2000. Elle y assure actuellement deux demi-journées de consultation et une demi-journée de travail de gestion.

L'entretien a eu lieu dans son bureau de travail, et non de consultation.

Lors de la première lecture de cet entretien, nous avons retenu l'importance que le Dr N attachait à la loi réglementant les PASS, aux résultats scientifiques issus des travaux de recherche pouvant aider à expliquer objectivement les problèmes rencontrés, ainsi qu'aux données objectives notées dans le dossier administratif des patients. Elle pensait que l'un des premiers freins dans l'envoi des patients vers les structures de droit commun était la propre résistance des soignants.

Dans l'analyse thématique, nous avons noté que la mission de la PASS était l'action simultanée de l'initiation des soins et de l'ouverture des droits, qui permettaient d'avancer plus efficacement sur les deux plans. La PASS devait être un lieu de passage, et une orientation était envisagée dès que les conditions le permettaient. C'était un service spécialisé dans la prise en charge des personnes en situation précaire qui ne devait pas devenir un « ghetto ». Parfois, le soin pouvait être considérablement limité par l'instabilité de l'environnement dans lequel vivait la personne.

La maîtrise de la langue, la compréhension du système français (facilitée selon le niveau d'instruction des patients), la stabilité environnementale, le fait d'être hébergé dans sa famille, la stabilité de la pathologie, la compréhension de sa maladie et l'existence de relais extérieurs identifiés, connus, et accueillants facilitaient le passage au droit commun. Au contraire, l'absence d'autonomie de certains patients se référant toujours aux autres, des pathologies lourdes en cours de prise en charge et nécessitant un cadre hospitalier, la prégnance des problèmes psychiques, le poids de l'habitude et le manque d'accueil des structures extérieures (psychiatriques par exemple) freinaient celui-ci. Ainsi, en plus de l'obtention des droits (dont elle pouvait être informée indirectement par les étiquettes de consultation), la stabilité de la pathologie, la compétence du patient sur sa pathologie participant ainsi à la continuité des soins, l'acquisition de la langue, un hébergement stable (indirectement apprécié par les informations administratives figurant sur le dossier) et l'absence de grosses pathologies psychiatriques étaient des critères décidant d'une orientation possible.

En pratique, l'orientation commençait lorsque les patients recevaient leurs droits. Au tout début de leur venue à la PASS, il existait d'autres préoccupations, et l'avenir encore incertain. Lorsque les patients recevaient leurs droits, elle leur expliquait alors la mission

temporaire de la PASS et présentait l'accès au droit commun comme quelque chose de positif, tout en expliquant les modalités pratiques (accès aux pharmacies). Le Dr N écrivait ensuite une lettre, et leur demandait d'aller voir un médecin de leur quartier, les orientant soit vers des médecins qu'elle connaissait soit laissant le patient se renseigner. Elle laissait bien sûr la porte de la PASS ouverte. L'annonce avait parfois été reçue de manière positive. Peu de patients adressés revenaient, ce qui laissait supposer que cela se passait bien.

Ses propres appréhensions concernaient tout d'abord la peur d'une rupture dans la continuité de la prise en charge, ou bien de compliquer celle-ci en ajoutant un troisième acteur médical. Elle pensait que l'un des freins à l'adresse en ville venait des soignants. Parfois aussi les professionnels oubliaient de réévaluer la situation. Elle-même ressentait le besoin de les « couvrir » tant qu'elle les percevait comme trop fragiles. Par ailleurs, certaines choses lui semblaient trop difficiles, comme faire vivre un réseau de précarité autour de la PASS, ou bien évoluer le système de santé. Elle reconnaissait cependant qu'un réseau de médecins connus faciliterait la continuité des soins et le relais. Une solution serait de refaire le point chez chaque patient venant depuis plus de 6 mois, selon des critères identifiés comme permettant l'orientation, définis de façon objective.

Le Dr N se représentait les patients comme des êtres fragiles, peu autonomes et ayant des troubles psychiques post traumatiques.

3.2.3.5. Docteur O

Le Dr O est médecin généraliste de formation. Il a travaillé à la mission France de Médecins Sans Frontières, puis à l'association Equilibre où il allait au devant des populations précaires, avec une approche médicosociale de la précarité. Il a également travaillé sur la prise en charge de l'hépatite C avec des médecins généralistes, auprès d'une population souvent touchée par la précarité. En 2000, il est arrivé à la PASS, dans le prolongement de cet itinéraire tourné vers le soin médicosocial des personnes en situation précaire.

L'entretien s'est fait dans le bureau qui a été mis à disposition pour l'étude. C'est donc nous qui avons la place du professionnel. L'entretien s'est déroulé dans une ambiance qui s'est très vite détendue, même si le Dr O était pressé par le temps.

Lors de la première lecture de l'entretien, nous avons remarqué la peur du Dr O d'abandonner ses patients, de prendre le risque qu'ils soient de nouveau exclus et mal pris en

charge ailleurs. Il a insisté sur l'importance, à la PASS, de l'éducation à la santé afin que le patient ait toutes les clés en main lorsqu'il quitterait le milieu idéal qu'était la PASS.

La première mission de la PASS était d'accueillir, sans barrières administratives ou autres, la demande de soins exprimée par des personnes qui n'avaient jamais, pour la plupart, pris en charge leur santé. Par la suite, il fallait les orienter vers le système de santé de droit commun, ce grâce à l'ouverture des droits faite par l'assistante sociale, qui faisait aussi le « bilan de leur situation sociale ». Cette mission d'orientation était la plus difficile. La PASS représentait, pour lui, le lieu de soin adapté à cette population, avec des professionnels motivés, à l'écoute de la personne et de son environnement, proposant une prise en charge adaptée à leurs possibilités. Il regrettait seulement le manque de temps disponible pour éduquer le patient.

La barrière de la langue, la déstructuration de l'environnement social, la présence de pathologies chroniques lourdes et l'attachement fort au médecin (avec une relation qui allait au-delà de la simple relation médecin-malade) étaient des freins au départ de la PASS. De même, le lien à la PASS, la peur du changement et de quitter un lieu contenant, la facilité des liens avec les spécialistes de l'Hôtel-Dieu, l'importance de l'aide sociale rendaient difficile l'orientation vers les structures du système de santé de droit commun. En plus, dans ce système, les moyens, la motivation et le temps pris par les professionnels étaient insuffisants pour s'occuper de cette population ; de plus, le cadre était rigide, manquant de souplesse (notamment avec l'organisation du temps, des rendez-vous). La différence était considérable entre la PASS et le système de santé de droit commun. Au contraire, une prise en charge courte, des pathologies simples, un lien et une connaissance faibles de la PASS et la connaissance de médecins généralistes accueillants et motivés pour la prise en charge des personnes précaires étaient des éléments moteurs dans l'orientation vers les structures du système de santé de droit commun. Un délai réduit de prise en charge, l'absence de pathologies lourdes, la communication possible avec le médecin de quartier, un hébergement stable étaient des critères pouvant décider d'une orientation.

Celle-ci se faisait difficilement, car ne pouvant leur « fermer définitivement la porte », comment pouvait-on les motiver à aller ailleurs ? Le Dr O ne savait pas comment faire. Et pourtant, lorsqu'il les orientait vers un médecin arménien qu'il connaissait, il avait de très bons retours. Concernant les autres médecins, n'ayant pas de retour, il espérait que tout s'était effectivement bien passé. Certains patients revenaient le voir en lui demandant d'être leur médecin référent, tandis que d'autres pouvaient passer épisodiquement pour avoir son avis sur tel ou tel problème.

Le Dr O avait des difficultés pour envoyer les patients en dehors de la PASS. Tant qu'il n'était pas certain que les patients seraient reçus et pris en charge aussi bien qu'ils l'étaient à la PASS, il ne pouvait pas les orienter. Il craignait aussi que les patients comprennent mal cette orientation, qu'ils aient « l'impression qu'on se débarrasse d'eux », vivant cela comme un abandon, d'autant plus s'ils avaient été pris en charge dès leur arrivée en France. Il refusait d'interrompre une filière de soin qui s'organisait depuis longtemps à cause d'un papier ou d'un changement de statut. Il voyait l'orientation comme une exigence qui contraignait et restreignait la liberté de choix des patients. Il craignait que les patients aient une mauvaise expérience à l'extérieur, cela se soldant par un échec, et excluant de nouveau ces personnes qui l'étaient déjà trop souvent.

Plusieurs solutions pouvaient être envisagées : la présence, à la PASS, de médecins travaillant par ailleurs en cabinet de ville simplifierait le relais ; ensuite, il faudrait sensibiliser et former les médecins généralistes à la prise en charge de cette population, afin qu'ils développent les mêmes compétences qu'ont les médecins de la PASS. La connaissance d'un réseau de médecins et de relais extérieurs identifiés, avec lesquels une communication réelle et une coordination efficace seraient établies et mobilisées autour des patients, serait souhaitable. Enfin, en plus de l'annonce initiale en début de prise en charge de la finitude de celle-ci, la mise en place d'une consultation multidisciplinaire ayant pour but d'éduquer le patient à la gestion de sa santé permettrait de réaliser l'orientation dans de bonnes conditions.

Le Dr O se représentait ses patients comme des personnes ayant eu des « parcours semés d'embûches », ayant une « vie sociale brisée », qui avaient été « trimballés de droite à gauche » dans la prise en charge de leur santé, et qui, à la PASS, étaient enfin accueillis, écoutés et soignés, et qui risqueraient de se « casser les dents » si on les y en sortait.

3.2.3.6. Docteur P

Le Dr P est médecin du travail de formation. Avant de travailler à la PASS, il n'avait pas eu d'expérience spécifique auprès des populations précaires. Ce qui l'a séduit pour venir travailler à la PASS était le fait de faire de la médecine générale. Il y travaille depuis un peu plus d'un an.

L'entretien s'est réalisé dans le bureau de consultation habituel du Dr P. Ce dernier était à l'aise, et l'ambiance était détendue.

Lors de la première lecture, nous avons retenu l'importance qu'il attachait au processus d'autonomisation qui devait être initié à la PASS, associé à la peur de les rendre dépendants de la PASS et des autres. Il a insisté sur la force intérieure de ces personnes, et profitait du moment propice de l'ouverture des droits pour les lancer vers un « ailleurs » plus épanouissant. Il se méfiait de la relation de dépendance vis à vis du médecin et du risque de laisser s'installer un fonctionnement de toute puissance, de la part du patient ou du médecin. Les problèmes sociaux interféraient peu dans sa prise en charge, sauf lorsque le patient les mettait en avant.

Pour lui, la première mission de la PASS était de « donner des soins gratuitement à des gens qui sont en grande difficulté sociale », et de saisir l'occasion de ce contact pour leur ouvrir des possibilités en matière de soins et d'aide sociale. La PASS devait être un point d'ancrage dont ils devaient ensuite se détacher pour aller vivre dans un monde plus complexe et moins protégé, dans lequel leur droit à être soigné était reconnu. La PASS était un lieu accueillant, rassurant, facile d'utilisation, faisant office de « béquille temporaire » où les patients découvraient le « nouveau monde » les entourant, où ils se reconstruisaient un tissu social et trouvaient des relais, sur lesquels ils se reposeraient par la suite.

Les éléments rendant l'orientation difficile étaient les problèmes de compréhension liés à la langue, les vécus traumatiques entraînant d'importantes souffrances psychiques, l'association de problèmes psychiatriques et sociaux, les grandes difficultés sociales, le lien à la PASS de certains patients ayant une structure « abandonnique », la facilité de fonctionnement de la PASS à la différence des nécessaires efforts qu'il leur faudrait faire à l'extérieur.

Au contraire, un environnement (familial notamment) stable, une pathologie aiguë simple ou une grossesse, l'identification et la proximité du médecin de quartier, l'épanouissement et le gain de liberté et de droits, et les meilleures conditions d'accueil dans les cabinets et des relais extérieurs repérés rendaient l'orientation plus facile.

Certains critères permettaient de décider d'une orientation : l'acquisition des droits, évidemment, mais surtout le moment de joie l'accompagnant étaient une opportunité à saisir pour les adresser dans le système de santé de droit commun. Lorsque l'attachement devenait trop fort, avec l'existence d'un transfert envers le médecin, l'orientation devait être envisagée. Les personnes devaient être prêtes, avoir initié la démarche et se l'être appropriée. Bien sûr, l'acquisition de la langue, la stabilité de leur environnement, et le contact positif avec la PASS leur servant de point d'appui, permettaient de réaliser l'orientation.

En pratique, l'orientation, qui pouvait se décider à deux avec l'assistante sociale, se faisait lors d'une consultation de relais pendant laquelle il expliquait aux patients leurs droits et la nécessité de choisir un médecin. Une fois un médecin identifié, le Dr P faisait alors une lettre résumant la prise en charge effectuée. Il présentait l'orientation de façon positive aux patients et prenait le temps de les accompagner, différant parfois le départ, surtout si les patients avaient semblé trop effrayés. Mais le « vertige initial » accompagnant l'annonce pouvait rapidement faire place à une appropriation de la démarche par le patient.

Concernant l'orientation, les craintes du Dr P étaient celles d'un fonctionnement sclérosé de la PASS et d'un enkystement des patients dans ce système, se laissant porter au lieu de devenir autonomes et s'épanouir. La PASS ne devait pas être une bouée permanente et devait plutôt offrir aux patients la possibilité de grandir. La relation médecin-malade pouvait être risquée si elle fonctionnait sur le mode de la toute puissance, avec un côté vite narcissisant pour le médecin. Ce dernier devait plutôt interrompre le lien affectif avec la « conscience de leur faire plus de bien que de mal ».

Le Dr P n'a pas parlé de solutions particulières, ne rencontrant pas de difficultés majeures dans cette démarche d'accompagnement vers le système de santé de droit commun.

La représentation qu'il avait de ses patients était celle de personnes ayant des souffrances psychiques souvent importantes liées à la migration, à leur histoire ou à leur situation actuelle, sans rien., dans un pays nouveau et de culture différente. Ils pouvaient donc avoir tendance à laisser les autres décider à leur place. Mais le Dr P croyait sincèrement et misait beaucoup sur leurs forces intérieures qu'ils devaient trouver et mobiliser.

3.2.4 Analyse par thèmes

3.2.4.1. Les missions de la PASS, l'intégration dans le système de santé de droit commun

3.2.4.1.1. Les missions de la PASS

Lorsque nous avons interrogé les professionnels sur les missions de la PASS, la première chose sur laquelle ils se retrouvaient concernait la combinaison d'un accès aux soins et de l'ouverture de droits sociaux. La pluridisciplinarité de cet accueil, qui réunissait en un même lieu des professionnels du soin et de l'aide sociale, était une mission fondamentale de la PASS. La prise en charge du patient en situation précaire, ayant exprimé une demande, était

au coeur de leur problématique. La réponse à cette demande se devait alors d'être adaptée aux besoins de chacun.

Cet accès simplifié à des soins permettait à ces personnes, dont le dernier contact avec une structure sanitaire était ancien, de formuler une demande de soins qui se devait alors d'être entendue. Ensuite, les soins et les démarches sociales cheminaient conjointement, les uns faisant avancer l'autre et inversement : parce que la personne était soignée, elle serait motivée à fournir tous les papiers nécessaires à une prise en charge sanitaire correcte ; si les démarches administratives avançaient, le soin en était facilité et possible.

La PASS s'adressait à une population spécifique, qui n'avait aucun droit, et peu voire aucune ressource. Face à ce type de population, une prise en charge globale de la personne, intégrée dans son environnement social, culturel, géographique était nécessaire. Pour cela, un travail en réseau autour de la PASS était donc primordial, afin que l'on s'occupe effectivement de la personne dans sa globalité.

En bout de parcours, une des missions importantes de la PASS était donc l'orientation vers le système de santé de droit commun. En parlant d'orientation, on introduisait alors la notion de temporalité car cette prise en charge était transitoire, le temps que les personnes sortent de leur situation difficile. Par ailleurs, ce suivi s'inscrivait dans une durée, le temps de passer le relais dans de bonnes conditions.

La Loi

« Suite à la...la loi contre l'exclusion, là, de 98 » (L)

L'accès aux soins et l'ouverture des droits

« La PASS a une vocation médicosociale » (O)

« L'accès aux soins bien sûr parce qu'avec les consults médicales que l'on fait » (K)

« Accueillir des gens qui ont pas de droits ouverts en attendant que les droits soient ouverts et puis passer le relais après quand les droits sont...sont ouverts » (L)

« C'est d'assurer, en un même lieu, en un même temps, un accueil, qui est un accueil pluridisciplinaire, puisqu'il y a à la fois une assistante sociale, un médecin, des aides soignantes, des infirmiers, la prise en charge médicale et paramédicale » (M)

« Permettre à des gens qui sont dans des situations de vie particulière, de trouver...je crois que c'est ça l'important, en un même temps et en un même lieu ce dont ils ont besoin » (M)

« Tel que je me le souviens des textes, c'est...c'est faire la demande d'ouverture de droits pour les patients qui...qui peuvent y prétendre et initier les soins dans le même temps. C'est l'action couplée, combinée, simultanée des...du soin et de la demande d'ouverture de droit qui est à...qui est à mon avis le noeud...de la PASS et sa...et sa force, son intérêt aussi. » (N)

Etude qualitative

« Le fait de pouvoir soi...en même temps soigner et ouv...et ouvrir les droits fait que la demande peut avancer en même temps et des le début sur les deux plans. L'un étaye l'autre, et c'est parce que...les soins avancent que...que le fait de...de...que l'on va pouvoir aller jusqu'à l'ouverture de droits pour certains patients qui vont être d'avantage motivés » (N)

« D'abord, c'est répondre à une demande de soins urgents. Alors, urgent pas au sens vital bien évidemment, urgent au sens médicosocial du terme. C'est à dire quelqu'un qui n'a pas vu de médecin depuis 6 mois, un an, 2 ans, 3 ans, voire parfois plus, pour moi, c'est une urgence médicosociale de le voir quand il formule une demande de soins. » (O)

Une population spécifique

« La PASS ça doit être réservé aux gens qui sont sans aucune autre ressource. » (P)

« La PASS doit être réservée aux gens qui n'ont pas de droits et qui arrivent, qui sont en grande, grande, difficulté. » (P)

L'environnement de la personne

« Après, t'as l'évaluation parce que tu n'orientes pas sans connaître un peu la...la personne elle-même.. » (K)

« Il faut pas non plus oublier que l'environnement de la personne est aussi important » (K)

L'orientation vers l'extérieur, le réseau

« L'orientation vers tous les organismes extérieurs...qu'ils soient sociaux, médicaux. » (K)

« Le réseau c'est quelque chose qui se...que j'ai beaucoup développé depuis que je suis là, et qui est très important, je veux dire, tu travailles pas, tu sors pas des gens de..., tu travailles pas l'orientation tout ça si t'as pas tout un réseau » (K)

« Et au...à la sortie du dispositif normalement, les patients se retrouvent avec les premiers soins...faits, et leur feuille d'ouverture de droits pour la suite, et puis des possibilités d'orientation. » (N)

« La deuxième mission qui est au moins aussi importante, c'est, une fois qu'on a répondu à la demande, bien évidemment, essayer d'orienter les gens, ...vers le droit commun, auquel 99, 99999999% des...des patient qu'on voit peuvent prétendre » (O)

La temporalité

« Pour moi la PASS, c'était plus dans le..., dans le court terme, enfin, dans le...le...le...le temporaire en fait » (L)

« Mais je crois pas que ce s...que ce soit très sain que ce...que cet...que les gens, ils restent, que ça se pérennise, et que la...la PASS...est destinée à être un lieu de passage, et je...moi je le conçois comme ça » (N)

« Dans mon idée, la PASS n'a pas vocation à garder les gens...ad aeternam quoi...Pour ma part, je n'ai pas rempli de feuille de médecin traitant...Pour ce motif là. Parce que je crois que sinon, le...les...le noeud est fait, » (N)

« Qu'après, il est bon qu'on prenne...qu'on passe le relais. Qu'on passe le relais à d'autres structures plus pérennes, pour des gens qui sont là déjà depuis un moment un peu plus long. La PASS idéalement, c'est quelque chose qui doit servir aux gens en grande difficulté sociale le temps qu'ils obtiennent leurs droits à la sécurité

sociale, CMU, CMU-C ou AME, donc 3, 4 mois » (P)

« Donc une aide temporaire c'est parfait. C'est-à-dire que c'est aux gens ensuite, de prendre les rennes de leurs propres vies, pour repartir sur de bonnes bases » (P)

3.2.4.1.2. *Les représentations de la PASS des professionnels*

En premier lieu, tous les professionnels s'accordaient pour dire que la PASS était une porte d'entrée vers les soins où existait un accueil adapté à cette population sans droits, « sans rien » et ne pouvant aller nulle part ailleurs. Ils y étaient informés de façon spécifique et actualisée sur leurs droits.

Cet accueil passait par un temps pris pour écouter l'autre et entrer en relation avec lui, en faisant l'effort d'établir une communication afin de comprendre cet autre pris dans son environnement.

La PASS semblait être un lieu adapté à ces personnes et à ce type de prise en charge, qui prenait soin d'elles dans leur globalité. On s'intéressait, en effet, à leurs conditions de vie, de logement, d'alimentation et les soins seraient adaptés selon les possibilités. La PASS avait donc un rôle à la fois médical et social, autorisant une prise en charge conjointe. La PASS était spécialisée dans les situations socialement et médicalement difficiles : certains parlaient même de situations « à la limite du soin ». Les professionnels devaient alors faire preuve d'un engagement fort auprès de ces populations.

Un espace était ainsi créé, où ces personnes étaient respectées et reconnues comme des êtres humains précieux et respectables, elles qui étaient sans cesse méprisées. Finalement, la PASS était un lieu adapté, et elle réussissait à remplir ses missions tout en réalisant un travail riche et de qualité.

La reconnaissance de l'autre

« C'est des gens qui sont dans une situations de...de...de clandestinité, de non-reconnaissance par la société. Et là, je trouve qu'il faut bien qu'ils soient reconnus quelque part, quoi. Qu'il faut bien qu'il y ait quelque chose qu'il leur reste à un endroit particulier.» (M)

Une porte d'entrée, un accueil

« Un SAS d'entrée, et une...porte, je dirai pas une vitrine, mais une porte d'entrée, à un endroit où les gens qui n'ont rien, peuvent être adressés, et ensuite, on voit ce qu'on peut faire. » (N)

« Autant, je...j'apprécie, et j'espère que...que ça rend service effectivement aux gens, le fait que ...qu'y ait un service qui soit spécialisé dans...dans ce genre de situation, qui soit...qui se mette à jour sans arrêt et on voit que les...les consignes changent de...de semaine en semaine ou de mois en mois, donc qui...où on puisse vraiment

Etude qualitative

renseigner les gens sur ce qui est possible de faire, et ce qui n'est pas possible de faire, et...et où on puisse déjà démarrer les soins rapidement sans...sans délai administratif, je crois que ça, c'est extrêmement précieux, que les gens qui n'ont rien...puissent trouver un lieu où déjà, ils puissent se faire soigner, et aussi faire la demande d'ouverture de droit. » (N)

« Dr X, on va le voir quand on n'a pas d'autre choix » (O)

« Les gens viennent, ils découvrent un accueil...je suis à la fois juge et partie, mais...un accueil qui me semble de bonne qualité, qui est rassurant, et les gens peuvent, on va pas dire que c'est...un nouveau départ dans la vie, mais ils peuvent s'appuyer un peu la dessus quoi. Temporairement. C'est une sorte de béquille temporaire. Et c'est...pas mal. C'est pas mal qu'on puisse leur offrir ça. » (P)

« Ben vous êtes obligé d'aller à la PASS parce que vous n'avez pas de droit et parce qu'y a que là qu'on...qu'on vous acceptera » (P)

Un début de droit commun ou un ghetto ?

« Je vois pas non plus la PASS comme...un hors droit commun, non plus. Pour moi, ça permet aux gens, d'avoir accès aux soins...Je refuse d'entendre dire que ça les ghetto...qu'on fasse un ghetto de la PASS » (K)

« C'est stigmatisant d'aller à la PASS, donc je pense que les gens, ils...oh, je pense qu'ils...enfin, ils...ils sont toujours dans le milieu de...de...de la clandestinité et de...et enfin, mine de rien, c'est quand même...le milieu de la migration » (L)

« Sinon, on va instaurer une médecine de ghetto, et je pense pas qu'elle soit souhaitable. » (N)

« Et venir tous les mardis à la...mardi matin à la PASS, pour obtenir un sourire ou un peu de chaleur humaine, ça n'est pas vivre normalement. » (P)

Le relationnel, le temps pris

« J'ai juste écouté. Tu vois, j'pense que c'est...quand on travaille avec des gens comme nous...dans la précarité comme nous on peut faire, je pense qu'il faut pas négliger cette part de relationnel qu'on peut avoir quoi. » (K)

« De toute façon, tu sais, je pense que l'accueil de cette population, c'est...c'est plus de 50% de notre boulot » (K)

« On fait l'effort de communiquer » (N)

« On prend le temps effectivement de faire ça. On prend le temps d'écouter, on prend le temps de...d'organiser une prise en charge. » (O)

« Avec cette capacité d'écoute, de compréhension, de prise en charge de l'environnement social, de réflexes » (O)

La richesse et l'efficacité de la structure

« Après, bon, c'est vrai qu'on a peut-être un fonctionnement qui fonctionne plus comme un dispensaire ou des choses comme ça, on a un fonctionnement à part quand même. Mais je pense qu'il est très riche ce fonctionnement » (K)

« Ce qui fait aussi qu'ici, c'est une PASS qui fonctionne très bien. Donc...faut qu'on reste comme ça, quoi » (K)

« A l'Hôtel-Dieu, ça fonctionne bien » (L)

« C'est quelque chose qu'on a pu recréer ici, à mon avis, avec une qualité supérieure, parce qu'on bénéficie de

Etude qualitative

l'infrastructure hospitalière » (*par rapport à MDM*) (M)

« J'ai vraiment l'impression d'exercer avec davantage de moyens mais de la même manière que ce que je faisais dans l'associatif, et dans l'associatif, on faisait ce qu'on...souhaitait » (M)

« Qu'on a la chance ici, d'être dans un ...milieu qui est ouvert, ça veut pas dire que tout est rose et qui faut pas de temps en temps batailler pour les consultations et les hospitalisations. Mais, avec un petit peu de persévérance, on n'a jamais d'obstacles qui ne se lèvent pas, hein. » (M)

« Elles me semblent remplies en général, oui...en général, ça...ça fonctionne. » (*concernant les missions de la PASS*) (N)

« Ils n'ont jamais goûté, effectivement au plaisir, au charme de la PASS » (O)

La dureté des situations rencontrées, limites du soin

« Et puis je pense que la PASS, c'est des choses dures » (L)

« Ce qui est aussi compliqué pour le médecin parce que ...y a des consultations qui sont difficiles, enfin...quand cette jeune femme, elle voulait...elle demandait la mort, c'était pas...c'était pas très évident » (L)

« Les limites du soin, lorsque y a une pathologie lourde, mais y a pas de logement, pas de revenus...Là, on peut se poser quand même la question de savoir si...si le soin peut reposer sur... sur du vide...Quand y a pas d'alimentation, quand y a pas... d'hygiène, quand...quand y a pas de repos...On peut pas être technique, on peut pas aller très loin dans le soin parce que...la base élémentaire manque. » (N)

« Un diabétique sans logement, sans possibilité de faire de régime, sans possibilité de...de...d'avoir une hygiène correcte. Ca tient pas debout...Là, on touche les limites» (N)

« Les non hébergés n'ayant pas de famille ou d'amis ou...chez... qui les hébergent et qui les nourrissent » (N)

« Qu'on est vraiment, nous, une structure bas seuil. On accueille des gens, qui, pour la plupart, ont pas été suivis sur le plan médical depuis des mois voire des années » (O)

Une structure adaptée à la personne et à son environnement

« C'est une structure qui est adaptée à leurs besoins » (O)

« C'est l'écoute de la personne, c'est à dire la compréhension de ce qu'elle demande, pourquoi elle vient, qu'est-ce qu'elle veut, qu'est-ce qu'elle cherche de quoi elle a besoin, etc., etc. Mais y a tout cet abord préalable qui est très important. C'est à dire : connaître le contexte social des gens, c'est à dire, est-ce qu'ils sont hébergés, pas hébergés, dans la rue, dans un foyer, est-ce qu'ils sont foutus à la porte à 7 heures du matin, est-ce que leur mode de vie est compatible avec...la prise d'un traitement...l'instauration d'un régime alimentaire, etc., etc., etc. C'est à dire que, concrètement, à l'inverse de ce qui se passe en médecin de ville, tu fais pas un diagnostic et une prise en charge stricte, mais tu adaptes le diagnostic la prise en charge, le traitement à l'environnement social du patient. » (O)

« On calque notre fonctionnement sur la demande de la population et non pas l'inverse » (O)

« On est une PASS, donc ça veut dire que la prise en compte de l'environnement social et de la problématique sociale de la personne, elle est fondamentale. » (O)

« Avec cette capacité d'écoute, de compréhension, de prise en charge de l'environnement social, de réflexes » (O)

L'engagement des professionnels

« Notre motivation, d'ailleurs, c'est pour ça qu'on est là...pour travailler pour cette population, elle est pleine » (O)

Les rôles social et médical

« A la PASS, on n'a pas le temps de faire de l'éducation du patient, à la...PASS, on a le temps, effectivement de répondre à sa demande, de prendre en compte la demande globale » (O)

« Notre rôle actuel à la PASS, où on croule sur...sous la demande du soin, sous...sous la demande de la réponse médicosociale à un problème médical » (O)

« Compte tenu du fait que le...l'aspect social est très bien pris en charge par l'assistante sociale, je continue à faire de la médecine quoi, quel que soit le... l'aspect social des gens, ça change pas grand choses finalement » (P)

« Une assistante sociale qui vous trouve un foyer quand y a besoin, un médecin qui vous donne des médicaments qu'on paye pas quand y a besoin » (P)

3.2.4.1.3. L'intégration dans le système de santé de droit commun

Concernant cette thématique, une notion de difficulté a d'abord été constatée dans les différents entretiens. Le Dr O en parlait même comme étant « la mission la plus difficile de la PASS ». Cette mission apparaissait comme souhaitable, en théorie, mais difficile à réaliser en pratique. Elle restait cependant un objectif à atteindre, et ce afin que les patients soient plus autonomes et se gèrent eux-mêmes.

Les concepts d'intégration et d'insertion étaient fortement présents dans les discours des professionnels qui voyaient, dans l'utilisation du système de santé de droit commun, une voie menant vers l'insertion dans la société. Celle-ci était facilitée soit par une stratégie de quartier (du point de vue du Dr L) soit par d'autres réseaux que les personnes se construisaient le temps de leur venue à la PASS. La PASS devenait alors ce lieu d'apprentissage d'un monde nouveau, créateur d'un tissu social et point de repère d'où l'on partait à la découverte d'un nouvel univers.

Enfin, le fait que cela soit le service public qui prenne en charge ces personnes en difficulté semblait en cohérence avec les différentes lois contre l'exclusion et les suivantes. Cela signifiait que la prise en charge était assumée par les pouvoirs publiques, et donc par l'Etat. D'autre part, le fait que l'on accorde à ces personnes, exclues par ailleurs, ce droit à la santé était « un message fort » (Dr P), puisqu'on leur reconnaissait au moins ce droit là.

L'utilisation prolongée de la PASS, ayant pour conséquence une intégration retardée dans le système de santé de droit commun, restait quelque chose d'encore peu compris et partiellement étudié.

L'importance et les difficultés de l'intégration dans le système de santé de droit commun

« Le retour au droit commun, ben euh...c'est un bien grand mot, j'dirai » (K)

« C'est une question importante » (N)

« C'est une des missions, mais c'est pas la plus facile, c'est à mon avis la plus compliquée »(O)

« Remettre les gens dans le droit commun, bien évidemment, c'est la mission la plus difficile de la PASS » (O)

« La réorientation dans le système de droit commun, tel qu'il est conçu à l'heure actuelle pose d'énormes difficultés » (O)

Un souhait théorique

« C'est vrai que tous ces patients qu'on reçoit à la PASS doivent être orientés, normalement rapidement vers le droit commun » (K)

« Y a la théorie et la pratique. En théorie, moi je suis très...je suis très pour » (L)

Un objectif premier pour une autonomisation des personnes

« L'idée, c'était que on ne gardait que les gens qui vraiment ne pouvaient pas aller ailleurs, et que le premier travail était celui de permettre à chacun de bénéficier de l'accès au droit commun. Donc, ça...moi, pour moi, c'est...c'est l'essentiel, c'est d'amener les gens à ne plus être dépendant de nous. Mais à retrouver leur autonomie, et leur...leur capacité propre de s'organiser comme ils le souhaitent. Pour moi, il faut que ça reste le...le premier...le premier objectif » (M)

L'intégration

« Par rapport à des gens qui doivent s'insérer en France, c'est quand même mieux de...de sortir de la PASS quoi...notamment pour voir la médecine de ville, pour voir un généraliste de quartier » (L)

« Dans une stratégie de quartier, on est vachement pertinent » (L)

« Ca a contribué à son insertion dans le quartier, donc elle s'est fait des amis, rencontré d'autres personnes dans sa situation, et c'est vachement plus...c'est une dynamique d'insertion qui est beaucoup plus...bien supérieure aux gens qui...qui vont à la PASS et qui sont toujours... » (L)

« Et je pense finalement, en vous parlant, c'est ça l'intérêt d'orienter vers le droit commun, c'est de...c'est de l'opportunité que les gens intègrent des réseaux...De proximité en fait...Et ça, j'en n'avais pas du tout conscience quand j'étais à la PASS en fait. Parce que ça, c'est des choses qu'on pourrait travailler à la PASS. » (L)

« Etre dans la salle d'attente d'un cabinet de médecine générale, c'est...on a just...on a sûrement l'impression d'être dans une dynamique d'insertion...j'imagine » (L)

« On est pertinent pour la...la santé, le moral des gens, et la santé tout court » (L)

« Mais il faut qu'ils passent à autre chose, c'est-à-dire que la PASS peut pas être là tout le temps pour les mêmes personnes » (P)

« Une sorte de point d'attache initial. Mais dont il faut pouvoir se détacher, pour pouvoir intégrer ce monde un peu plus complexe » (P)

« La PASS doit rester un...une étape dans leur séjour ici, et doit pas être la réponse à tous leurs problèmes» (P)

« C'est à mon avis un facteur d'intégration important » (P)

« C'est un des moyens, la PASS d'apprendre un nouveau monde, pour les gens qui ont été déplacés » (P)

« Ils ont ce premier contact, qui leur permet de trouver des relais, créer un tissu social autour de ces gens qui sont...sans rien » (P)

La reconnaissance du service public, la reconnaissance de l'autre

« Pour que le système fonctionne il faut l'alimenter, donc le droit commun, c'est bien en tant que système de soins, mais il faut aussi pour les acteurs le nourrir quoi...Non, moi je crois que entrer dans le droit commun, c'est...le meilleur système, à mon avis, enfin au niveau, enfin, sur le papier en tous cas, au niveau de la santé publique, que ce soit l'état qui prenne en charge les...ces personnes primo arrivantes qui ont pas de droit ouvert, c'est quand même plus pertinent » (L)

« Il me semble quand même que...que ce soit l'état qui prennent en charge ces personnes, ça parait quand même cohérent, parce que...l'état, c'est quand même le citoyen quoi, c'est...ça me parait plus pertinent que ce soit MDM ou d'autres associations...Parce qu'on ...on élit de hommes politiques, et on a envie que ces hommes politiques là, ils...enfin, ils fassent ce qui nous semble cohérent, quoi. » (L)

« Y a une loi qui est passé, faut...qui était une bonne loi, et...après y a toujours cette idée que pour la faire vivre, il fallait...il faut l'alimenter » (L)

« Le système social français dit à ces gens...qui en général, n'ont pas...n'ont pas de carte de séjour, n'ont pas grand chose...Dit à ces gens, « Ben vous avez le droit d'aller vous faire soigner où vous voulez, on prendra en charge les soins pour vous. » C'est quand même un message fort » (P)

Une question peu étudiée

« Peut-être qu'effectivement les patients qui restent à la PASS, c'est fondé parce qu'il y a telle et telle et telle chose, mais pour l'instant, on n'est pas en capacité de la montrer. » (N)

3.2.4.2. Les éléments favorisant ou freinant le passage au système de santé de droit commun

Parmi les facteurs facilitant ou non l'intégration dans le système de santé de droit commun, nous avons repéré ceux qui se rattachaient plutôt à l'individu, que nous avons appelés « facteurs personnels », ceux qui étaient liés à la pathologie, ceux qui évoquaient la structure même de la PASS, et enfin ceux qui faisaient référence au système de santé de droit commun extérieur à la PASS.

3.2.4.2.1. Les facteurs personnels

Dans le discours des professionnels, un des éléments avancé était l'histoire traumatique de ces patients et la fragilité en résultant : ces patients, aux vécus compliqués et souvent traumatisants, devaient être pris en charge avec précaution, puisqu'ils étaient vulnérables et sensibles. Ces histoires terribles les fragilisaient donc d'un point de vue psychologique, et l'on se devait de prendre son temps. Il ne fallait surtout pas, une fois qu'ils avaient trouvé en la PASS un lieu accueillant, un « cocon protecteur » (dixit Dr M), les renvoyer brutalement vers un ailleurs qui risquerait d'être de nouveau traumatisant. Les premières difficultés désignées étaient donc les vécus traumatisants et les fragilités psychologiques de ces personnes.

Ensuite était rapidement soulevée l'importance primordiale de la langue : celle qui était maîtrisée et qui permettait d'être autonome et de communiquer, ou au contraire celle qui était une barrière empêchant d'aller ailleurs. Effectivement, à la PASS, non seulement un certain nombre de professionnels parlaient d'autres langues ce qui facilitait la communication, mais surtout ces derniers avaient la volonté et les moyens (en termes de temps, ou d'accès à des interprètes) d'établir un dialogue avec des patients dont ils ne partageaient aucune langue commune. Pour faciliter le passage dans le système de santé de droit commun, il fallait donc que le patient parle correctement la langue française, et/ou que le médecin accueillant se donne les moyens de permettre cet échange.

Au-delà de la langue (qui était effectivement un facteur d'intégration au sens large), il leur fallait aussi développer des capacités pour comprendre ce monde nouveau et inconnu. Ceci était facilité, selon le Dr N, par le fait d'avoir suivi des études supérieures.

Puis, les professionnels ont évoqué la question du statut administratif des patients : si le patient était demandeur d'asile (en situation régulière donc), l'accès à un réseau institué et identifié en tant que tel facilitait le passage au système de santé de droit commun ; par contre, ceux qui étaient en situation irrégulière avaient pour « seul droit celui de se faire soigner », et devaient se construire leurs propres réseaux. Ceci les amenait à s'interroger sur l'importance de l'environnement social, géographique et culturel du patient dans cette problématique d'accès au système de santé de droit commun. Le premier point concernait la question du logement : tant que le patient n'était pas installé dans un lieu fixe où il avait un certain nombre de repères, il était difficile, voire illusoire, de demander au patient de se rendre chez

un médecin généraliste « de ville ». Ensuite, le cadre dans lequel était inscrit le patient intervenait : habitant chez sa famille, qui avait déjà des points de repères sociaux et médicaux indispensables, ou bien inscrit dans un réseau associatif quelconque, le passage vers un lieu nouveau était facilité.

Enfin entrain en ligne de compte la notion de temps, de « prendre son temps », de laisser du temps pour que les choses se fassent et se dénouent...Avant de pouvoir quitter un lieu pour aller vers un autre.

La fragilité, les traumatismes vécus

« Par contre d'autres qui sont plus fragiles, parce qu'ayant vécu des choses plus difficiles, et ben, il faut prendre un peu plus de temps. » (K)

« On sent que les... que les gens sont trop fragiles pour... » (L)

« Ce serait déstabilisant pour la personne de changer le...le cadre et le lien. » L)

« On estime une vulnérabilité, une capacité à se débrouiller » (L)

« En même temps, faut arriver...faut être capable de faire la démarche quoi. » (L)

« Un obstacle psychique, enfin, je crois qu'y a des gens qui ont été très...très malmenés dans leur vie, ils ont besoin aussi, pendant un temps, qui peut-être plus ou moins long, d'avoir une sorte de...cocon protecteur aussi. Et puis, qu'en même temps, on ne leur coupe pas de façon abrupte les...les premiers liens qu'ils ont réussi à tisser » (M)

« On reçoit des gens quelque fois qui...qui n'ont...qui ont besoin d'être assistés. » (M)

« L'absence de troubles psychiques...trop important. Je sais pas, on a quelques patients qui ont un peu...qui ont des syndromes dépressifs post traumatiques on va dire, suite aux conditions de détention...avant...avant le...la...l'exil, on...on dure un petit peu avant de les envoyer en ville parce que ils sont relativement abattus. » (N)

« Tu peux pas demander par exemple à une personne isolée, à la rue, déboutée du droit d'asile, d'aller consulter en médecine générale » (O)

« Quand la venue ici a été subie...ou du moins, quand les gens ont fui leur pays » (P)

« Beaucoup de jeunes femmes qui arrivent ici dans des états psychiques déplorables, avec des plaintes physiques bien souvent...des somatisations en fait, d'un état...psychique difficile, parce qu'elles ont été...battues, abusées » (P)

« Tous les gens qui sont un peu limites, ou qui sont victimes, ou qui ont été victimes de traumatismes dans leur pays, et qui viennent dans ce cadre là, c'est à dire qu'ils ont fui, comme...comme je le disais tout à l'heure. Ces gens là sont plus fragiles » (P)

« Les gens qui sont abandonniques, ils ont de grosses difficultés sociales, et ils ont des grandes difficultés psychiques » (P)

« Or quand les difficultés sociale sont trop importantes, ou les difficultés psychologiques sont trop importantes, et ben effectivement...ça peut être un...un...un frein à la bonne prise en charge » (P)

La langue

« Le médecin traitant s'est trouvé paumé, a dit « Mais qu'est-ce que vous voulez que moi j'en fasse, on se comprend pas, on peut rien faire » (M)

« L'obstacle de la langue, c'est un obstacle...aussi » (M)

« Il a pu avoir un médecin traitant le jour où il a suffisamment bien maîtrisé la langue française. Il m'a eu moi, comme médecin que le temps où il pouvait parler qu'en...qu'en allemand.» (M)

« Trouver un généraliste qui accepte de consulter dans une langue étrangère...Alors, l'anglais, je sais pas, mais l'allemand en tous cas...moi j'en n'ai jamais vraiment trouvé à l'extérieur de gens...même quelques fois pour les consultations hospitalières. » (M)

« Les patients parlant bien français, les patients qui ont fait un minimum d'étude, » (N)

« Les patients qui ne parlent pas français, je crois que ça, c'est quand même un énorme frein à l'orientation en médecin de ville...à l'exception de la filière arménienne parce que là, on a un...un réseau de médecins qui parlent arméniens, qui sont bien identifiés, et à qui on peut adresser les patients » (N)

« C'est le problème de la langue puisque 90 % de nos patients ne parlent pas ou ne comprennent pas bien le français » (O)

« Qu'ils ont des problèmes de langue, et que leur intégration sera plus difficile » P

« Puisque les médecins de la PASS font des efforts pour...s'exprimer dans les langues étrangères » (P)

« On a de grandes difficultés vis à vis des gens d'Europe de l'Est parce qu'ils ont...beaucoup, beaucoup de mal à intégrer la langue française » (P)

« J'ai demandé aux gamins, aux enfants, de trouver un médecin qui parle arabe » (P)

La volonté de communiquer des professionnels

« On commence à connaître un petit peu ceux qui vont faire l'effort de communiquer et ceux qui ne feront pas l'effort de communiquer. » (N)

« Si y a une volonté de communiquer, on peut se débrouiller aussi, même pour les spécialistes » (N)

« Mais quand y a pas de volonté de communiquer, c'est pas la peine » (N)

Les moyens de compréhension du monde autour

« Les patients qui ont fait un minimum d'étude, les patients qui sont en France depuis un certain temps, qui commencent à comprendre comment fonctionne le système français, ça ce sont des éléments favorisants. » (N)

« Les études...ça contribue à l'autonomie...Ca joue par rapport à ça, quoi...Le maniement de la langue, le fait de...de...probablement aussi d'être moins attaché aux personnes, et de s'intéresser d'avantage à l'objet ou à la structure, ou...voilà. De...De comprendre plus facilement » (N)

La stabilité environnementale

« Le droit commun, quand t'es sans papier...sans logement...ne parlant pas français...n'est pas si simple que ça quoi » (K)

« Une fois qu'ils sont installés un peu plus à long terme dans un... endroit, ils vont trouver le médecin » (K)

« Peut-être que la famille ou il est accueilli, ben ça se passe mal, ou il y a de la maltraitance, ou il faut quitter

cette famille, et puis voilà, donc ça sert à rien de mettre en place un réseau ...un lien avec un médecin de quartier, parce que de tout façon, ça n'y restera pas. » (K)

« L'installation, si elle est plus ou moins stable. Ça sert à rien d'orienter une...une dame, ou un monsieur dans un telle...MDR, si tu sais que 15 jours après, il sera dans une autre, et encore une autre dans la semaine d'après. » (K)

« La question aussi d'un logement stable, on peut pas investir dans...dans un médecin de ville me semble t il...si on est hébergé ici un jour, là le lendemain...ça paraît pas très compatible » (N)

« Pour un patient qui est désorienté...qui vient pas aux rendez-vous...qui prend pas les traitements, qui a des interruptions, c'est un frein important au passage » (N)

« Les patients sans domicile, c'est un gros souci » (N)

« C'était possible, puisque c'était quelqu'un qui était hébergé par ses enfants » (P)

« Y avait des choses de stable...un structure stable autour d'elle, qui permettait de passer le relais » (P)

« Les gens qu'ont un relais social qu'ont...qu'ont tout un schéma social autour d'eux, une famille qui tient la route » (P)

Le statut administratif

« T'oriente pas de la même façon un sans papiers et un demandeur d'asile » (K)

« Pour les demandeurs d'asile, c'est pas compliqué, ils vont l'avoir le réseau, systématiquement puisqu'ils vont rentrer dans une structure d'accueil demandeurs d'asile, donc eux, c'est facile » (K)

« Mais t'as toutes les personnes en situation irrégulière pour qui le réseau, c'est à eux de le créer » (K)

« Quelqu'un qui a la CMU, c'est quelqu'un qui a un droit de séjour sur le territoire français, donc qui a la possibilité de...de s'installer dans une vie ordinaire, au moins pour certains. Et que quelqu'un qui a l'aide médicale état, c'est quelqu'un qui n'a aucun autre droit que celui de se faire soigner. Aucun autre » (M)

L'importance du temps

« Y a des gens qui vont avoir besoin d'un petit peu de temps pour prendre leur liberté » (M)

« Bon, petit à petit, les gens se détachent au fil du temps, tout seuls. » (M)

« Faut aussi laisser un peu le temps aux gens. Et petit à petit, ça fait son chemin » (P)

3.2.4.2.2. Les facteurs liés à la pathologie

Premièrement, il existait certaines pathologies qui allaient donner accès à tout un réseau extérieur à la PASS, social et médical à la fois. Celui-ci allait considérablement faciliter le départ de la PASS. Pour d'autres pathologies (comme le VIH, les hépatites, ou bien le suivi de grossesse) pour lesquelles le réseau hospitalier (en général à l'Hôtel-Dieu) était connu : l'intégration dans le système de santé de droit commun était ainsi favorisée. A l'inverse, certaines maladies pouvaient interdire l'accès à certains réseaux d'aide, à cause de la nécessaire confidentialité les concernant.

Les professionnels citaient ensuite les problèmes psychiatriques qui freinaient grandement l'intégration à la médecine de ville, concernant la prise en charge psychiatrique mais aussi somatique.

Enfin, la gravité et l'instabilité de la pathologie limitait autant le départ vers un autre lieu de soin : pour un certain nombre de pathologies lourdes, le suivi dans un service hospitalier semblait plus adapté aux yeux des professionnels. Les médecins n'envisageaient de passer la main qu'une fois que l'ensemble des maladies était stabilisé. Plus précisément, il fallait qu'un certain nombre de « routines » (dixit Dr N) s'installent et que le patient se soit approprié sa maladie. Une fois que celui-ci était compétent pour sa maladie, qu'il l'avait intégrée et comprise, le transfert vers un autre soignant pouvait se faire car le patient était lui-même porteur des informations le concernant.

Les réseaux selon la pathologie

« Parce qu'il y a des réseaux d'aide pour certaines personnes atteintes de pathologies, si t'es pas au courant, tu peux pas les orienter là bas » (K)

« Si tu sais qu'elle a telle pathologie, tu peux l'orienter...où ce sera plus rapide. » (K)

« Certaines pathologies aident la personne à s'en sortir mieux que d'autres » (K)

« T'as des pathologies qui font que...certains réseaux leur sont plus ou moins interdits...Parce qu'on peut pas toujours divulguer ses pathologies à tout le monde » (K)

« Un cas de figure qui est...où la pathologie est assez lourde, mais...on connaît bien le circuit...le VIH et les hépatites. Ca , c'est simple, on les ad...on les adresse au spécialiste concerné, et la suite se fait dans le service, on sait qu'il y a une prise en charge complète, aussi bien au niveau social, y a un lien, comme c'est dans le même établissement, c'est facile. » (N)

La grossesse

« Le suivi de grossesse, c'est comme la CMU, une fois que le bébé est là, on les voit plus »(P)

Les troubles psychiatriques

« Quelqu'un qui est très ...qui pouvait être très violent, qui s'est fait viré de tous les cabinets médicaux y compris des...des psychiatres qu'il voyait » (M)

« Et ça, dans les cabinets médicaux, ça a jamais marché, parce qu'il s'est fait viré, et les gens ont dit...on n'en veut plus, il est trop perturbateur. » (M)

« C'était du à son...tempérament explosif et au fait qu'il était très menaçant » (M)

« Y a ceux qui sont complètement désinsérés, des gens qui...qui sont trop...trop marginaux pour rentrer dans...dans le système de santé classique, alors ici, ils trouvent quelque chose »(M)

« Les patients...qui sont...qui ont des troubles psychiques sont plus difficiles à orienter...Pour des maladies somatiques » (N)

« Parce qu'ils ont des problèmes psychiatriques, et que...faire prendre en charge quelqu'un à l'extérieur, qui a des problèmes psychiatriques et des problèmes sociaux, c'est difficile. » (P)

« Tous les psychotiques, faut pas rêver, ils reviendront pas dans le droit commun » (P)

L'instabilité de la pathologie ou sa gravité

« Quand il y a des pathologies lourdes qui nécessitent...un spécialiste, du laboratoire, de la radiographie, ça freine aussi un petit peu le...passage en ville au moins dans un premier temps...Mais dans...dans un second temps, ça...ça...quand la pathologie est stabilisée, quand l...le patient est habitué à la fois à son traitement, aux analyses de surveillance qu'il peut avoir à faire, et aux directives de son spécialiste, pourquoi pas » (N)

« Il faut que la pathologie soit un minimum stabilisée, de façon à ce qu'il puisse y avoir des routines qui s'installent, et ces routines là sont transférables en ville. » (N)

« Dans les situations qui, déjà sur le plan médical sont instables, je crois qu'il faut pas en rajouter du point de vue de l'organisation des soins sur la stabilité. Voilà. Mais sur une pathologie stable, là, on peut...faire un passage, en fait » (N)

« Quand y a une pathologie qui relève de...d'une affection longue durée, une prise en charge un peu complexe et un peu lourde, c'est un peu plus difficile d'adresser les patients en...en ville » (N)

« Les patients qui nécessitent une prise en charge, un suivi chronique, dont on sait pertinemment que de toute manière, ils vont revenir à l'Hôtel-Dieu » (O)

Appropriation de sa pathologie

« Quand vous avez un patient, qui même s'il parle pas français, ça se passe par un interprète, mais il vous dit exactement ce qu'il a, les examens qu'il a eu, le traitement qu'il prend, bon...C'est un patient qui est...compétent dans sa maladie comme on dit. Et à ce moment là, cette compétence là, qu'il a lui-même intégrée...il en est le propriétaire d'une certaine manière, et ça peut se transférer sur différents soignants. Tandis que quand certain patient, qui n'a pas du tout intégré ce qui lui arrive, ou ce qui se passe du point de vue de sa santé, et qui...qu'il présente soit des plaintes partielles, soit des...des éléments très fragmentaires, dont on ne le sent pas en capacité de les maîtriser, ça veut dire que chaque transfert sur un nouveau soignant sera extrêmement onéreux en effort » (N)

3.2.4.2.3. L'attachement au service

Les professionnels soulignaient l'attachement des patients à la PASS comme un facteur compliquant le départ. Les patients y seraient attachés d'abord pour ses facilités de fonctionnement : l'organisation des consultations était peu contraignante (pas de rendez-vous, accueil tous les matins, voire l'après midi pour une consultation auprès de l'assistante sociale) et les personnes y travaillant faisaient preuve d'une grande souplesse. Cette souplesse était aussi présente dans la façon dont les situations pouvaient être gérées : les problèmes de langue étaient parfois résolus de façon originale (cf. Dr M).

La prise en charge sociale combinée à celle des soins étaient un élément attrayant pour cette population ayant des problèmes sociaux conséquents. D'une part, les médecins de la PASS étaient spécialisés dans la prise en charge des personnes précaires, d'autre part l'accompagnement social contribuait à l'amélioration de leurs problèmes de santé. D'après les professionnels, les patients étaient donc liés à la structure car elle était adaptée à leurs besoins, ils la connaissaient, et ils y trouvaient un certain nombre de facilités et d'aides spécifiques à leurs situations. Ce lieu était donc un repère important à cette période de leur vie.

La PASS était aussi investie comme le premier lieu où ils avaient été accueillis, ce qu'ils n'oubliaient pas ; c'était un endroit où ils avaient été aidés dès leur arrivée, moment où tout était désillusion. Les patients ne se sentaient alors pas le droit d'abandonner les personnes qui les avaient aidés à ce moment crucial, comme s'ils avaient peur d'être infidèles. C'était également un lieu où le patient était considéré et reconnu comme un être humain par ses semblables et par l'institution. Il y reconstruisait ainsi son identité. En outre, il était identifié, non seulement comme personne, mais aussi comme malade inscrit dans une prise en charge et un suivi.

L'attachement au médecin et à l'assistante sociale était unanimement cité par les professionnels. Les patients entretenaient une relation privilégiée avec ceux-ci, qui les connaissaient dans leur intimité, puisqu'ils leur confiaient leurs histoires. Un véritable lien affectif les unissait aux soignants, caractérisé par toutes sortes d'adjectifs empreints d'attachement et de reconnaissance. Ils devenaient alors dépendants, au moins pour un temps, de ces soignants qui les avaient écoutés et parfois « sauvés ». Ils leur faisaient une totale confiance, et s'en remettaient entièrement à eux. La perte de ce lien très intense et inscrit dans la durée pouvait alors être vécu comme un abandon. Dans d'autres cas, les bonnes relations instituées entre patients et professionnels facilitaient au contraire le départ de la PASS : cette relation forte pouvait, d'une part, les aider à se reconstruire, et donc à devenir autonomes un jour ; d'autre part, les patients avec qui la relation avait été bonne et facile étaient ceux qui allaient le mieux s'adapter au monde extérieur, la PASS jouant alors un rôle de miroir. D'autres pensaient plutôt qu'une prise en charge courte avec peu d'attache affective facilitait le détachement de la PASS. Enfin, un professionnel pointait la stigmatisation rattachée à ce lieu et aux personnes le fréquentant, comme un facteur devant motiver le départ de la PASS.

Les facilités de fonctionnement

« Le fait qu'on fonctionne sans rendez-vous, sans rien...J'veux dire, pour eux, c'est ...c'est important » (K)

« Ici, on n'a pas de contraintes. Les gens, ils viennent quand ils veulent. Bon...souvent, ils sont reçus quand ils

viennent » (K)

« J'pense qu'au début, qu'on ait une certaine souplesse favorise le fait qu'ils viennent ici plutôt. C'est notre fonctionnement qui fait que les gens viennent. Et le fait d'avoir des vacances médicales » (K)

« On a un mode de fonctionnement toutes les deux qui est très particulier, moi je lui offre en début de chaque année un agenda de l'année, et je marque des choses » (M)

« Je recevais aussi à cette époque M. X qui parlait le russe et l'allemand. Aucun des deux ne parlait français du tout. Et, M. X parlait avec ce...parlait avec moi en allemand, traduisait au monsieur en russe, et me...me retraduisait en allemand. Et il n'empêche que ça a fonctionné. Mais ça, c'est pareil, c'est le genre de choses... » (M)

« Pour les quelques patients qui ont des anticoagulants, on peut avoir des adaptations de traitement assez rapide, et...et assez confortable pour eux. » (N)

« Une assistante sociale qui vous trouve un foyer quand y a besoin, un médecin qui vous donne des médicaments qu'on paye pas quand y a besoin » (P)

« Parce que c'était pratique ici » (P)

La prise en charge sociale

« Faut savoir aussi que beaucoup de patients qui viennent à la PASS, c'est leur...Pour beaucoup, c'est une première porte ouverte vers le social et le médical réuni.. » (K)

« La PASS où y a aussi une étiquette « médecin des papiers », enfin, dès qu'y a...dès que y a un problème de papier déjà ils venaient voir X. » (L)

« Des fois il vient me voir pour des...pour vraiment des choses qui n'ont rien à voir avec la médecine, pour des papiers, des choses comme ça » (L)

« Ils ont été clairement soulagés au niveau de leur souffrances psychiques par le réseau social. » (L)

Le lien à la structure

« C'est une structure qui est adaptée à leurs besoins. Dire, on les a habitués entre guillemet, si tu veux, à adapter la structure à leurs besoins, » (O)

« Ils passent de rien à tout, et on leur demande, de passer de nouveau de tout à moins, voire b...voire beaucoup moins, voire parfois rien du tout » (O)

« Donc forcément, tu vas t'attacher...pas au médecin, nécessairement, mais à la structure. »(O)

« C'est difficile pour eux de retrouver ce qu'ils ont découverts à la PASS, et ce qu'ils ont trouvé à la PASS » (O)

« Elles ont été plutôt bien accueillies, elles ont été plutôt rassurées, elles retrouvent petit à petit un mode de fonctionnement...normal, hors violence » (P)

« Ici, ils connaissent, ils connaissent les gens, ils connaissent le lieu, » (P)

« Et les gens qui ont investi la relation parce qu'à la PASS ; ça se passait bien, parce qu'ils étaient bien accueillis, parce qu'il fait chaud, parce qu'ils trouvent toujours les mêmes personnes à la même heure, au...au même moment, c'est un...très bon repère » (P)

Le premier lieu d'accueil

« Y en a beaucoup qui disent hein, c'était la premier porte ouverte. ils oublient pas » (K)

« C'est sûr que les gens qui viennent ici sont bien accueillis » (L)

« Il peut y avoir aussi des gens qui ne se sentent pas le droit de laisser ceux qui les ont accueillis, ceux qui les ont aidé au...au début. » (M)

« Une sorte de point d'attache initial » (P)

« Ces gens qu'ont une structure bien souvent abandonnique, qui arrivent en France, en idéalisant beaucoup le...beaucoup le pays d'accueil, en se disant, ben je vais tout trouver, je vais retrouver...tout ou presque. Et en fait, non. Ca marche pas comme ça. Donc ces gens là investissent énormément la relation avec le premier qui vient. Parce que...c'est comme un bouée, » (P)

« Les gens ont...ont une confiance énorme en...en la PASS et en l'assistante sociale, en le médecin, en la structure d'accueil. C'est peut-être le premier endroit ou on les accueille pas avec un coup de pied. Donc...quelque part, ça rassure. Donc ils investissent énormément, naturellement, » (P)

Un lieu d'identité

« Et puis, c'est des gens qui sont dans une situations de...de...de clandestinité, de non-reconnaissance par la société. Et là, je trouve qu'il faut bien qu'ils soient reconnus quelque part, quoi. Qu'il faut bien qu'il y ait quelque chose qu'il leur reste à un endroit particulier. » (M)

Le suivi dans le temps

« Ici, ils ont quand même tout un dossier, ils ont...Et puis ils voient le médecin, ils peuvent en plus se per...de garder le même » (K)

Un lien privilégié avec le professionnel...

« Pourquoi ils viennent ici ? parce que je suis gentille. » (K)

« Pour elle, c'est moi qui ait...grâce à moi, elle a tout, » (K)

« Des choses se disent, y a des...des...des premières consultations délicates, les gens racontent leurs histoires...Et après, y a une sorte de...un peu comme...y a une sorte de...oui, comme une impression d'un endroit sécurisé pour ces gens là. Et...une fois que ce lien là est créé, oui, des fois, c'est pas... » (L)

« Les médecins sont à l'écoute, c'est leur boulot, alors...ils font plein de démarches, et les gens ils sont vachement reconnaissants » (L)

« Dr L il est touj...il sera là, si y a un pépin » (L)

« Ils ont besoin de cette attache là parce qu'on s'est connu à un moment difficile de leur existence et qu'ils sont reconnaissants » (L)

« Y a un lien qui est pour eux important » (L)

« Le lien de dépendance qu'elle a avec moi, » (L)

« Elle s'est retrouvée passer d'une situation...de misère sur tous les plans à une situation ou elle a pu entreprendre très vite une formation de...d'auxiliaire de vie. Elle a eu les larmes aux yeux, et elle m'a dit « vous avez tout fait pour moi » (M)

« Il peut y avoir une difficulté des gens à se détacher, » (M)

« Perte d'un...d'un lieu, et d'un lien auxquels ils s'étaient...accoutumés. » (M)

« Qui ont une telle présentation qu'on voit pas très bien comment on pourrait les envoyer en ville. A cause de la complexité de la pathologie et à cause de l'espèce de...de...d'absence d'autonomie du patient, c'est...c'est...je sais pas, je cherche...je cherche mes mots, mais...le contraire d'autonome, c'est...les gens qui...qui se présentent avec...une certaine dépendance, une certaine...apathie aussi » (N)

« Quand le locus de contrôle est interne, c'est le patient qui décide ce qu'il fait, et quand il...le locus de contrôle est externe, il s'en remet à. Et quand on a l'impression que le patient, sans arrêt, s'en remet au soignant, et à l'assistante sociale, et à l'hôpital, c'est un peu difficile de les orienter, donc c'est...ces patients là, qui...sont difficiles effectivement à...à orienter. » (N)

« L'expérience prouve que : quand tu as accroché une relation avec quelqu'un, qu'il soit riche, pauvre, malade ou bien portant...plus le temps passe, plus c'est difficile de rompre cette relation. Pas tellement pour le médecin. Quoique. Mais surtout pour le patient. » (O)

« Quand l'instauration de cette relation a été faite, il est très, très difficile d'y mettre un terme, d'autant plus que, plus le temps passe, plus la relation s'intensifie, et plus il est difficile de mettre un terme à cette relation » (O)

« Pendant plusieurs mois voire plusieurs années une véritable relation...un suivi, une organisation du soin, de la prise en charge, le rôle du médecin référent de la Sécu, » (O)

« Y a ce sentiment d'abandon, quoi. C'est à dire, se dire, "mais...bon finalement, il veut plus nous voir » (O)

« Ils peuvent le ressentir comme un abandon » (P)

...qui privilégie le départ

« Même ceux avec qui tu as des bonnes relations, je pense que c'est pas avec eux que tu as le plus de mal à les faire partir. Parce que...comme t'as de bonnes relations avec eux, c'est des gens qui s'...qui s'ouvrent vers l'extérieur. Une fois que tu t'ouvres sur l'extérieur, tu peux aller partout. » (K)

« Je trouve qu'ils se détachent d'autant mieux que...le point de départ a été réussi. » (M)

« Qu'ils ont trouvé quelque chose de solide, à un endroit, ça leur permet de franchir le pas, et de...de partir » (M)

« On pourrait se dire que s'ils s'attachent très fortement à un lieu, à une personne, ils auront du mal à partir. Je crois que c'est...pas forcément ça. Au contraire, ça peut les aider à se construire, et à reprendre leur autonomie » (M)

« C'est un des moyens, la PASS d'apprendre un nouveau monde, pour les gens qui ont été déplacés. C'est un des premiers contacts. Si ce contact là est positif, qu'il se passe bien, qu'il leur apporte quelque chose, on peut estimer qu'...ensuite leur intégration se fera mieux. » (P)

« Si ça se passe bien ici, on peut estimer que le tissu social qui va se faire autour sera de bonne qualité » (P)

« C'est un...très bon repère, c'est quelque chose qui peut leur permettre d'ailleurs, de...repartir du bon pied, ce repère là, ce...cette béquille temporaire. » (P)

Une prise en charge courte facilitant le départ car limitant l'attachement

« Quand les démarches étaient courtes, parce que des fois ça allait...ça allait vite, on voyait les patients 2, 3 fois et...et après bon, là...et quand on leur dit ben ici c'est comme ça » (L)

« Donc cette réorientation dans le système de droit commun, elle est relativement facile à faire au début » (O)

« Quand y a pas vraiment de relation, quand les gens, effectivement, bon, ont fait appel à toi une fois, deux fois...et que, effectivement, tu sens que bon, les choses vont être...y a pas de pathologie grave à la clé, y a pas de...de choses très compliquées, donc les ch...enfin, le problème médical va pouvoir être réglé en une, deux ou trois consultations. Donc, là, je pense que c'est beaucoup plus facile » (O)

« Pour eux, pour ceux là, c'est moins problématique...pour moi, de les réorienter vers le système de droit commun parce que...on leur a pas proposé effectivement quelque chose... qui puisse servir de base de comparaison. Ils n'ont jamais goûté, effectivement au plaisir, au charme de la PASS » (O)

La stigmatisation de la PASS

« C'est stigmatisant d'aller à la PASS, donc je pense que les gens, ils...oh, je pense qu'ils...enfin, ils...ils sont toujours dans le milieu de...de...de la clandestinité et de...et enfin, mine de rien, c'est quand même...le milieu de la migration » (L)

3.2.4.2.4. Les structures du système de santé de droit commun

Les lieux de soins extérieurs, où les patients iraient après réception de leur assurance maladie, semblaient, aux yeux des soignants, cumuler un grand nombre de contraintes.

Tout d'abord, les assurances maladies elles-mêmes posaient des problèmes dans l'accès qu'elles offraient aux soins : certains médecins refusaient, en effet, l'AME ou la CMU. Un des professionnels disait ne pas avoir eu ce type de plaintes de la part des patients, tandis qu'un autre avait lui-même testé et s'était vu refuser un rendez-vous. Intervenait aussi la « bonne volonté » du médecin libéral puisque certains s'investissaient auprès de cette population, tandis que d'autres la fuyaient.

Ensuite, les autres contraintes venaient des modalités de fonctionnement des structures à l'extérieur de la PASS : les patients devaient prendre rendez-vous, amener leurs papiers de sécurité sociale, venir de façon différée chez le médecin. Ces lieux de soin n'étaient pas adaptés spécifiquement à cette population, comme l'était la PASS, et étaient considérés rigides et stricts.

Certains professionnels avaient eu des retours d'expériences mauvaises de la part des patients qui étaient allés dans un cabinet de médecine générale : ils ne s'y étaient pas plu, le médecin ne leur convenait pas, n'avait pas pris le temps, ou bien ils ne s'étaient pas sentis respectés, et n'avaient pas été bien pris en charge, ni bien soignés. Le manque de temps disponible et investi dans les consultations de médecine générale serait aussi un facteur limitant l'intégration de cette population dans le système de santé de droit commun.

L'absence de prise en charge sociale était également un facteur manquant dans le système de santé de droit commun. Les patients devaient donc passer donc d'une prise en

charge médico-sociale à une prise en charge uniquement médicale, même si une assistance sociale était possible indépendamment.

Par ailleurs, les professionnels avouaient ne pas connaître de façon exhaustive les médecins généralistes des quartiers où vivaient les patients.

Les patients allaient également devoir se constituer un ensemble de repères, un réseau de structures associatives, d'amis ou familial vers lesquels ils pourraient s'adresser, et qui joueraient le rôle de relais. Il fallait effectivement que d'autres repères remplacent ceux qu'ils allaient perdre en quittant la PASS : ceux-ci pourraient être un foyer de logement, une famille qui les accueillerait, une relation conjugale, un endroit fixe où aller manger...Mais cela pourrait être aussi un lieu de soin identifié au préalable avec le médecin de la PASS : les dispensaires de Lyon, un médecin que l'on connaissait et dont on était sûr du bon accueil, ou bien encore le Service Médical d'Accueil de l'Hôtel-Dieu situé près de la PASS.

Les lieux de soins extérieurs étaient aussi décrits comme étant attractifs de par leur proximité et leur accueil que certains s'imaginaient être meilleurs qu'à la PASS. Le lien avec le médecin généraliste était aussi privilégié, puisque celui-ci connaissait la personne, son histoire, avec « une familiarité plus importante qu'à l'hôpital ». Cette confiance et cette proximité rendaient possible une réelle intégration dans le quartier, par la sollicitation des différents réseaux d'aide locaux, s'inscrivant dans une stratégie efficace de quartier.

De la même façon, un désir d'autonomie et d'intégration, exprimé par le patient ou suscité par le professionnel, rendait possible le départ, ce qui contribuait à la reconstruction de leur identité au-delà de la PASS. Ces éléments devaient donc faciliter le passage vers le système de santé de droit commun.

Le mauvais accueil de l'AME et de la CMU

« C'est vrai que t'as du mal à orienter des patients en AME quoi. Si y avait pas ce problème de...de remboursement, je pense que ce se...t'as quand même des médecins qui acceptent de prendre des patients en AME » (K)

« T'as des...spécialistes chez qui tu appelles, tu dis, c'est pour une CMU, les gens te disent non. » (K)

« Moi-même en essayant, si tu dis que t'as la CMU, les gens, ils donnent pas de rendez-vous. Ca, ça existe aussi. » (K)

« La CMU...quand ils ont la carte vitale, ça marche très bien aussi. » (L)

« Et puis l'AME, ça se passe bien » (L)

« Et l'aide médicale état, je trouve que c'est une autre question, parce que d'abord, ils sont très peu pris en...en

ville. Il faut reconnaître que pour un...moi, mon mari est médecin libéral, il a jamais été payé pour une AME. Donc un médecin, il peut pas fonctionner avec des aides médicales état. » (M)

« En pratique, y en a quand même beaucoup qui trouvent pas. »(En parlant des bénéficiaires de l'AME) (M)

« Ils ont été refusé parfois par plusieurs médecins. » (M)

« Avec la CMU, c'est...un médecin libéral, avec la CMU, il est payé. Avec l'AME, il l'est quasiment pas » (M)

« Sur les refus de la CMU par les médecins de ville, y a eu des...des publications, donc on sait...on sait bien que ça existe, mais on n'a pas eu nous, de retour négatif de la part des patients... » (N)

« Est-ce que tout est fait pour une orientation correcte dans le droit commun, j'en suis pas sûre, dans la mesure où quand tu sais que certains pa...certains praticiens mettent des mois, voir ne sont jamais payés de leurs soins, je veux dire, c'est...ça facilite pas non plus. » (K)

« Et puis, un médecin de ville soignant ce type de population, c'est pas facile non plus. » (K)

« Le médecin qui appréhende ...de prendre...l'AME, ou sont pas forcément à l'aise avec les patients Africains » (L)

« Et puis, bon, tu sais qu'y a les vieux démons, qui est...qui sont refus de la CMU, refus d'une population chiant, emmerdante, qui pue » (O)

« Chez certains généralistes...bon, qui sont prêts à consacrer du temps, à cette population là. Et d'ailleurs, quand ils commencent à consacrer du temps à cette population, c'est qu'ils ne voient que cette population ou presque. C'est à dire qu'ils deviennent spécialisés dans la précarité » (O)

Les contraintes de fonctionnement

« Ils sont accueillis dans d'autres organismes, c'est clair, mais avec des rendez-vous, avec des contraintes » (K)

« Ils ont du mal aussi à gérer ces contraintes horaires et tout. » (K)

« Du jour au lendemain, on t'envoie...dans une adresse, on te dit « Ben non, aujourd'hui je peux pas vous recevoir, je pourrai vous recevoir demain »...C'est pas si simple que ça à apprendre » (K)

« T'as même des endroits publics, des hôpitaux publiques ou si t'arrives sans ton...sans ton AME, t'es même pas sûr de passer le bureau des entrées. » (K)

« Après ça, droit commun, oui, mais bon, si tu peux déjà pas le faire dans...dans le service public, où tu vas le faire hein ? » (K)

« On met des barrières s'il manque un seul papier, alors bon évidemment, faut pas se leurrer non plus » (K)

« Quelqu'un qui va arriver 2 heures en retard à chaque rendez-vous parce qu'il a pas la même notion du temps que nous » (M)

« Ce sont des gens qui ne savent pas lire, qui ne savent pas écrire, qui parlent très mal le français, qui n'ont pas la notion du temps. Un rendez-vous à 8h ou à midi, c'est pareil. Ca...ça n'a pas de sens pour eux. Le jour, c'est limite aussi. Est-ce qu'ils sont vraiment adaptés à un cabinet médical ? » (M)

« Si c'est des patients qui ont des troubles psychiques, et uniquement des troubles psychiques, on va essayer de passer la main au...au secteur psychiatrique avec les difficultés qu'on peut avoir pour le...pour le passage en CMP » (N)

« La médecine générale telle qu'elle est organisée, ne leur permet pas réellement de prendre en...en charge cette population, tel que nous, on le conçoit. » (O)

« C'est organisé comme un cabinet de médecine générale, c'est à dire...honnêtement, je les connais bien, je

connais bien X, je connais bien Y...tu as pas cette, bon tu as ce fonctionnement très...très structuré, très précis, avec...rendez-vous, tant de consultations, tant de consultants, on ne dépasse pas...on peut pas prendre du retard » (O)

« Je pense pas que les dispensaires soient réellement adaptés à la prise en charge de cette population telle qu'on peut la faire dans les PASS » (O)

« Habituer quelqu'un à consulter dans une PASS avec une certaine souplesse et puis lui demander après, une semaine après lui demander d'aller consulter dans un...dans un cabinet de médecine générale, où ils vont être là à 8 heures, et non pas à 8h05, où il sait qu'à 8h15 ce sera terminé...et voilà. Où avant de venir, il faut qu'il téléphone il faut qu'ils prennent un rendez-vous, faut qu'il explique » (O)

« Est-ce que on peut demander à quelqu'un qui est exclu 24h sur 24, de rentrer dans un moule qui est pas franchement adapté ?...Donc, ça, moi j'ai pas vraiment le sentiment que...les consultants de la PASS puissent rentrer dans un moule cadré, rigide, de fonctionnement sur rendez-vous 24h sur 24 » (O)

« Qu'on peut pas demander aux gens, si tu veux de rentrer dans un...dans un cadre très strict, alors qu'ils sont dans une situation sociale complètement...complètement folle » (O)

« Ben tu peux pas demander à ces gens de rentrer dans un cadre rigide et strict, ce qui est l'accès aux soins et le soins en médecin générale » (O)

De mauvaises expériences

« Parce que ça leur plaisait pas. Parce que... est-ce que ça leur plaisait pas vraiment, ou est-ce qu'ils n'étaient pas prêts, ça on sait pas » (K)

« Ils ont essayé, mais le médecin ne leur convenait pas » (K)

« Ils sentent pas...ils sont pas bien. Des fois, la...seule réflexion, c'est « je suis pas bien » (K)

« J'avais des retours de...de...de patients avec d'autres médecins qui étaient plus délicats, après c'est une réalité aussi. » (L)

« Je me souviens d'un africain qui était allé voir un médecin qui l'avait tutoyé tout du long, ça l'avait vachement...en gros, c'était « toi le noir, mais qu'est-ce que tu me veux ? », enfin, c'était comme ça qu'il l'avait vécu » (L)

« C'est à dire que bien souvent, bon moi j'ai eu énormément d'échos, où les médecins ne prennent pas le temps, ou...ils ont pas le...les patients n'ont pas le sentiment d'être aussi bien vus, d'être aussi bien soigné, d'être aussi...autant écouté, etc., etc...et c'est normal » (O)

L'absence de prise en charge sociale

« C'est ça le problème, c'est que t'as pas la prise en charge à côté » (K)

« Le côté social est pas fait » (K)

« Quand tu fonctionnes en duo avec une assistante sociale, et que tu réorientes sur un... un généraliste, le droit commun, il est à moitié respecté. Il est respecté sur le plan médical, pas sur le plan social. » (O)

« La médecine en France n'a pas de vocation médicosociale, elle a une vocation médicale. »(O)

« Du point de vue social, ça n'existe pas. Quoi qu'il en soit le relais social est bien plus difficile à faire » (P)

« Que le relais fait à l'extérieur se fera sur des...des médecins, qui considéreront ces gens comme leur...patient... X ou Y, c'est à dire comme...comme un quidam comme un autre » (P)

Le manque de temps

« Médecins généralistes de ville, qui ont pleins d'autres problèmes à régler, et qui n'ont pas le temps matériel de passer, comme ...on le fait tous, parfois 20 minutes à écouter quelqu'un sans le toucher. » (O)

« Y a une chose qu'on peut pas lui demander malheureusement, parce qu'il peut pas la faire, c'est prendre du temps avec les patients. » (O)

« La durée des consultations en médecine de ville, avec 12 minutes par patients. Et que 12 minutes par patients, effectivement à la PASS, c'est pas possible. » (O)

« A mon avis, tu ne peux pas faire de la bonne médecine de précarité si tu ne prend pas ton temps » (O)

La méconnaissance du réseau par les médecins de la PASS

« En sachant que le problème aussi c'est que je connaissais pas les médecins souvent de leur quartier en fait, du coup...du coup, ben c'est toujours plus difficile de dire à quelqu'un « trouvez un médecin » que d'orienter vers un médecin qu'on connaît. » (L)

« C'est plus difficile parce qu'y a des quartiers où... nous ne connaissons personne » (N)

« J'en connais au moins un mais, les autres je les connais pas » (O)

Un réseau, des repères

« Leurs relations tout simplement. Les amis...un endroit où ils vont dormir régulièrement, un endroit où ils peuvent aller prier, parce que c'est... beaucoup, beaucoup de gens...beaucoup la prière. Un endroit fixe où ils peuvent aller manger...enfin, tous ces trucs là. Et puis, les...les réseaux comme de ... de compatriotes. » (K)

« Une personne en situation irrégulière, j'veux dire, elle va se le créer son petit réseau...d'entraides. Et...il faut la laisser se créer son petit réseau d'entraides avant de la sortir de...de...de la structure où elle est bien entre guillemets. Elle a besoin de trouver du bien ailleurs qu'ici. Une fois qu'elle l'a trouvé, on...on la verra plus » (K)

« Les gens en situation irrégulière, mais intégrés dans une famille, c'est facile d'intégrer le médecin de la famille » (K)

« Le fait aussi que les gens soient hébergés dans la famille qui va voir un médecin de ville...ça facilite je pense assez grandement puisque...ils vont faire comme le reste de la famille. » (O)

« Ce sont des gens qui sont expatriés, qui...qui retrouvent des...des points de repères dans un monde qui leur est complètement étranger. Et que ces points de repères, il faut qu'il puisse y en avoir d'autres derrière pour pouvoir abandonner les premiers. » (M)

« Quand y a par exemple un logement » (M)

« Quand ils partent en foyer de transit, où y a un encadrement, ou quand ils arrivent à être hébergés de façon stable par quelqu'un, ou à faire leur vie, y en a qui se marient, y en a qui, au moins s'installent avec...quelqu'un d'autre, mais ça, je trouve que le point de repère, d'emblée, c'est vraiment quelque chose qui a une importance...capitale » (M)

« Si on n'y arrive pas tout seuls, entre lui et nous, il faut qu'il y ait un tiers qui puisse...sur lequel on puisse s'appuyer. Donc, ces tiers là peuvent être quoi? Peut-être les dispensaires, parce que c'est...c'est assez commode, ça fait des points fixes à l'extérieur, ça peut être des mede...médecins de ville qu'on connaisse, ça peut être la famille quand y en a une, qui...qui peut jouer un rôle de...support ou de soutien pour ce passage là. » (N)

Etude qualitative

« Soit c'est évident, y a un médecin à côté, ils l'ont déjà, ils ont déjà vu la plaque où...et ça va se faire vite » (P)
« Ils retrouvent autre chose. un relais ailleurs. C'est pas qu'ils n'ont plus rien, mais ils ont autre chose. » (P)
« D'autres repères, mais qui permettent quand même de ...de savoir où on est, et ce qu'on fait et ou on va » (P)

Une structure extérieure adaptée

« Y a ceux qui vont passer au...au SMA, parce qu'ils trouvent que c'est pratique de continuer de venir à l'hôpital » (M)
« Moi, j'en envoie beaucoup au dispensaire général de Lyon. Parce que c'est aussi, c'est une structure...C'est de la médecine générale tout à fait...classique, mais dans une...dans une maison commune en somme, quelque chose qui peut ressembler un petit peu à...à l'hôpital, avec des médecins que je connais...Et...et les gens passent bien au...au dispensaire. » (M)
« Alors, y en a qui trouvent des médecins, qui ont un mode de fonctionnement un peu...humanitaire, comme X dans le 9eme arrondissement. » (M)
« Parce que clairement quand c'est des médecins qu'on connaît, c'est plus facile » (N)
« Il faut trouver un médecin généraliste, donc heureusement que j'ai un, au moins, médecin généraliste, d'ailleurs, c'est le seul...qui me sert de relais, donc à qui j'envoie plein, plein de patients, qui est d'origine arménienne, qui en plus un médecin effectivement... qui est très sensibilisé par...la précarité et ses aspects. » (O)

L'accueil

« Les conditions d'accueil seront bien souvent meilleures, parce qu'il faut quand même voir un peu les conditions de la salle ...de la salle d'attente de la PASS, le matin. Donc, je pense que les conditions d'accueil peuvent être aussi bonnes voir meilleures. » (P)
« Parce que c'est pas si bien que ça ici. Mardi matin, quand y a 10 personnes, il est pas 9 heures, et que les gens refusent d'aller dans la salle d'attente, parce qu'y a trop de monde, parce que ça parle toutes les langues, ça parle fort, y a des gamins qui hurlent. Alors, c'est pas si bien que ça ici » (P)

Le lien avec le médecin généraliste...

« Mais elle, je la connaissais très bien, et je savais qu'elle était paumée, mais...qu'elle était gentille, et qu'elle était pas...enfin, je la connaissais bien quoi. La dame à qui...qui est arrivée là, quand je l'ai adressée au réseau, pareil, je...je connaissais son histoire » (L)
« C'est ce qui est bien aussi en médecine générale, en médecin de ville, c'est que...on est aussi dans un autre positionnement où c'est...où il y a une familiarité qui s'installe qui est beaucoup plus importante qu'à l'hôpital » (L)
« Y a un lien de confiance avec le médecin, quand le médecin adresse à quelqu'un, les gens, ils y vont enfin...la dame, elle y est allée en confiance au comité de sans papiers, parce que c'était moi qui l'adressait. Et puis la jeune rwandaise, elle était en confiance, parce qu' c'était moi qui l'adressait vers la...la dame, donc elle a pas eu peur, elle y est allé » (L)

...qui rend possible l'intégration dans le quartier

« J'ai sollicité le comité de soutien des sans papiers de l'école, elle a été prise en charge super rapidement » (L)

« Ca a contribué à son insertion dans le quartier, donc elle s'est fait des amis, rencontré d'autres personnes dans sa situation, et c'est vachement plus...c'est une dynamique d'insertion qui est beaucoup plus...bien supérieure aux gens qui...qui vont à la PASS et qui sont toujours... » (L)

« Je l'ai mis en contact avec une institutrice que...que je connais » (L)

« Par le réseau personnel, on arrive à...enfin, plus ou moins personnel, on est dans une bonne dynamique d'insertion en fait » (L)

La proximité du médecin généraliste

« Qu'il lui était quand même beaucoup plus facile pour elle...de se trouver un médecin proche chez elle » (P)

L'autonomisation et l'intégration

« Qu'à un moment donné, ils ont envie d'aller voir ailleurs...Ils ont envie de vivre comme tout le monde » (K)

« C'était plaisant pour la plupart quand même de sortir de...de ce contexte là, pour aller vers un contexte plus...enfin, plus...plus normal... plus français, je sais pas comment faut dire...Parce que je pense, la plupart des gens avaient envie de s'intégrer, quand même. » (L)

« D'offrir aux gens la possibilité d...d'aller ailleurs, c'est aussi leur renvoyer une image un peu plus positive » (P)

« Leur dire, « Ben non, vous avez les mêmes droits que tout un chacun, et vous pouvez aller là où vous voulez », ça éveille, en général, quand on le dit aux gens, une lueur de...contentement...Qui est...pas faible, et ça, c'est quand même très important. Donc cela permet de...de dire aux gens « Ah tiens, là je viens de passer une étape » (P)

« Qu'eux choisissent, et qu'eux se reconstruisent ...petit à petit. » (P)

« Les gens sont contents, de pouvoir aller ailleurs. Ils se disent « ah ben, c'est bien finalement. J'ai acquis un certain droit. On me reconnaît le droit de. Je...je suis quelqu'un. C'est un début de...d'identité » (P)

« Les gens sont contents. Ils peuvent aller où ils veulent. C'est quand même un sa...une sacré liberté » (P)

« Sortir d'un cadre où on est obligé d'aller, pour aller là où on peut aller, où on veut. C'est très positif » (P)

« Ca les pousse à aller chercher des ressources parce qu'effectivement, il va falloir rencontrer de nouvelles personnes, des gens qu'on connaît pas, alors qu'on connaissait bien...Il va falloir peut-être prendre le téléphone, prendre des rendez-vous, tout ça, c'est compliqué, » (P)

3.2.4.3. Les critères décisionnels de l'orientation

Tout d'abord, la première des choses permettant de réfléchir à l'orientation était l'obtention des droits. A cette occasion là, les patients les ayant obtenus, les professionnels les informaient de leurs droits et étudiaient avec eux la question de l'« après-PASS ».

Les professionnels évaluaient alors les situations de chaque individu. Il n'y avait pas vraiment de règles établies, c'était « du cas par cas » (dixit Mme K). Le fait de les sentir « prêts à partir » était cité plusieurs fois. Certains attendaient que la démarche vienne du patient, afin qu'il s'approprie ce départ.

Tout cela s'inscrivait dans une durée, un temps nécessaire pour laisser mûrir une réflexion. L'un d'entre eux parlait d'un « moment opportun », correspondant à la période où les patients viennent de recevoir leurs papiers de sécurité sociale, et peuvent alors être propulsés dans une dynamique de changement.

Pour la plupart des professionnels, la stabilité de l'environnement, le fait d'avoir un logement fixe, l'absence de troubles psychiques gênants, l'acquisition de la langue française et l'absence de problèmes sociaux graves étaient autant de « critères » permettant de passer le relais à l'extérieur.

Il fallait aussi que la personne ait certains repères, un réseau auquel elle ait accès facilement, et où elle se sente bien, afin que ces nouvelles bases remplacent les anciennes trouvées à la PASS. Du point de vue de la pathologie, celle-ci devait être un minimum stabilisée, afin que le relais se fasse dans de bonnes conditions : le patient devait être lui-même porteur d'informations concernant sa pathologie auprès de l'autre médecin.

Un des professionnels parlait également du risque d'attachement, de « transfert » qui pouvait se développer avec le temps, qui faisait office de « sonnette d'alarme » pour envisager l'orientation lorsque ce type de rapport s'installait.

Il était difficile cependant de définir précisément des critères face à la variété des situations rencontrées. Tous s'accordaient pour dire que le papier seul ne suffisait pas à décider de l'orientation.

L'obtention des droits

« J'en parlai à tout le monde, il me semble de..., dès qu'ils avaient la CMU de dire ben maintenant vous pouvez aller...aller...notamment dans votre quartier » (L)

« L'élément déclenchant premier, c'est l'ouverture des droits, je crois. C'est la condition nécessaire, déjà » (N)

« Ce qui me donne l'alerte, pour ma part, ce sont les étiquettes qui sont collées sur le carton rose où y a marqué « ouverture des droits », bon par exemple, en ce moment ce qu'on voit, c'est septembre 2008. A ce moment là, je sais qu'ils ont eu leurs droits, et je leur dit « ah vous avez eu vos droits » (N)

« Qu'elle ait, comme...comme le commun des mortels, une assurance sociale qui lui permette d'aller ailleurs » (P)

L'individualité

« J' pense que c'est du cas par cas » (K)

« Tenir compte des...des particularités de chacun » (M)

Le sentiment qu'ils sont prêts

« On les garde sur la PASS jusqu'au moment où les sentira prêts à partir » (K)

« Ils sont pas tous prêts au même moment » (K)

« Si je sens que les gens sont pas prêts, on...on surseoit, et on refait ça une autre fois » (P)

L'initiative

« Pour le relais de...en médecine de ville, en...en soin classique, j'attends que le...que la démarche vienne des gens » (P)

« En fait le gens le disent, tout simplement. « Oui, maintenant, ce serait bien en effet, que j'aille à l'extérieur. » (P)

« Que la démarche vienne d'eux et pas de moi » (P)

Prendre le temps nécessaire

« Il faut laisser le temps aux gens de se...de s'adapter au droit commun. » (K)

« Je pense qu'ils le feront de toute façon. A plus ou moins long terme, ils le feront...Mais...à chacun son rythme » (K)

Un moment opportun

« Surfer sur ce moment là, pour au contraire, pousser les gens vers un ailleurs » (P)

« Si on rate cet...ce moment là, c'est à dire les gens...quand les gens reçoivent la CMU...on peut passer à côté de quelque chose » (P)

Avant qu'il y ait trop d'attache ou de laisser aller.

« Un délai très...très réduit d...d'instauration de la relation » (O)

« Quand le transfert est trop important, ou déplacé, ou pas normal, là, je...je...j'ai probablement un sens qui s'éveille, et qui me dit « Attention, faut faire le relais. » (P)

« Quand je sens les gens qui reviennent, et qui...si j'ose dire, adhèrent...dans le sens que ça colle un peu. Là, je sens qu'il faut travailler sur le...travailler sur le départ tout de suite. Parce que je sens qu'y a un transfert qui n...qui n'a pas lieu d'être » (P)

« J'ai posé un ultimatum parce que justement y avait cette pression un peu de...de cette dame du « faire agir » (P)

La construction d'un réseau

« Je pense qu'il faut leur laisser le temps de s'installer, de ...de se créer eux-mêmes un réseau » (K)

« Tu travailles pas l'orientation tout ça si t'as pas tout un réseau » (K)

Etude qualitative

« Une personne en situation irrégulière, j'veux dire, elle va se le créer son petit réseau...d'entraides. Et...il faut la laisser se créer son petit réseau d'entraides avant de la sortir de...de...de la structure ou elle est bien entre guillemets. Elle a besoin de trouver du bien ailleurs qu'ici. Une fois qu'elle l'a trouvé, on...on la verra plus » (K)

L'insuffisance du papier

« C'est pas un bout de papier qui va changer leur situation...Une fois qu'on aura compris, peut-être que ça ira mieux. Et on se base que sur ça...par moment, et c'est dommage. » (K)

« C'est pas parce qu'un mois et demi après, il va l'avoir *-(la CMU)-*, que d'un seul coup, il se sent prêt à aller en ville » (K)

La stabilité de la pathologie et la connaissance de celle-ci

« Il faut que la pathologie soit un minimum stabilisée, de façon à ce qu'il puisse y avoir des routines qui s'installent, et ces routines là sont transférables en ville. » (N)

« Donc la stabilité de la pathologie et l'absence de troubles psychiques...trop important » (N)

« Il faut que le patient sache où il en est, parce que...parce que c'est en fait lui qui va faire la continuité, même si on transmet les informations médicales, c'est lui qui va faire la continuité...de...dans ses comportements, dans ses positionnements, dans ses surveillances, dans ses rendez-vous, » (N)

« Si le patient n'est...n'est pas, n'est...au sein de la PASS, n'est déjà pas...euh...pertinent, compétent sur cette prise en charge là, au sein même de la structure, je vais pas tenter de passer la main. » (N)

« Parce que y avait pas de pathologies, si tu veux, qui nécessitaient un suivi...de tous les instants » (O)

La stabilité de l'environnement : la langue, l'hébergement, les problèmes sociaux

« L'installation, si elle est plus ou moins stable » (K)

« T'as des patients qui donnent une adresse, mais qui est complètement fictive aussi, c'est juste une adresse postale. On peut pas se baser forcément sur ça quoi. » (K)

« La langue, un hébergement fixe, une pathologie stable et pas trop de trouble psychique...Voilà, ben quand le...ces conditions là sont remplies...à priori, c...ça devient du faisable. » (N)

« Quand c'est des gens qui ont un hébergement stable et qui parlent français, ils vont être en capacité de trouver un médecin. » (N)

« Quand ils ont retrouvé l'hébergement...alors, ça c'est un critère. Ils ont retrouvé l'hébergement, ils ont retrouvé effectivement...des papiers, un accès aux soins» (O)

« Et là, effectivement, on peut faire cette orientation vers la...le système de droit commun. Mais parce que, ça veut dire aussi que...l'environnement social est revenu normal, entre guillemets » (O)

« On a terminé de prendre en charge la pathologie, le patient, que la situation sociale est claire, que le...que les papiers sont faits, que la CMU est Ok, qu'ils ont une chambre en foyer » (O)

« L'un des critères, ça a été qu'elle ait un logement fixe » (P)

« Y avait des choses de stable...un structure stable autour d'elle, qui permettait de passer le relais » (P)

« Deuxièmement, un minimum de...de moyens de communication pour pouvoir s'exprimer. Donc il faut qu'elle parle un minimum la langue cette personne » (P)

L'absence de critères fixes

« Pas de critères, même si maintenant on doit justifier d'une activité, et que l'institution demande des critères. » (L)

« Y a pas grand chose qui va me permettre de me dire que je peux l'orienter » (O)

« J'ai pas de critères moi » (O)

3.2.4.4. L'orientation vers le système de santé de droit commun

3.2.4.4.1. *La mise en oeuvre de l'orientation*

L'orientation était quelque chose qui semblait préparée par les professionnels. Elle s'inscrivait dans la continuité de la prise en charge. Certains la préparaient dès l'entrée du patient dans le dispositif, afin que tout soit posé dès le départ, et que le chemin se fasse petit à petit, jusqu'au jour où ils quitteraient la PASS de façon « naturelle ». D'autres préféraient expliquer que cette prise en charge était transitoire lorsque le patient était plus réceptif et stabilisé. Bien sûr, cette démarche s'inscrivait dans une durée donnée aux patients afin qu'ils cheminent à leur rythme, et qui leur laissait le temps d'identifier de nouveaux repères. Au contraire, l'un d'entre eux orientait les gens le plus tôt possible afin de limiter l'attachement.

En pratique, la plupart orientaient les patients lorsque ces derniers recevaient leurs papiers de sécurité sociale. Ils leur expliquaient qu'ils devaient choisir un médecin traitant : ils leur donnaient des adresses de médecins connus de leur quartier, ou bien leur demandaient de se renseigner eux-mêmes. Tous faisaient une lettre récapitulant l'histoire du patient, avec la photocopie des éléments importants du dossier médical. L'assistante sociale téléphonait, pour sa part, en présence du patient pour prendre rendez-vous avec sa collègue à l'extérieur. Tout cela demandait, en plus du temps, un réel investissement du professionnel dans l'accompagnement du patient car il ne suffisait pas de leur dire « Allez ailleurs » ; il fallait rester attentif à l'autre, et le mettre en confiance dans ce cheminement.

On se devait aussi de rester souple dans cette démarche, car chaque cas était particulier : c'était avant tout une proposition faite aux patients, qu'ils devaient s'approprier pour une meilleure prise en charge de leur santé. La porte de la PASS restait ouverte de toute façon, et un retour était envisageable, car l'orientation se faisait pas à pas.

Pour certains, l'orientation devait être le fruit d'une concertation entre le médecin et l'assistante sociale, afin d'évaluer la situation dans sa globalité.

Certains professionnels mettaient en avant la qualité des structures de soin extérieures, leur proximité, et l'augmentation des possibilités existantes. De même, le fait d'avoir acquis un droit, le même droit que les autres, et de pouvoir se soigner « comme tout le monde », chez le médecin de leur choix était signifié au patient. La plupart insistaient aussi sur le rôle d'accueil des personnes sans droit propre à la PASS. Un certain « turn-over » devait donc être assuré pour accueillir les nouveaux venus, comme eux-mêmes l'avaient été quelque temps plus tôt. Un des professionnels soulignait l'obligation légale de tout assuré social à déclarer un médecin traitant.

L'annonce initiale ou non

« Mais, ça bien sûr, c'est pas le discours que je vais leur tenir au début qu'ils arrivent sans papiers, sans rien du tout. » (K)

« Ce que je fais, moi, quand je reçois les gens, enfin, sous réserve qu'ils aient quand même une capacité de compréhension des choses et puis qu'ils sont pas complètement largués, entre guillemets, c'est de leur dire d'emblée, on va faire un certain chemin ensemble, jusqu'au moment où vous aurez acquis vos droits sociaux. Et lorsque vous aurez acquis vos droits sociaux, vous bénéficierez de tout ce que permet le système de santé français, en particulier du choix de votre médecin dans le quartier dans lequel vous...vous vivrez... Je crois que le fait de...de dire d'emblée, les gens savent qu'ils s'inscrivent dans un durée qui est...qui est une durée limitée » (M)

« Je trouve que le fait de le dire au départ...Ca facilite bien les choses » (M)

« Ils comprennent mieux, et c'est pas quelque chose qui est brutal. C'est quelque chose qui...qui s'inscrit normalement dans...ce qui était prévu. » (M)

« Je le dis pas explicitement à ce moment là, parce que j'ai d'autres préoccupations » (N)

« Je laisse l'avenir pour plus tard » (N)

Prendre son temps

« J pense qu'on veut des fois aller trop vite, c'est pour ça qu'ils reviennent » (K)

« J'en parle assez suffisamment pour dire qu'on ne fait pas des orientations du jour au lendemain » (K)

« Il faut leur laisser le temps de se mettre « en oeuvre ». Chacun son rythme » (K)

« Quand il y a une réticence...d'emblée, alors la réticence d'emblée, je trouve que ça veut pas dire qu'il faut renoncer, mais peut-être dire, à ce moment là aux gens « Mais, on a le temps, vous y réfléchissez, on en reparlera dans quelque temps. » (M)

« Qu'éventuellement, je peux être amené à refaire plusieurs fois...quand ça va pas. » (P)

« J'ai donné un ultimatum. Je leur pose une date, quoi. Pour 2007, il vous faut un médecin traitant. » (P)

« Ils ont pu l'entendre, y a fallu plusieurs...et jusqu'à un ultimatum quoi. Ils l'ont entendu, mais...De façon répété » (P)

« Si je sens que les gens sont pas prêts, on...on surseoit, et on refait ça une autre fois » (P)

« C'est vrai que ça demande un certain...ça demande du temps... et puis ça demande un peu d...d'attention quoi » (P)

Eviter l'attachement

« Vaut mieux effectivement le faire quand on peut le faire, et le plus tôt est le mieux » (O)

En pratique

« Quand les gens reçoivent la CMU, moi, je leur dis toujours « quand vous recevrez votre feuille...de CMU, et que vous reviendrez, apportez là ». Donc, on...on la regarde, je leur explique un peu comment ça marche, et je leur dit, bon ben maintenant, il va falloir que vous commenciez à réfléchir au médecin traitant que vous allez pouvoir prendre...en ville, et puis,...après, on voit, je trouve, comment se passent les choses, y a des gens, y en a qui...qui reviennent pas, enfin, à partir du moment où ils ont la CMU, y a en beaucoup qui...qui franchissent le pas tout seuls, hein, sans avoir besoin de revenir. Mais sinon, je leur dis « Ben réfléchissez, trouvez quelqu'un, comme ça, après, je vous fais une photocopie de votre dossier, et puis...un petit mot si besoin » (M)

« Ce matin, j'ai envoyé une...une dame, avec une lettre, je lui ai donné...elle habite de premier, donc c'était assez facile, je lui ai donné le médecin...le...le nom et l'adresse de 5 médecins que je connais personnellement, donc...et que...dont je sais qu'ils acceptent l'aide médicale, donc y a ...pas de souci...là, j'ai fait donc une petite lettre » (N)

« Je confie...ça au patient, dans la mesure où...où...où...il connaît son quartier, y a la famille qui l'héberge, y a les voisins, on leur dit « demandez, demandez un bon médecin », etc., et puis, mais ça n'empêche pas de faire forcément une lettre à...à un médecin généraliste inconnu » (N)

« Donc à un moment donné, on...on fait ce qu'on appelle une consultation de...relais, où on demande aux gens de se trouver un médecin traitant p...mon aspect médical, moi, c'est ce que je leur demande, de trouver un médecin traitant, ben, proche de là où ils sont actuellement s'ils vivent chez des amis, proche d'un...d'un forum...du...du...oui, de...de leur domicile en quelque sorte, et on...en général je fais une lettre récapitulative de leurs problèmes médicaux...à ce médecin, de façon à ce que la prise en charge perdure » (P)

« Soit c'est évident, y a un médecin à côté, ils l'ont déjà, ils ont déjà vu la plaque où...et ça va se faire vite. Soit c'est...soit c'est moins évident, et on cherche ensemble, ou bien, je leur dis, ben vous trouvez un médecin et on se revoit dans une semaine, dans 15 jours, prenez le temps, et puis...à ce moment là, je ferai une lettre de relais » (P)

Le courrier de suivi

« Je pense que je faisais un courrier malgré tout, je faisais un courrier que je donnais au patient...Mais je pense que les...quand les choses étaient bien expliquées, elles se faisaient à mon avis, sans...sans retour en fait » (L)

« Je faisais un résumé, ou...une photocopie du dossier, et puis voilà » (L)

« J'ai fait la consultation de relais avec la lettre. » (P)

Se donner les moyens

« On peut leur dire « bon ben maintenant, vous avez la sécu, faut que vous alliez en ville ceci, cela », c'est pas si simple. » (K)

« C'est important qu'ils y aillent à leur rythme, et...pas n'importe comment. Faut que ça soit travaillé » (K)

Etude qualitative

« Quand à l'accueil, on leur dit ben vous avez la...vous avez la CMU, vous pouvez aller en ville ». Non, c'est pas comme ça que ça se passe. » (K)

« Retravailler le retour » (K)

L'accompagnement

« Il faut aller voir l'assistante sociale de secteur, je...on va téléphoner ensemble...On va prendre rendez-vous et vous allez y aller. Mais... ça se fait...sur le long. Mais toujours en leur en parlant. » (K)

« C'est un public qui a besoin d'un accompagnement, plus ou moins long selon les personnes, plus ou moins lourd, mais bon, y a toujours un accompagnement qui a besoin d'être fait »(K)

« Et puis j'aurai pu appeler ou j'...oui, puis même, j'aurai pu prendre l'annuaire et...mais bon après, on n'a pas...enfin, c'est difficile de faire » (L)

« Faut porter un peu d'attention à l'autre. Et quand on fait ça en général, les gens le ressentent, et...et ils sentent que nos...nos...raisons de les envoyer vers l'extérieur sont bonnes. Et du coup, ils sont rassurés » (P)

Rester souple

« Je pense qu'il faut être assez souple à ce niveau là quoi. » (K)

« Je pense qu'il faut pas tomber dans la rigidité inverse qui dirait, on met les gens dehors dès le jour où ils ont la CMU, parce que, dans la pratique, ce serait voué à l'échec, et ce serait ne pas tenir compte des...des particularités de chacun. » (M)

« Il ne m'arrive pas de dire au patient « vous avez le droit je ne veux pas vous voir ». Ca, je fais pas. Je reçois les gens, je traite le problème du jour, et...je vois ce qu'on peut faire au niveau de l'orientation » (N)

« C'est un petit peu...une proposition qu'on fait. Je...je rejette pas les gens » (P)

Laisser la porte ouverte

« Mais en...en disant aussi que...si y a un souci ils peuvent revenir ici. » (K)

« Moi je leur dis toujours, aux gens, on vous ferme pas la porte, ça empêche pas que vous reveniez » (M)

« Il sait en même temps que la porte lui reste ouverte pour l'avenir » (M)

« C'est pas parce que tu les orientes...que...tu vas les empêcher de revenir » (O)

Vers une orientation médicosociale

« Parce que ça reste une orientation médicale. Donc le social n'a pas tellement de poids. Alors que je pense que ce serait bien si on en discutait un peu plus, ça ferait moins de retour »(K)

« Quand on fait une orientation, peut-être aussi s'interroger sur la personne en elle...en...dans sa globalité » (K)

« Et la décision, là, peut se prendre à 2...de l'éventuel relais » (P)

La mise en valeur de l'« extérieur »

« De tout façon, j'ai pas tout pouvoir, moi...rien qu'un aide financière, je suis pas...je peux pas le faire sur l'hôpital. Donc il faut au moins aller voir une autre personne, une assistante sociale en ville » (K)

« Allez dans votre quartier, ce sera plus simple. » (L)

« Donc maintenant...d'une part ils vont à la pharmacie de ville, pour l'ordonnance que je fais là. Et puis d'autre part, je dis, ben maintenant, vous pouvez aller chez le médecin...chez tous les médecins. » (N)

« Ils ont droit...au droit commun comme tout le monde, ils peuvent se faire soigner plus près de chez eux...Voilà, parfois par le médecin de la famille » (N)

« Bon, ben, vous pouvez aller ailleurs, vous trouverez les mêmes soins, vous serez pris en charge, socialement, vous aurez pas à avancer les frais parce que vous avez la CMU. » (P)

« J'essaye de positiver un eu sur le fait que...à l'extérieur ce sera tout aussi bien qu'ici, et...voir mieux » (P)

Une présentation positive

« Le jour où ils obtiennent enfin un papier, je leur dis « Mais enfin, maintenant, allez, vous allez travailler parce que vous êtes comme moi, maintenant, il faut aller travailler, faut faire ses courses, il faut faire comme tout le monde » (K)

« Moi je leur dis toujours, un jour vous serez comme tout le monde. Moi, au début...moi, je leur dis toujours « Le jour où vous aurez des papiers, vous serez comme tout le monde ». Vous serez comme moi, vous i...vous irez ou vous voudrez. Et aller...aller ou on veut c'est aussi aller voir le médecin qu'on a envie d'aller voir » (K)

« En sachant que c'était aussi une manière de se réjouir avec elle, enfin, en disant « Ben voilà, super, vous avez la CMU, super, vous allez pouvoir aller partout et...et super, ben allez y », et puis voilà. » (L)

« Ben oui, mais justement, l'ultime étape, c'est celle-ci, c'est d'arriver à partir. » (M)

« J'essaie de le présenter de manière positive. Et je crois effectivement que c'est positif au sens où...où ils ont donc accès au droit commun. » (N)

« Ils peuvent aller n'importe où, ils peuvent faire comme tout le monde, je crois que ça c'est important que le...que la question du droit commun soit...soit là, soit présentée » (N)

Les explications sur le rôle de la PASS

« Et puis avec le petit laïus sur le fait que la PASS, c'était...maintenant, c'était...ils étaient plus...ils avaient plus le profil pour être à la PASS » (L)

« Il fallait laisser la place pour ceux qu'avaient pas encore de droit ouvert, et que du coup y avait un...un turnover qui se faisait comme ça. » (L)

« En plus de ça maintenant, avec la nouvelle loi, vous êtes obligé d'avoir un médecin traitant, sinon, on va vous envoyer des factures, et...et il faudrait que vous vous décidiez à prendre quelqu'un. » (M)

« Ici c'est fait pour les gens qui n'ont pas de papiers de sécurité sociale, vous pouvez vous faire soigner comme tout le monde. » (N)

« Notre mission, c'est de nous occuper des gens qui n'ont pas encore de couverture sociale. Voilà. Donc, ça, je pense que c'est un élément important aussi...que...Et que les gens comprennent je crois, parce que, ils ont bénéficié du système quand ils en avaient besoin, ils ont pu se faire soigner alors qu'ils n'avaient pas de droits, et ils comprennent donc assez bien que, comme...ce soit effectivement notre mission, » (N)

« On leur explique que au bout de quelques...quelques mois, et en général, quand ils ont la CMU-C, qu'ils ne relèvent plus de la prise en charge de la PASS, qui est réservée pour des gens sans droit, mais qu'ils relèvent de la prise en charge, comme tout le monde. Qu'ils peuvent aller un peu partout, au niveau des soins » (P)

3.2.4.4.2. *Les réactions des patients à l'annonce de l'orientation*

Certains professionnels rapportaient des réactions d'étonnement, de peur devant l'inconnu de cet ailleurs et un sentiment d'abandon. L'un d'entre eux se rappelait, au contraire, de certains patients qui s'étaient réjouis. Certains patients s'approprièrent parfois cette idée avec le temps, et la firent leur, ce qui leur permettait ensuite de partir sereinement.

Les réactions des patients

« Bon, y a des gens qui...qui le prenaient pas...enfin, qui étaient visiblement un peu...un peu surpris, effrayés, mais « enfin, je vous connais, je connais pas les 2 autres médecins... » (L)

« Mais moi je connais personne, est ce que vous voulez m'envoyer chez quelqu'un ? » (M)

« Quelque fois les remarques que eux ils font, mais alors c'est... « Alors, je pourrai plus venir ici ? »...Ca, ça on l'entend. Au moment où on explique comment ça...va se faire la transition. » (N)

« Une fois ou l'autre, les gens ont même été surpris « Ah, ben c'est bien ! ». Voilà, bon, aussi, y...y a un accueil qui est parfois positif. Donc là, y a pas besoin de venir à l'hôpital...On peut se faire soigner dans son quartier. » (N)

« Et puis tout d'un coup, on dit, y a plus rien, ça peut être un peu...effrayant pour les gens, et ben, il faut pas hésiter à...à se...à...à reporter ça, quand c'est trop préfaillant. » (P)

« L'annonce peut être vertigineuse, peut entraîner un vertige chez les gens. Mais après, ils reprennent ça à leur compte, tranquillement...Et ...se disent « En effet, tiens, c'est...finalement, ce serait pas mal ». (P)

« Ca peut être dur, mais en général, les gens, ils reviennent 15 jours après, finalement, c'est...c'est pas si mal, ce que vous m'avez dit. » (P)

3.2.4.4.3. *Les retours suite à l'orientation*

Certains patients ne revenaient plus à la PASS dès la réception de leurs droits : ils se réorientaient seuls (Dr M). Beaucoup allaient facilement dans le système de santé de droit commun après la consultation d'orientation, tout au moins pouvait-on l'espérer car les professionnels n'avaient pas souvent de retour, excepté lorsqu'ils connaissaient le médecin vers qui ils les avaient orienté. Ceux qui revenaient consulter à la PASS après une orientation ne constituaient donc pas la majorité. Tous reconnaissaient cependant le risque que les patients n'aillent finalement plus voir personne.

Les retours des patients

« Non, j'ai pas eu beaucoup de retour. Mais en fait, j'en sais rien comment ça se passait » (L)

« J'ai pas d'idées du...qui...comment ça se passait après...Mais ça se passait probablement bien. » (L)

« Y en a beaucoup qui franchissent le...les...les gens pour qui on est obligé vraiment de travailler à la

réorientation, à mon avis, c'est pas la majorité. Parce que...il me semble, moi, que la plupart, ils se réorientent d'eux-mêmes » (M)

« Ou il se réoriente d'eux même à l'extérieur. Ou ils restent ici, ils sont soignés par les médecins du SMA. Mais...non, je crois que l'essentiel se réorientent seuls. » (M)

« Lorsque les gens ont leurs droits, on leur remet une lettre, on leur dit d'aller voir un médecin dans leur quartier, et dans la grande majorité des cas, on les ...on les revoit pas, donc ça doit fonctionner un peu. On leur dit aussi que si ils ont un souci de prise en charge, ils peuvent revenir nous voir, » (N)

« On voit très peu de gens revenir en disant que ça fonctionne pas, donc je pense que...sur ces éléments là qui sont très partiels, on peut dire que ça fonctionne, mais ...c'est avec des réserves...parce que c'est par...c'est un raisonnement par défaut et pas une constatation de visu. » (N)

« Des patients qui reviennent en disant qu'on...qu'ils ont pas été reçus, y en a pas souvent. »(N)

« Y en a un certain nombre qui ne reviennent pas, qui ont leur droits ouverts et ils ne reviennent pas à la PASS, bon, on suppose qu'ils se sont débrouillés, là seuls....mais....et qu'on a rempli notre mission, qui était des soins immédiats, l'ouverture des droits, » (N)

« Les retours que j'ai des patients, que j'envoie chez ce médecin...qui sont suivis par ce médecin, sont plutôt favorables, ce qui n'est pas le cas de ...plein d'autres médecins » (O)

« Cette dame que j'ai orienté, et qui, je pense, je lui ai redit ce matin, qui je pense, ira maintenant chez le Dr X, il n'empêche que, à des moments, elle reviendra me voir. » (O)

« Des gens que j'ai pu orienter, soit je les ai jamais revus, donc je sais pas ce qu'il s'est passé. Et bon, ça c'est un gros défaut d'ailleurs...parce qu'on n'a pas beaucoup de...de choses qui nous permettent. » (O)

« Dr X, c'est complètement différent parce que je le vois, on a des contacts réguliers, donc...forcément, je sais ce qu'ils deviennent. Les gens que j'oriente ailleurs éventuellement parce que ça m'est arrivé, en particulier des gens qui parlent français, donc qui sont pas d'origine arménienne...Non, je sais pas ce qu'ils sont devenus... J'ose espérer qu'ils ont été suivis et que s'ils sont pas revenus, c'est que tout s'est bien passé » (O)

« Quand les gens reviennent et te disent "Oh ben oui, mais non, mais ci, mais ça, moi je préfère revenir là... je vous amène mon papier de la sécu parce que je veux que vous soyez mon médecin référent » (O)

« Ben les gens ils restent à la PASS, ou bien, alors, ils voient même carrément plus de médecin » (P)

3.2.4.5. Les difficultés rencontrées par les professionnels

3.2.4.5.1. *Les peurs des professionnels*

Le long de ce chemin où marchent côte à côte le professionnel et le patient, les professionnels eux-mêmes exprimaient un certain nombre de difficultés et de résistances.

Tout d'abord, l'orientation vers le système de santé de droit commun était un processus compliqué et difficile, car le papier permettant théoriquement l'accès à d'autres structures de soins ne se suffisait pas à lui-même. Il appartenait en grande partie aux professionnels d'accompagner les patients dans cette démarche peu évidente. Seulement, eux-mêmes éprouvaient des difficultés à comprendre les tenants et les aboutissants de ce problème

complexe, et avaient du mal à passer le relais. Un certain sentiment d'impuissance naissait face aux difficultés des situations dans lesquelles étaient les patients, à celles rencontrées dans un système de santé de droit commun inadapté à ces populations, ou encore dans l'organisation d'un réseau extérieur compétent pour s'occuper de ces patients...

A la fois, il existait une certaine culpabilité à être en marge du système si on ne les y envoyait pas. La peur d'une prise en charge confinée au même endroit, se sclérosant et devenant délétère, était exprimée par l'un des médecins.

Plusieurs voulaient s'assurer que cet « ailleurs », vers lequel ils adressaient leurs patients, soit bon pour eux ; cependant, ils ne le connaissaient pas. Ils voudraient s'assurer du succès de la démarche avant de tenter le départ. Ils redoutaient que cela se passe moins bien qu'à la PASS et que cela se solde par un échec. Ils craignaient effectivement de heurter et blesser leurs patients, leur faisant revivre quelque chose de traumatisant et déstabilisant. La peur d'altérer le soin du patient et de prendre des risques par rapport à la santé de leurs patients existait aussi. La pathologie devait alors être bien stabilisée, et le médecin prenant le relais devait être compétent. L'un des professionnels voulait s'assurer que la prise en charge se ferait à l'identique de celle qui existait jusqu'à présent à la PASS.

Ensuite, la question de la liberté du patient était évoquée : d'une part existait la liberté de consulter à la PASS et d'y choisir son médecin traitant, avec la privation de liberté représentée par l'interdiction de venir à la PASS. D'autre part, cette liberté était aussi celle qu'ils gagneraient en s'autonomisant, en quittant la PASS pour reprendre les rennes de leur vie, à l'opposé de la dépendance et du « laisser-faire » qui pouvait s'installer et perdurer à la PASS.

Certains des professionnels étaient cependant conscients de leurs propres peurs et résistances à laisser partir le patient, et de l'influence de leur propre subjectivité. Les appréhensions des soignants seraient même, pour l'un d'entre eux, un frein majeur dans l'intégration du système de santé de droit commun.

Les difficultés, la complexité et l'incompréhension

« Mais entre ce qu'on t'annonce dans un texte et ce qui est faisable dans la réalité, les choses sont différentes. » (K)

« C'est pas un bout de papier qui va changer leur situation. » (K)

« Pourquoi on les revoit revenir alors qu'on les a orienté ? Donc y a eu un problème quelque part. » (K)

« Pour moi c'est pas simple, c'est pas parce qu'on a un papier que c'est...que tout est réglé quoi » (K)

« C'est à dire comment les motiver à aller voir quelqu'un d'autre, alors que là où ils sont, ils sont bien

suivis » (O)

« C'est pas que j'ai du mal, c'est que je sais pas comment il faut faire » (O)

« Sans fermer la porte, ça veut dire qu'ils vont revenir. Si je t'explique que il faut plus revenir, mais tu peux revenir, ben tu vas revenir. » (O)

« Mais pour eux, je pense que c'est très difficile. De passer la main, je pense que c'est très difficile » (O)

Un sentiment d'impuissance

« C'est très difficile *-[de les laisser partir]-*, mais en même temps, il faut se dire aussi qu'on n'a pas tous les pouvoirs. Moi je peux pas tout faire » (K)

« Qu'il faut par moment ...faut prendre ce recul quoi, autrement on vivra plus, hein? » (K)

« Je ne vais pas refaire le système de santé » (N)

« Du fait de la dispersion, je me vois pas trop faire vivre un réseau en bonne et due forme...autour de cette problématique là » (N)

« Mais ça me semble trop lourd, et pas faisable [...] pour des patients qui ne sont que précaires [...] Et puis aussi...pour ne pas concentrer la précarité sur quelques têtes...quelques personnes. » (N) *[En parlant d'un réseau autour de la précarité]*

La culpabilité de ne pas être « dans le système »

« C'est vrai que c'était toujours un peu culpabilisant de garder les patients parce que...entre les médecins on se disait bien qu'il fallait orienter. [...] en train de me dire bon, je suis pas bien...je suis pas dans les clous, je suis pas dans le système...Donc je pense que le faisais quand même pas très...enfin, j'essayais de le faire le moins souvent possible » (L)

La peur de la sclérose

« Sinon, on sclérose le système, et puis on leur apporte pas l'aide dont ils pourraient avoir besoin » (P)

« J'ai mis un ultimatum parce que je sentais que c'était...que j'allais plus apporter grand chose. Et je pensais que c'était pas bon que ça continue » (P)

« Les gens s'enkystent et ratent cette opportunité là. Et du coup, trouvent à la PASS tout ce dont ils ont besoin, et n'aillent pas chercher plus loin. Or la PASS c'est...n'est pas fait pour ça, n'est pas faite pour ça. » (P)

L'assurance de la bonté de « l'ailleurs » et sa méconnaissance

« Si je sais que la personne va et...est...est entourée à l'extérieur, et tout moi je sais que je peux lâcher. Mais c'est rare, s'il y a vraiment grande souffrance, ben tant p...je continuerai, tant qu'elle aura besoin ...tant qu'elle viendra » (K)

« Je connais pas les médecins généralistes. Donc je pense que ça c'était une des complications, » (L)

« J'ai besoin de...de sentir ou de percevoir ou de constater que la personne, euh...suit ce qui se passe » (N)

« Pendant un certain temps, jusqu'à ce que on ait vraiment la certitude que quand on les orientera, ça marchera. Parce que tant qu'on n'a pas la certitude que ça marchera...y a pas de raison qu'on les... y a pas de raison qu'on les oriente ailleurs. » (O)

La peur de cet « ailleurs », de nuire aux patients, d'où la protection des personnes

« Ce serait déstabilisant pour la personne de changer le...le cadre et le lien. » (L)

« En situation de crise, moi, je me sens pas confortable de...de passer la main à ...à un...un médecin généraliste qui ne connaisse pas le patient, ni le début de l'histoire de la maladie, je crois que...ça on s'était dit, quand y a des soins en cours, un bilan, des choses, ou des...ou des traitements qui sont en cours d'adaptation, on va jusqu'à bout, puis on passe la main après. » (N)

« Si on...c'est aussi pour éviter les ...les gags, pour éviter les...les ...les difficultés de transmission, les difficultés de compréhension, et des...des...des...pertes de suivi ou des choses comme ça » (N)

« Il n'en reste pas moins que c'est très difficile pour eux de faire...ça, et que ça l'est aussi parfois pour nous, parce que quand ça se passe, ça se passe rarement dans les mêmes conditions que quand ils viennent à la PASS » (O)

« Passer la main pour passer la main : non. Je préfère ne pas passer la main que passer une main qui n'est pas véritablement une main. C'est à dire que je préfère effectivement continuer à voir des patients...en m'assurant effectivement que le suivi et la prise en charge sont faites convenablement, telle qu'elle a...telle qu'elle a démarrée. » (O)

« Comment faire pour être sûr qu'ils se sentent mieux...là où tu vas les envoyer. Ou aussi bien » (O)

« C'est pas parce que on les or...on les réoriente dans le système de droit commun, qu'ils vont un, y aller, et puis surtout qu'ils vont être régulièrement suivis » (O)

« Pour moi, je ne passerai la main que si, effectivement, j'ai la certitude que les médecins à qui je vais passer la main...vont faire, comme nous. » (O)

« Bon, ça c'est pas suffisant, c'est à dire que tant qu'on n'a pas le sentiment que la prise en charge ne sera pas de la même nature que celle qu'on a faite pendant des mois, et des mois ici, je vois pas pourquoi on prendrait le risque de les orienter ailleurs » (O)

« Là où tu vas les orienter, ils vont pas nécessairement trouver la même chose et la même...écoute, et la même réponse à leur question. » (O)

La peur de l'échec

« Si je les orientais vers un médecin généraliste, comme je l'ai fait d'ailleurs pour certains...Ca va pas nécessairement marcher, et ils vont revenir » (O)

« Parce que si c'est pour faire ça, et si c'est pour qu'ils reviennent effectivement au bout de 3 mois, en disant, ben oui, mais, moi, je suis pas satisfait » (O)

La privation de liberté, l'exclusion

« C'est leur liberté de choix » (O)

« Ca serait la seule filière de soin dans laquelle y a plus de liberté de choix. » (O)

« Sous quel droit ? De quel droit tu pourrais faire ça ? Tu peux pas le faire. Tu pe...tu peux pas exiger qu'ils aillent voir quelqu'un d'autre... » (O)

« Parce que si on fait ça, on les exclu. Je veux dire, ils auront plus là bas, ils viendront plus ici. » (O)

Gagner en autonomie

« Elle était plutôt dans le faire agir que dans l'agir, et je souhaitais justement pas...revenir dans ce cercle là, parce qu'après, ben...on s'en sort plus » (P)

« On peut pas porter les gens à bout de bras, donc quand on a une institution qui fonctionne, et que...les choses qui fonctionnent, et bien il faut s'en servir. Pour que les gens soient à même, eux de reprendre...de reprendre leur vie quoi. » (P)

« C'est important d...d'offrir aux gens la...la possibilité de s'autonomiser. » (P)

« Tout faire pour...pour...pour aller chercher ces...ces forces là, ces ressources là. Il faut pas se substituer » (P)

« Il faut plutôt le tirer vers le bon côté, que le renvoyer vers le mauvais. Et le bon côté, c'est qu'il s'autonomise. Qu'il aille chercher en lui ou en elle les...forces et les ressources qui lui permettront de revivre normalement » (P)

« C'est pas d'une bouée dont...dont ils ont besoin, c'est de sortir de l'eau, Je veux pas servir de bouée.» (P)

« Je pense pas que la PASS doive répondre à tout, tout le temps, et...et toujours. Voilà. Parce que de toute manière, ça marcherait pas. Marcherait pas » (P)

« Il faut pas non plus...tout d'un coup, tout faire...pour les gens, quoi. Parce qu'on se substitue, et c'est pas bon » (P)

Les propres peurs et résistances du soignant

« C'est complètement subjectif parce que...en fait, c'est une idée que je me faisais, mais, les gens, je le sentais pas de...de... de les orienter, de leur dire, allez...allez voir ailleurs. » (L)

« On estime une vulnérabilité, une capacité à se débrouiller, à...en sachant que ça, c'est à la louche, et qu'on...on se trompe sûrement» (L)

« C'est pas toujours évident de...passer le relais » (L)

« Qu'après on sent bien que c'est aussi sa propre per...enfin, conception des choses...Peut-être ça aurait été tout à fait bénéfique pour la personne (*en riant*) d'aller voir ailleurs, » (L)

« Le frein me semble plutôt être du... de notre côté, du côté des soignants, c'est à dire que...il est possible que nous ayons parfois l'impression que c'est pas... un patient qui soit pas orientable, et que on propose pas suffisamment. » (N)

« Je pense que...le frein, il est plutôt du côté des soignants, à envoyer les patients en ville »(N)

3.2.4.5.2. *Le rôle de la relation médecin patient*

Tous les soignants évoquaient cette part d'affect intervenant dans la relation avec leurs patients. Les soignants devaient accueillir et instaurer une relation de confiance avec ces patients, afin qu'ils déposent leurs souffrances. Un lien fort était alors noué, difficile à couper, autant pour le patient que pour le soignant. L'un des professionnels se méfiait d'ailleurs du développement inévitable de ce type de liens si celle-ci était trop investie. Du côté des soignants, ce lien était valorisant, et ils s'attachaient beaucoup à ces personnes d'autant plus qu'elle étaient fragiles, et avaient besoin de ce lien. L'un d'entre eux parlait de la toute

puissance qui pouvait s'instaurer dans ce type de relation : toute puissance du médecin dans son rôle accompli de soignant, et toute puissance du patient qui attend et reçoit tout de son médecin.

La relation entre le médecin et son patient était d'autant plus forte que la situation dans laquelle ils s'étaient rencontrés était dure, et que des parties intimes et traumatiques de son histoire avaient été confiées. Les soignants se plaçaient alors comme protecteurs de ces personnes fragiles.

Parfois, les professionnels stimulaient les patients à être autonomes, jouant alors le rôle de « coach ». Le lien étroit existant permettait, d'une part, au soignant de mieux évaluer les capacités et les ressources du patient, et d'autre part, il permettait au patient de s'appuyer sur cette base solide pour aller ailleurs. Le soignant voyait alors le départ de son patient comme l'épanouissement personnel de celui-ci et l'aboutissement de son propre investissement et de sa mission.

Dans d'autres cas, la force de ce lien rendait le départ difficile, justement parce qu'il était difficile d'interrompre une telle relation. Un des soignants évoquait le sentiment d'abandon des patients orientés vers un autre lieu de soin. Les professionnels pouvaient donner alors l'impression de se débarrasser de leurs patients, cessant la prise en charge sanitaire froidement et les abandonnant sans aucun scrupule.

Se posait alors la question de l'investissement des soignants, confrontés à devoir faire la part entre des recommandations théoriques (mettre de la distance dans la relation soignant-soigné, les envoyer vers le système de soin commun), et la réalité relationnelle et humaine.

Nous avons noté que le médecin installé en libéral avait pensé que beaucoup de patients de la PASS viendraient le voir dans son cabinet lorsqu'il quitterait la PASS. Finalement, peu de patients l'avaient suivi, lui montrant que les choses se passaient parfois différemment de ce à quoi l'on s'attendait, et que le lien qui semblait vital pour les patients ne l'était peut-être pas tant que ça...

Le lien affectif entre les professionnels et les patients...

« En tant qu'assistante sociale, et...faut qu'on plaise, entre guillemet. Si on plait pas, c'est pas marrant d'aller raconter ta vie, ton histoire à quelqu'un que t'aim...que t'apprécies pas en face de toi. » (K)

« Pourquoi ils viennent ici ? Parce que je suis gentille. » (K)

« Qu'au niveau médical, y a...on n'est pas meilleur qu'un autre...Au niveau psychosocial non plus, mais... une fois que le lien est créé » (L)

« Une fois que ce lien là est créé, oui, des fois, c'est pas...ça me semblait pas pertinent pour certains cas, de ...de

Etude qualitative

le changer » (L)

« Ca dépendait aussi de mon côté, de la relation que j'avais avec les patients parce qu'il y a une attache aussi affective du côté du médecin » (L)

« Je pense que les gens qu'on supporte pas bien je devais avoir plus de facilités à les...à leur dire « Oui, vous avez la CMU...Au revoir » (L)

« Dans la pratique, c'était pas si simple de...de...d'orienter vers le droit commun, enfin, de sortir de la PASS en fait. C'est toujours cette histoire de liens. » (L)

« J'ai quelques patients avec qui y a un lien...j'ai une patiente, elle me considère comme son père » (L)

« A l'époque à la PASS, je l'avais pas orientée, mais parce que je sentais qu'y avait un truc...y avait un truc entre nous... » (L)

« Il faut faire attention à pas trop, trop permettre cet investissement. » (P)

...dont ont besoin les patients et les professionnels

« Ce lien...enfin, moi qui me fait plaisir en tant que médecin parce que c'est valorisant » (L)

« Et du côté du médecin y a...oui, y a aussi...de l'ordre de l'affectif, un lien qui s'est créé avec la personne et...et une envie que le...le ..le couple continue...le tandem continu... » (L)

« Après y a...y a un lien qui se crée et ...qui est fort et qui...et qui peut être amené à persister et puis après...moi je le laisse persister parce que je...je trouve que c'est rester aussi, enfin, je sais pas c'est...quand les gens sont demandeurs, pourquoi aller contre en fait ? » (L)

« Y a toutes ces personnes que j'aurai pas confiées à d'autres personnes, mais ça...ça c'est vraiment...j'ai pas beaucoup d'arguments pour défendre ma position parce qu'elle est complètement subjective, et...enfin...Mais je pense que y a des personnes que je vois encore ici, où on sent qu'y...y a un lien qui est pour eux important, et...moi j'ai... je vais pas contre parce que c'est agréable, voilà, c'est tout simple. » (L)

Un sentiment de toute puissance

« Parce que sinon, on va être conduit, et c'est très narcissisant pour un médecin, on va être conduit à être tout puissant, le médecin qu'on veut voir, celui qu'on aime bien, celui qui est gentil, et...et c'est pas ça la PASS. Et c'est pas ça la médecine...En général. » (P)

...d'autant plus fort que les situations sont dures

« Ils ont besoin de cette attache là parce qu'on s'est connu à un moment difficile de leur existence et qu'ils sont reconnaissants » (L)

« Des premières consultations délicates, les gens racontent leurs histoires » (L)

« Notamment l'affectivité. Et puis je pense que la PASS, c'est des choses dures, du coup, ça renforce ce sentiment là en fait » (L)

« Elle est arrivée, elle disait « je veux mourir ». [...] Cette personne là, moi je me suis investi sur ce cas comme sur d'autres, et progressivement, elle s'est complètement...elles s'est complètement épanouie, On la reconnaît pas. » (L)

Rôle de protecteur, « mère poule »

« C'est vrai que quand on a le sentiment que le patient ne saura pas se débrouiller, on tendance un peu à les couvrir » (N)

« C'est le sentiment peut-être un peu...de mère poule qu'on peut avoir pour certains patients qu'on ressent comme fragiles...peu capables d'autonomie, peu autonomes » (N)

Rôle stimulateur auprès des patients

« Des patientes avec qui je m'entends très bien, mais je...j' dirai que c'est avec elles peut-être que ce sera plus facile, parce que tu les...A force de discuter, tu les sens plus ou moins...qui prennent de l'assurance et qu'elles sont prêtes à faire... » (K)

« Tu vois, c'est une patiente que je vois régulièrement, que j'ai accompagnée à la Préfecture cet été, qui a obtenu ses papiers...L'autre jour, quand elle a...apporté son récépissé, je lui ai dit "maintenant la prochaine fois, vous venez me voir avec votre contrat de travail. » (K)

« C'est grâce à vous, et si vous trouvez du travail, c'est grâce à vous, c'est pas grâce à moi. » (K)

« Je leur dis « vous...vous...vous allez vous habituer, vous allez trouver petit à petit, des repères dans une vie qui est extrêmement difficile, mais vous avez la capacité de...faire face à ça, et...et vous n'êtes pas malades. » (M)

Un lien rendant le départ joyeux...

« Moi, pour moi, c'est rarement difficile. Parce que...enfin, je trouve qu'il y a vraiment une joie extraordinaire à voir quelqu'un s'en aller, et pouvoir...voler de ses propres ailes. Même si c'est quelqu'un qu'on va pas revoir. » (M)

« Moi je crois que il y a un vrai plaisir à voir les...les gens arriver à se débrouiller, tout seuls. » (M)

...ou le rendant difficile

« Y a ...quelques cas...où c'est difficile, mais justement, c'est pas les cas ou ça marche, je crois que c'est les cas ou ...on se trompe, [...] On peut éprouver un attachement, moi, ça m'est arrivé de le sentir,et...d'y mettre un terme,[...]Un patient qui va rappeler quelque chose, qui va réveiller quelque chose, qui va en rappeler un autre, qui va faire que le...le détachement est plus...est plus difficile » (M)

« Moi, ça m'est arrivé, une ou deux fois, et...je trouve qu'après, on arrive à repérer ces ...ces choses là, et se dire qu'il faut...il faut arrêter parce que justement, il faut pas...c'est pas sain ça pourrait pas rester comme ça » (M)

La peur d'une séparation, d'un abandon

« Par manque de réceptivité de ce discours chez les gens, c'est à dire, je pense que même si je prenais le temps...ça serait pas compris, pour beaucoup. Pour beaucoup ça serait pas compris » (O)

« Quand j'ai commencé la prise en charge d'un patient qui est arrivé sans CMU, c'est très très difficile de lui dire à un moment, « bon, ben, maintenant, vous avez la CMU, il faut...aller ailleurs. » (O)

« Ce serait vécu un peu comme un abandon. Incompris » (O)

« Parce qu'ils auraient un peu l'impression que je me débarrasse d'eux, quoi, donc c'est un peu ce que je fais » (O)

« Je pense qu'on ne peut pas dire décevant à des patients qui consultent depuis plusieurs mois à la PASS, « Maintenant, ne venez plus à la PASS ». [...] On le ferait pas, c'est pas concevable. Comment tu pourrais mettre fin à une filière de soin, qui s'organise depuis des mois et des mois...sous prétexte que les gens ont changé de catégories. » (O)

« Comment tu veux expliquer à un patient qu'il faut plus qu'il vienne ici, parce que...toi tu veux plus le voir » (O)

« C'est pire si tu veux, de dire, Ok, pendant 6 mois, on prend soin de vous, on répond à toutes vos demandes, et puis après de dire, ben voilà, après vous vous démerdez, allez ailleurs, adienne que pourra » (O)

Le questionnement par rapport à ce lien

« Alors oui, jusqu'à quel point il faut s'impliquer ? » (L)

« Quand les gens sont demandeurs, pourquoi aller contre en fait ? » (L)

« Qu'il faut rester des êtres humains en fait...et c'est...c'est un problème, quand on est soignant, de...parce qu'on est quand même formé à mettre de la distance entre...et ce qui est une bonne chose...entre nous et les malades. » (L)

L'expérience du départ de la PASS

« Je pensais qu'y aurait plus de monde qui viendrait ici » (L)

« Là aussi, on se fait des idées...je pense que les choses se font, c'est...c'est mieux comme ça, mais...Parce que les patients, quand on dit qu'on part, ils sont toutes...toutes paniquées, et puis en fait...en fait, j'imagine que ça se passe bien...ça c'est une histoire de vie, c'est des rencontres à un moment donné, un cheminement » (L)

3.2.4.5.3. *Les autres freins*

Outre les propres résistances des professionnels, et le fort attachement soignant-soigné, un autre élément cité était tout simplement l'oubli dont pouvait faire preuve le professionnel, face à une situation non réévaluée, et qui avait pourtant évoluée : ce n'était pas parce qu'un patient n'avait pas été jugé prêt à un moment donné qu'il ne l'était pas plus tard.

L'oubli de l'orientation, l'habitude

« C'est que c'est pas forcément documenté ou remis à jour dans les dossiers, donc, c'est peut-être...on se fie peut-être trop sur une impression générale, ou sur une habitude, parce que quand même quand on a vu un patient un certain nombre de fois, donc parfois...on oublie de se poser la question de l'adresser en ville » (N)

« On aurait peut-être tend...tendance à penser que parce qu'on a pensé un jour qu'un patient n'était pas adaptable, et pas autonome, il le resterait à vie. C'est un jugement qu'on peut réviser de temps en temps. » (N)

3.2.4.6. Les solutions envisagées par les professionnels

Par rapport à la problématique de l'intégration dans le système de santé de droit commun, les professionnels de la PASS avaient des propositions. Le fait d'annoncer initialement que la prise en charge serait temporaire pourrait aider les personnes à se préparer à un départ et à ne pas trop investir la relation (ce qui semblait être un frein conséquent). Ensuite, il ne fallait pas précipiter les orientations, prendre son temps et en laisser aux patients. Il serait souhaitable aussi de faire des évaluations régulières de la situation des patients, en se reposant la question de l'orientation : une grille comportant certains facteurs identifiés comme facilitant ou limitant l'orientation pourrait aider à la prise de décision. L'un des professionnels insistait sur la nécessité d'une éducation à la santé et au système de santé français, possible si l'on se donnait de vrais moyens de temps et d'organisation. Une consultation combinée socio médicale serait alors appropriée, dans la double optique d'une meilleure évaluation et d'une éducation du patient à sa santé.

D'autre part, le système de santé classique pourrait être plus souple dans son fonctionnement, notamment concernant l'accueil des populations précaires, vis à vis des justificatifs d'ouverture de droits en particulier (exigés sans exception par les hôpitaux publics). Un des soignants envisageait l'envoi des patients vers des structures ressemblant à la PASS, comme les dispensaires de Lyon, comme étant une solution acceptable. D'autres pensaient développer un réseau de médecins qui seraient compétents dans la prise en charge de ce public et qu'ils connaîtraient. Un autre allait plus loin en souhaitant la sensibilisation, l'éducation et la formation des médecins en général à ce travail spécifique, afin que le système de santé de droit commun s'adapte lui-même à ce type de patients. Une autre proposition était de faire travailler à la PASS des médecins généralistes installés par ailleurs en cabinet. De façon anecdotique, un des médecins avait « résolu » le problème du relais en s'installant lui-même en libéral...

Différentes solutions étaient ainsi envisagées, ce qui est cohérent dans la prise en charge d'une population hétéroclite, pour laquelle une solution unique n'existe pas. Il était indispensable de respecter les principes de liberté et d'humanité qui devaient rester les fils conducteurs de l'action des professionnels de la PASS.

L'annonce initiale

« Ce qu'il faudrait leur expliquer dès leur arrivée à la PASS, c'est qu'on est là simplement pour...un temps

Etude qualitative

défini, mais ce temps défini, on est incapable, au moment où on les voit la première, ou les premières fois de le définir. Donc...mais c'est ce qu'il faudrait faire en pratique, c'est à dire, il faudrait leur dire "Ben voilà, vous êtes à la PASS, je suis le Dr X, je vais vous voir pendant 2 mois, 3 mois, 4 mois, 6 mois, le temps que vous ayez vos papiers, et puis après, je vous vois plus. » (O)

Le temps

« Moi, je trouve que c'est important qu'on laisse le temps aux gens...quelle que soit la demande de toute façon » (K)

« Prendre son temps...Tout simplement...Et puis trouver le bon médecin, qui acceptera en ville de prendre la personne...Parce que bon, ça finira par arriver de toute façon, voilà. Pourquoi vouloir accélérer les choses, ça change quoi ? Qu'on soit...Qu'on suive un patient un mois, deux mois, 6 mois, en quoi ça change ? Pour lui rien, ça ne peut que le conforter, et pour nous, c'est nous dire qu'un jour ou l'autre, il partira quand même peut-être dans de meilleures conditions » (K)

Réévaluer chaque situation

« On pourrait peut-être refaire ...un test sur les patients de plus de 6 mois...à ce moment là, on remplit une feuille, on regarde pourquoi on l'adresse, etc., et puis voir ce que ça donne quoi...rem...mettre un petit rappel pour les patients de plus de 6 mois, ça pourrait, ce serait envisageable » (N)

« Remettre des...des...des choses un peu...un peu...réactualisées, au minimum tous les 6 mois voir...voir...ce patient là est encore à la PASS, pourquoi ? Voilà, ça ce serait faisable, » (N)

« L'apprentissage de la langue française, c'est une notion qui évolue. Pour certains patients, pour d'autres pas...Pour la question du domicile, même chose, ça évolue ou pas. Donc, il faudrait, au minimum tous les 6 mois, je crois, se poser la question est-ce qu'on peut renvoyer ce patient en ville ou pas » (N)

« Mais il serait intéressant de décrire de manière plus précise quels sont les facteurs qui entrent en ligne de compte parce que...ce que on peut ressentir et ce qui est effectivement de l'ordre du...de l'objectif et du réel, ça mériterait d'être...d'être pondéré quoi. » (N)

Eduquer le patient à sa santé

« L'éducation, il faudrait...doubler les consultations, moi, j'ai toujours dit que dans les PASS, il fallait une consultation de soin et une consultation de prévention » (O)

« C'est un apprentissage, à mon avis, qui doit se faire dans le cadre d'une véritable consultation, où on explique les choses aux gens » (O)

« On l'éduque par rapport à un certain accès aux soins par un ce... certain accès à une demande médicale quand ça va pas, quand on a un symptôme...Eviter l'automédication, éviter les négligences de sa pathologie, c'est ça l'éducation » (O)

« On apprend à une personne en situation de précarité à reconsulter et à reconsommer du soin médical, quand elle n'a pas consulté pendant des années, » (O)

« Normalement, tous les patients de la PASS, une fois qu'ils ont terminé...une prise en charge PASS, et qu'il faut les réorienter dans le système de droit commun, logiquement, il faudrait passer avec eux, peut-être, je sais pas, une demi-heure, une heure, deux heures, à leur expliquer comment les choses vont se passer maintenant. Ce qu'il

Etude qualitative

va falloir qu'ils fassent, les efforts qu'il va falloir qu'ils fassent parce que le système est pas adapté. Et que, il va falloir effectivement qu'ils aillent chez un médecin généraliste, qu'ils prennent un rendez-vous, que si...on leur donne pas un rendez-vous le jour où ils appellent, mais qu'ils doivent patienter 3 ou 4 jours, ben, c'est comme ça. Parce que ça y est, ils font partie de la société des ... entre guillemets des consommateurs de soins, normaux. » (O)

« Il faudrait organiser une consultation, l'assistante sociale d'un côté, le médecin de l'autre. On prend un contact avec un médecin, donc on leur dit pas, voilà...allez vous trouver un médecin dans votre quartier, on a une liste de médecin, y a l'assistante sociale qui est là, qui dit, ben voilà M. Machin, il a besoin de rien, tout va bien. Au cas où y ait un problème social, il faut qu'il s'adresse à...X ou Y. Pour le médecin, Ok. Docteur Untel, très bien. Vous avez choisi le Docteur Untel, oui, il est sur la liste, ça...c'est un médecin, d'accord, sympa, je l'appelle. J'appelle de Dr Untel, je lui dis « voilà, je suis le Dr O, je vous envoie, à partir d'aujourd'hui M. Truc, qui est...qui ne dépend plus de la PASS, qui a la CMU, voilà quelles sont ses pathologies, je lui remets son dossier médical, et je vous passe la main. Et le patient est d'accord, il est en face de moi, je vous le passe, il va prendre un rendez-vous. » (O)

Une orientation médicosociale

« Alors que je pense que ce serait bien si on en discutait un peu plus, ça ferait moins de retour. » (K)

« L'idéal, ça serait, effectivement, que l'assistante sociale puisse...être à côté de moi, passer une demi-heure avec moi, et me dire « Ok, Ok, voilà, y a pas de problème, il peut être suivi, il peut être ci, il peut être ça. Voilà, bon. Ca, ça serait du travail efficace » (O)

Rester souple

« Je pense qu'il faut être assez souple à ce niveau là quoi. » (K)

« Je pense qu'il faut que la personne doit être prête à partir, et qu'après ça, et ben le système soit prêt à accueillir cette population avec une certaine souplesse, c'est à dire sans papiers, sans rien du tout, quoi. » (K)

Les structures ressemblant à la PASS

« Moi, j'en envoie beaucoup au dispensaire général de Lyon. Parce que c'est aussi, c'est une structure...C'est de la médecine générale tout à fait...classique, mais dans une...dans une maison commune en somme, quelque chose qui peut ressembler un petit peu à...à l'hôpital, avec des médecins que je connais...Et...et les gens passent bien au...au dispensaire. » (M)

« Les fonctionnements en dispensaire ou en centre de soins, c'est quelque chose qui serait bien...Un...pourquoi le dispensaire général de Lyon, ça marche ? C'est parce que là aussi, les gens arrivent, y a un personnel administratif qui va s'occuper de leurs papiers, ils ont pas d'avance de frais, ils ont pas à gérer leurs feuilles de sécurité sociale. » (M)

Le développement d'un réseau connu

« On pourrait créer d'autres filières du même genre, mais...mais pour l'instant, c'est plus difficile à identifier, on aurait besoin d'une filière qui parle russe par exemple, » (N)

Etude qualitative

« Parce que clairement quand c'est des médecins qu'on connaît, c'est plus facile, mais ! Il faut pas non plus concentrer les patients précaires sur les mêmes médecins, c'est...parce qu'ils pourront pas forcément assurer, parce que c'est pas juste » (N)

« Leur faire comprendre que, aujourd'hui, c'est fini, la PASS s'arrête, mais qu'y a autre chose qui commence. Et que le « autre chose qui commence », c'est pas...flou. On va pas les envoyer comme ça pour se dépatouiller, c'est...un contact, un dossier, on passe...réellement la main à quelqu'un...qu'on connaît, auprès de qui on va les orienter, dont on sait qu'il prendra correctement...soin d'eux, et surtout, que ça se fait d'une manière coordonnée. » (O)

« Peut-être que il serait intéressant effectivement d'avoir...une liste de correspondants, sous réserve que le conseil de l'ordre donne son accord, mais une liste de correspondant de médecine générale qui, effectivement...soient agréments précarité » (O)

L'adaptation des médecins à la population

« La deuxième solution, c'est d'adapter, mais ça, il faut pas trop rêver, mais c'est d'adapter effectivement la médecine générale à cette catégorie montante de la population qui s'appelle la population précaire » (O)

« Il faudrait que les médecins généralistes, effectivement, soient à mon avis, sensibilisés, formés...puissent exercer une médecine qui leur permette effectivement de prendre le temps avec les patients qui le nécessitent. » (O)

« Mais y a aussi une éducation du médecin, alors qui celle là, non seulement prend du temps, mais en plus doit faire changer les mentalités, parce que c'est réellement ça. C'est à dire que pour prendre en charge une population précaire, d'une manière convenable, c'est à dire passer du temps, écouter, comprendre, » (O)

« Y a une chose qu'on n'apprend pas dans notre médecine, c'est la prise en charge de l'environnement social d'une personne. Et surtout la contribution de l'environnement social sur la prise en charge médicale » (O)

Des médecins « de ville » à la PASS

« La première chose, c'est faire en sorte que les PASS, mais je te l'ai déjà dit, soient...animées par des médecins libéraux qui ont un cabinet en ville, et qui puisse effectivement prendre le relais, le plus rapidement possible » (O)

Anecdotique : aller soi-même dans le système de santé de droit commun

« Je suis moi-même le droit commun, enfin...après le lien s'est fait...donc, aujourd'hui j'ai aucune raison de leur demander d'aller voir ailleurs. » (L)

« Enfin, ici, j'ai aucune raison de...de faire en sorte que les choses se...les choses se cassent. » (L)

L'individualité de chaque patient

« J'te dis, moi je trouve que le droit commun, oui, mais adapté à chacun » (K)

« Je pense pas qu'on puisse avoir un...un système de santé...avec une organisation unique, adapté à tous » (M)

La liberté d'homme, de chacun

« Moi, ce qui me semble important, c'est que...chacun puisse accéder à sa...à sa dignité et à sa liberté...d'homme. Après, chacun a...a sa propre vision de sa liberté d'homme. Y a des gens qui...qui vont avoir besoin de se...de se libérer et de se prendre en charge complètement. Et puis, y en a d'autres...qui, peut-être, n'y arriveront pas, ou qui n'y arriveront pas tout de suite, ou pas de la même manière. Mais si à côté de ça...dans leur têtes et dans la tête des gens qui les soignent, ce sont des hommes libres, et en pleine possession de leurs moyens...Qu'ils aillent au dispensaire ou ailleurs, ou qu'ils restent à la PASS, je trouve que c'est pas gênant. C'est pas gênant sous réserve que...on...on se trouve pas face à une opération de charité. Hein, où le médecin fait le bien pour le malade, qui peut pas » (M)

3.2.4.7. Les représentations des patients des professionnels

Lors des entretiens, nous avons été marquée par la façon dont les professionnels se représentaient leurs patients. Le premier élément observé a été la fragilité psychique et la vulnérabilité causée par leurs vécus traumatiques. On leur prêtait des difficultés pour s'adapter et être autonomes, nécessitant de les protéger. Ils étaient porteurs d'une histoire difficile et marquante, et vivaient encore des choses traumatisantes. Ils avaient souvent de sérieux problèmes psychologiques liés à leur histoire migratoire. De plus, ces patients étaient exclus et mis à l'écart de la société.

Leurs différences culturelles étaient marquées, et la plupart n'avaient souvent jamais eu accès à des soins auparavant. Leurs problèmes de santé actuels étaient fortement liés à leurs difficultés sociales. Ils avaient donc besoin d'être accompagnés et soutenus par les personnes de leur entourage, les professionnels, les associations...Car ces patients avaient quand même en eux des ressources leur permettrait de se sortir de cette obscurité, ce qui était porteur d'espoir. L'acquisition de leurs droits en termes de sécurité sociale était alors significative d'une reconnaissance de l'Etat les rapprochant de tout citoyen français.

Des personnes fragiles...

« Y a certaines chose qu'il vaut mieux pas que le patient apprenne trop vite...tu sais comme les dépistages systématiques ou ce genre de choses. Quand la personne, elle est d'abord...elle est déjà dans la grande détresse, est-ce que lui rajouter un truc supplémentaire, est-ce utile tout de suite. » (K)

« Les gens sont trop fragiles » (L)

« J'ai des visages qui me viennent en tête, qui arrivent dans des situations psychologiques complètement... » (L)

« Ce sont des gens qui sont expatriés, qui...qui retrouvent des...des points de repères dans un monde qui leur est complètement étranger. » (M)

« Certains patients qu'on ressent comme fragiles...peu capables d'autonomie, peu autonomes » (N)

Etude qualitative

« Leur vie sociale est complètement...elle est complètement brisée » (O)

« Qu'ils se casseront les dents une première fois »(*en allant dans le droit commun*) (O)

« Ils comprendront pas tous du premier coup » (O)

« Ces gens qui sont...sans rien » (P)

« Alors, des fois, ils les ont pas, oui. Des fois, ils sont tellement mal qu'ils les ont plus, ces forces là. Ces gens là... et ben tout va mal aller » (P)

Du fait de leurs histoires chargées

« On connaît pas tout...toute l'histoire de chacun. » (K)

« Ils ont quand même des vécus assez difficiles, quand même mine de rien. » (K)

« Qu'il avait vécu des choses difficiles » (L)

« Comme les gens sont dans une merde noire, qu'ils ont des histoires, enfin certains ont des histoires très compliquées » (L)

« Des gens par exemple qui arrivent d'Afrique...en période d'hiver, et qui...sont des demandeurs d'asile...à peine débarqués de...de l'avion. Ils arrivent...dans l'eldorado français...et puis ils trouvent quelque chose qui est extrêmement dur, c'est à dire que le monde est dur autour d'eux, ils ont pas de logement, il fait froid, ils mangent une cuisine qui est étrangère à la leur, et ils sont très mal, ils se sentent malades » (M)

« Je sais pas, on a quelques patients qui ont un peu...qui ont des syndromes dépressifs post traumatiques on va dire, suite aux conditions de détention...avant...avant le...la...l'exil, on...on dure un petit peu avant de les envoyer en ville parce que ils sont relativement abattus » (N)

« Les antécédents, c'est très s...très souvent compliqué, long, parcouru d'embûches, de...de trous de trajectoires qui n'ont pas été menées à leur terme » (O)

« La pathologie des gens qui arrivent et qui sont...déplacés. qui sont déplacés...et qui ont tout un tas de troubles associés à ça » (P)

« Beaucoup de jeunes femmes qui arrivent ici dans des états psychiques déplorables, avec des plaintes physiques bien souvent...des somatisations en fait, d'un état...psychique difficile, parce qu'elles ont été...battues, abusées » (P)

Des personnes marginales, exclues

« Des gens qui sont dans des situations de vie particulière » (M)

« Y a ceux qui sont complètement désinsérés, des gens qui...qui sont trop...trop marginaux »(M)

« C'est des gens qui sont dans une situation de...de...de clandestinité, de non-reconnaissance par la société » (M)

Une population à part...

« C'est un public à part quand même. C'est un public qui...qui a besoin de parler et puis de se faire entendre » (K)

« C'est une population qui est tout à fait particulière » (L)

« C'est une population qui a ce genre de demandes, et j'imagine que ça peut...ça peut être surprenant » (L)

Etude qualitative

...Ayant une culture différente...

« Je suis très surpris par beaucoup de gens, notamment les originaires, les gens originaires d'Afrique n'ont pas la culture du papier » (P)

...Démunis de toute prise en charge médicale antérieure

« Surtout chez une population qui n'a pas eu accès aux soins pendant des années, donc n'a pas connu cette relation, n'a pas connu ce que c'était d'être écouté, d'être soigné, d'être entendu, d'être.. par un médecin disponible, sympa, etc., etc., qui ne demande rien en contre partie » (O)

« Parce que c'est des gens qui ont pas eu accès aux soins, c'est des gens qui ont été...trimbalés de droite à gauche, et qui n'ont jamais vraiment été écoutés par rapport à leur problèmes de santé. » (O)

Un lien entre leur situation sociale et leurs pathologies

« De toute façon, y a pas photo, tous les gens là, ils souffrent...de leur situation sociale » (L)

« Et que quelqu'un qui a l'aide médicale état, c'est quelqu'un qui n'a aucun autre droit que celui de se faire soigner. Aucun autre » (M)

Leur besoin d'être accompagnées et soutenues

« C'est un public qui a besoin d'un accompagnement, plus ou moins long selon les personnes, plus ou moins lourds, mais bon, y a toujours un accompagnement qui a besoin d'être fait »(K)

« Pour eux...je pense qu'ils ont besoin de ...ils ont besoin de cette attache là » (L)

« On reçoit des gens quelque fois qui...qui n'ont...qui ont besoin d'être assistés. » (M)

« Qu'elle était très...dans la demande, justement...qu'on fasse à sa place. Elle était plutôt dans le faire agir que dans l'agir » (P)

Leurs facultés d'adaptation et leurs ressources internes

« De voir à quel point, en peu de temps, les gens sont transformés. » (M)

« Parce que les gens évoluent quand même » (N)

« Qu'il faut partir du principe que les gens ont...des...des...des forces intérieures, des...des ressources intérieures qui leur permettront de...de se sortir de cette mauvaise passe...qui les conduit à la PASS » (P)

La reconnaissance par l'Etat

« Là, on peut les considérer, entre guillemets, comme des gens normaux, même s'ils le sont pas réellement »
(avec les papiers, et le logement) O

3.2.5 Synthèse des résultats obtenus auprès des professionnels

Tableau IX. Synthèse des résultats issus des entretiens avec les professionnels.

Facteurs liés au patient

Facteurs personnels

Vulnérabilité liée à leur histoire
Méconnaissance de la langue française
Faible capacité à comprendre, manque d'éducation
Gravité de la pathologie
Pathologie psychiatrique
Compétence sur leur pathologie

Environnement

-géographique : domicile
-social : familial, associatif, réseaux divers (dont ceux liés à pathologie)
-statut administratif (accès à des réseaux)

Facteurs liés à la PASS

Au service

Adaptabilité, facilité de fonctionnement, souplesse
Accompagnement social et médical
Accueil, communication
Respect de l'autre, reconnaissance de son identité
Repère, intégration
Temps pris

Aux médecins

Peur d'être traumatisant, de l'inconnu, de l'incertitude
Méconnaissance des lieux et réseaux du système de droit commun
Oubli de réévaluer les situations

Facteurs liés au système de santé de droit commun

Refus des médecins
Manque de respect de la part des médecins
Manque de temps disponible pour les consultations
Fonctionnement compliqué, prises de rendez-vous, rigidité du cadre
Absence de prise en charge sociale
Inexistence de réseau connu autour de la précarité

4. Discussion

4.1 A propos de la méthode

Nous avons choisi de réaliser une enquête qualitative avec des entretiens semi-dirigés, car il nous semblait important de recueillir le maximum d'informations concernant les mécanismes intervenant dans ce processus d'intégration du système de santé de droit commun. En effet, d'autres études, (notamment les rapports réalisés chaque année par Médecins du Monde), ont utilisé une méthode quantitative avec un remplissage de questionnaires ayant des réponses fermées : cette méthodologie permet le traitement d'un grand nombre de données, et de produire des statistiques représentatives, mais cela cloisonne et oriente les réponses, sur un thème qui n'est pas encore très bien connu et étudié.

Ensuite, nous avons choisi de réaliser des entretiens à la fois auprès des patients ou des professionnels, car il nous a semblé intéressant de pouvoir observer et analyser les regards que pouvaient avoir les deux parties concernées. Souvent, les études réalisées s'adressent soit uniquement aux patients, soit uniquement aux professionnels.

Nous regrettons cependant de n'avoir pas eu le temps d'aller interroger d'autres acteurs intervenant auprès de cette population : d'une part les professionnels travaillant en amont de la PASS (comme ceux travaillant dans les centres de santé associatifs), et d'autre part les différents acteurs présents en aval de la PASS (médecins du système de santé de droit commun, travailleurs sociaux...).

Concernant les huit entretiens que nous nous étions fixés au départ avec les patients, nous nous sommes rendue compte, en cours d'enquête, que nous n'avions pas suffisamment de données et que certains entretiens réalisés avaient été trop courts. C'est pourquoi nous avons décidé d'en réaliser dix au total. Nous avons eu alors l'impression, lors des deux entretiens supplémentaires, de ne pas recueillir d'informations fondamentalement nouvelles, ce qui nous laisse supposer que nous étions proche de la saturation des données.

A noter que l'échantillon de patients interrogés (n=10) présente des caractéristiques différentes de celles de la cohorte de patients (n=30) consultant également plus de 6 mois après l'ouverture de leurs droits, de l'étude quantitative.[Tableau X.]

Nous devons donc être conscients que les personnes interrogées ne sont peut-être pas représentatives de l'ensemble des consultants utilisant la PASS de manière prolongée.

Tableau X. Comparaison de l'échantillon des patients interrogés à celui de la cohorte de l'étude quantitative.

		Cohorte étude quantitative n=30	Patients interrogés (étude qualitative) n=10
Ratio homme/femme		1	0,67
<i>Origine géographique</i>	Europe de l'Est	40%	20%
	Afrique subsaharienne	43%	66%
	Maghreb	7%	0%
	Asie	7%	20%
Age moyen (années)		45,6	49
Age médian (années)		43	52,5

D'autre part, il était impératif que les sujets interrogés ne se sentent pas jugés. Nous avons donc préféré présenter aux patients le sujet d'une manière assez générale, en leur expliquant qu'ils avaient été choisis car ils connaissaient bien ce service, plutôt que d'avoir l'air de leur reprocher d'utiliser de façon prolongée la PASS.

Par ailleurs, nous avons choisi d'interroger nous-même nos confrères médecins, nous plaçant ainsi comme évaluateur interne : ceci présente des avantages puisque nous connaissons bien le terrain d'étude, mais cela rend l'objectivité et le recul plus difficile. Trop de proximité peut conduire l'évaluateur interne à ne pas prendre suffisamment de distance par rapport à l'objet de son travail. Pour tendre vers plus d'objectivité, de neutralité, voire de liberté par rapport à d'éventuelles pressions, il aurait fallu se positionner comme évaluateur extérieur, dans une PASS que nous ne connaissions pas. Le principe de réalité a fait que la réalisation de ce type de travail manquait de faisabilité, c'est pourquoi nous avons opté pour une approche de l'intérieur, dont nous sommes consciente des limites.

Enfin, nous avons décidé de ne pas faire figurer les entretiens réalisés en annexe, afin de préserver l'anonymat des personnes interrogées. Ces entretiens restent cependant à la disposition des personnes travaillant sur le sujet qui le désirent.

4.2 A propos des résultats

Dans notre travail, nous estimons avoir atteint les objectifs fixés au départ, puisque nous avons identifiés un certain nombre de facteurs intervenant dans l'utilisation prolongée de la PASS et la difficile intégration dans le système de santé de droit commun.

La première chose étonnante tirée de l'analyse des résultats obtenus était le poids de la relation soignant-soigné dans le processus menant ou non vers le système de santé de droit commun. Nous ne l'avons quasiment pas abordée dans nos hypothèses, et c'est elle qui vient au premier plan de nos résultats.

Parmi les facteurs liés aux patients, en plus de leur vulnérabilité liée à leurs histoires, la non-maîtrise de la langue française et les difficultés associées à leur environnement, a émergé leur méconnaissance des missions de la PASS dont la problématique de l'orientation, ainsi que l'influence de leurs pathologies, qu'elles soient graves, de type psychiatriques ou insuffisamment comprises et maîtrisées par les patients.

En ce qui concerne les facteurs reliés à la PASS, outre l'attachement à un dispositif où l'Autre est accueilli, reconnu, identifié, où une communication est possible et où le lien social se reconstruit, d'autres éléments ont surgit : l'attachement à la facilité d'utilisation de ce service, l'accès simplifié aux examens complémentaires et aux spécialistes, et la présence d'un accompagnement social ; l'image de l'hôpital comme celle d'une structure compétente, en lien avec leurs représentations enracinées culturellement ; le rôle du soignant, qui exprime des craintes face à l'inconnu du système de santé, qu'il ne connaît pas bien, et qui oublie de réévaluer les situations des patients.

Enfin, les facteurs rattachés au système de santé de droit commun ont été évoqués de la même façon, entre les difficultés reliées aux refus et aux discriminations vécues, ainsi que les limites dues à la complexité du système.

4.2.1 La relation médecin-malade

Les résultats de notre étude révèlent l'importance de la relation médecin-malade dans ce cheminement vers le droit commun. La nature de la relation thérapeutique influence, en effet, les recours des patients aux différentes structures de soin.⁷⁸ Comme nous l'avons vu auprès des patients et des professionnels, cette relation est intense et peut tantôt freiner, tantôt favoriser le départ de la PASS.

La relation entre le médecin et son malade est, en effet, un rapport unique entre deux individus. Elle ne représente une relation ni amicale, ni familiale, ni commerciale. Jean Hamburger va jusqu'à la comparer à une relation amoureuse, résultat de la rencontre unique de deux solitudes.⁸⁷ Relation asymétrique par excellence, elle peut et doit évoluer vers une relation contractuelle, construite sur les principes du partenariat, visant la transmission d'un esprit et d'un savoir-faire, et l'autonomie maximale du malade.⁸⁸

Cependant, cette relation contient un double paradoxe⁸⁹ : d'un côté le patient s'en remet au médecin (censé savoir), tout en ayant sa propre opinion sur son problème. De l'autre côté, le médecin demande au patient de se prendre en charge, tout en suggérant certaines démarches, fort de ses connaissances (voire croyances) médicales. Nous avons bien repéré ces mécanismes chez les patients interrogés qui savent effectivement ce qui est bon pour eux (rester à la PASS), même si le médecin leur demande d'aller ailleurs.

Pour le patient, il s'agit d'être reconnu comme une personne malade, comme un citoyen ayant le droit d'être soigné, mais aussi comme un individu digne de respect, considéré dans son individualité et sa complexité.⁷⁸ Le médecin, quant à lui, a un besoin irrésistible de prouver au patient, au monde entier et par-dessus tout à lui-même qu'il est bon, bienveillant, avisé et efficace. La plupart des médecins, surtout les jeunes et les consciencieux, éprouvent un besoin intense de soulager toutes les souffrances humaines, autant que c'est en leur pouvoir.⁹⁰

Auprès des migrants, ceci est exacerbé. La position du soignant auprès des réfugiés est, en effet, ambivalente puisqu'ils ont un double statut : celui d'un professionnel du soin pour tout individu qui le nécessite et celui de citoyen d'un pays qui regarde à deux fois avant d'accueillir les étrangers. Le sentiment d'appartenance à un Etat qui, objectivement, malmène des réfugiés, crée une certaine culpabilité dont le soignant cherche à se défaire.⁹¹ Les professionnels interrogés ont insisté sur l'importance de reconnaître et respecter ce droit à la santé pour ces personnes dont les autres droits sont méprisés. Pour les personnels de santé, l'enjeu de cette relation est en quelque sorte de réunifier deux aspects fondamentaux de la médecine : le professionnalisme et l'humanisme.⁷⁸ Par conséquent, les « renvoyer » de la PASS pourrait être perçu comme un acte privatif de liberté, dans lequel les médecins rejoindraient le camp des oppresseurs.

Par ailleurs, dans la relation médecin-malade, la confiance permet au malade de lutter avec succès contre son angoisse, quelle qu'en soit l'origine et de rendre le présent supportable. La relation médecin-malade consisterait en un transfert libidinal sur le médecin par le moyen duquel se déchargerait la tension anxieuse. Elle pourrait être assimilée à une relation transférentielle privilégiée qui aide le malade à vivre le danger que lui fait courir sa maladie. On peut alors prévoir la nature des transferts dont les soignants sont l'objet : ils sont les personnes qui ont donné et entretenu les premières la vie de l'individu. Les figures

parentales sont réactivées selon le niveau de la régression à laquelle est soumis le patient.⁹² Dans notre étude, des relations paternelles ou familiales ont effectivement été décrites par les professionnels et les patients. Dans la situation des migrants, le danger de la maladie s'accompagne d'autres dangers : celui qu'ils ont pu vivre dans leur pays d'origine, celui de la migration proprement dite, et celui qu'ils expérimentent dans leur situation en France. Face à ces épreuves, on comprend l'investissement du migrant dans sa relation avec le premier médecin qui l'accueille en France.

En outre, la construction et le maintien du lien sont encore plus fondamentaux quand il s'agit d'un patient migrant, car sont en présence et en interaction deux personnes de cultures différentes. Par référence à sa culture, le malade structure l'ensemble des médecins en deux groupes : ceux qui lui sont iso culturels et les autres. En définitive, il va s'adresser à un médecin appartenant à une culture aussi proche que la sienne.⁹² En effet, dans une relation, il faut parler la même langue, être sur le même registre : la communication est au cœur de la relation⁹³, comme nous l'avons vu dans nos entretiens. Par conséquent, si consultant et consulté sont iso culturels, chacun pourra se faire entendre de l'autre dans un système symbolique commun. Ceci nous renvoie à l'importance accordée par les patients d'origine arménienne au fait que leur médecin soit de leur culture.

Par ailleurs, pour le médecin et le soignant en général, la bonne volonté, l'attention et l'empathie ne suffisent pas tant le fossé culturel peut être parfois difficile à franchir.⁵⁶ L'investissement du soignant est donc fortement sollicité, et ce dans des domaines qui dépassent son seul savoir technique. Une fois que le lien est là, il est donc encore plus difficile à interrompre.

Cependant, on demande d'une part un fort investissement des médecins dans la relation avec le malade, investissement expliqué par le fait que les patients exclus ont besoin d'être mis dans un climat de confiance pour se sentir suffisamment à l'aise et confier leurs problèmes et leurs symptômes. Et d'autre part, l'optique des PASS veut que les patients soient capables d'entrer dans la structure de droit commun, ce qui empêche le soignant d'entrer dans un travail à long terme avec ses patients.⁸⁰ Ceci rend délicat le travail du soignant, qui se retrouve face à des situations difficiles dans lesquelles il va s'investir, ne serait-ce que par l'écoute de l'histoire de l'autre, mais qui doit les renvoyer vers leurs confrères qu'ils savent peu enclins à prendre en charge ce type de patients.

Par ailleurs, le modèle professionnel en cours en France, qui suppose une certaine distance émotive, ou neutralité, est souvent incompatible avec les besoins de certains migrants qui s'attendent à une relation d'amitié, à une certaine familiarité et à un certain dévouement de la part du personnel.⁵⁷ Ces relations pleines d'affect sont plus facilement tolérées dans les structures associatives ou les PASS, ce qui les rend plus attractives et attachantes que les structures de droit commun.

4.2.2 *Facteurs liés au patient*

4.2.2.1. Vulnérabilité et souffrances des migrants

« A ceux qui sont susceptibles d'appréhender identiquement le temps, en mesure de forger les décisions concernant l'avenir, d'opérer les choix raisonnables qui s'imposent comme une commune évidence, il est rappelé que certains ne sont plus en mesure de se représenter leur existence comme une continuité précisable. Les sans emploi, sans abri, sans espoir sont eux aussi, à leurs propres yeux, des sans avenir et presque des sans raison, non qu'ils aient perdu leurs facultés intellectuelles, mais parce que l'écrasement où ils subsistent ne laisse pratiquement aucune place à l'usage de la pensée logique » (Pierre Bourdieu).²

Les étrangers expriment des troubles émotionnels et/ou une souffrance psychique plus fréquemment que les Français. Ils rapportent également plus fréquemment que les Français avoir eu des idées noires ou suicidaires.⁹⁴ Cette vulnérabilité est nettement exprimée et perçue dans les discours des professionnels interrogés ; elle accentue le phénomène de dépendance et d'attachement présent dans la relation médecin-malade, de la part du patient mais aussi du soignant qui a tendance à vouloir protéger ce dernier d'éventuels événements traumatisants futurs.

Si on admet qu'une migration est un déplacement, celui-ci est vécu pour la plupart des migrants comme une rupture, une source de déséquilibre de tous ordres.⁶⁹ La migration peut être définie comme une des contingences de la vie exposant l'individu qui l'expérimente à passer par des états de désorganisation qui exigent une réorganisation ultérieure qui ne réussit pas toujours.⁹⁵ Le migrant est, en effet, celui qui part de chez lui en prenant de grands risques, mais en allant là où personne ne l'attend ni ne l'a invité.⁹⁶ Outre qu'il produit un stress

supplémentaire chez l'individu vulnérable, le phénomène migratoire, appréhendé comme un événement indésirable, augmente le seuil de vulnérabilité de l'individu. Celui-ci prend conscience de son absence de contrôle sur sa vie et voit ainsi diminuer son estime de soi.⁵⁷ Nous avons remarqué l'image négative que les patients avaient d'eux-mêmes, fortement empreinte de mépris et de honte.

« Qu'on imagine un homme privé non seulement des êtres qu'il aime, mais de sa maison, de ses habitudes, de ses vêtements, de tout enfin, littéralement de tout ce qu'il possède: ce sera un homme vide, réduit à la souffrance et au besoin, dénué de tout discernement, oublieux de toute dignité : car il n'est pas rare, quand on a tout perdu, de se perdre soi même » (Primo Levi).⁹⁷

L'expérience de l'exil est cette traversée plus ou moins contrainte, du lieu propre vers un hors lieu, de la demeure - au sens de ce qui donne une certaine stabilité - vers un dehors, mot qui fait partie des lexiques de violences, des arrachements et des expulsions.⁹⁵ C'est une propulsion violente dans un espace hétérotopique, dans un dédale où le coût, les obstacles et les risques encourus pendant la traversée n'ont rien à envier malheureusement parfois aux tracasseries, à la suspicion et, en fin de compte, au rejet qui font aujourd'hui souvent office d'« accueil » sur le lieu d'asile. La crise de la migration est une sorte de rupture introduite dans le sentiment de continuité de l'existence assurée par les différents héritages familiaux, sociaux et culturels.

Ensuite, l'idéalisation du pays d'accueil est vite remplacée, à la faveur des embûches du parcours, par une brutale désillusion, laissant place à la détresse, à l'angoisse dépressive : le migrant aura tôt fait de découvrir son impuissance, son état de dépendance.⁹¹ Au-delà de cette impuissance existe la violence de la loi qui, en excluant des individus de la citoyenneté, les privent d'un sens de l'existence. Tout être humain se construit un projet, une représentation de son passé, une projection de son avenir. Pour beaucoup, le passage dans l'irrégularité bouleverse cet ordonnancement, déjà fragile lorsqu'il s'agit de personnes ayant du opérer un travail de reconstruction identitaire entre deux cultures, deux histoires.⁴⁷

Plusieurs niveaux de souffrances apparaissent alors : tout d'abord la souffrance inhérente aux violences subies dans le pays d'origine ; puis la souffrance liée à la rupture de l'exil et au déroulement de l'exode ; enfin, la souffrance due aux conditions matérielles et

humaines de l'accueil en France.⁹¹ Au coeur de cette souffrance naît le sentiment d'inexistence au monde, qui traduit la négation par l'Etat de toute existence non seulement légale, mais sociale, des personnes concernées. Ceci est souvent vécu comme une honte, l'échec d'un projet et la négation d'un statut.⁴⁷ Or la faible estime de soi, on l'a noté, rend difficile aux personnes en grande précarité la formulation d'une demande et pose des difficultés cognitives telles que le choix d'une heure, d'un lieu et d'un interlocuteur.²⁴ Les résultats de notre étude montrent cette faible assurance qu'ont les patients de la PASS, leur difficulté à faire des choix, et l'importance qu'ils attachent aux facilités de fonctionnement de la PASS.

4.2.2.2. Malades et/ou migrants ?

Tout au long de notre réflexion, il nous est apparu intéressant et pertinent d'approfondir le parallèle existant entre la situation de la migration et celle de la maladie. En effet l'un des traits communs à toute l'humanité est peut-être que lorsque l'on tombe malade, on va s'en remettre à quelqu'un. C'est donc une expérience de la dépendance⁹⁸, que l'on retrouve dans les situations de la migration. L'état de détresse vécu, dans la maladie, fait que la personne se trouve confronté à des montées de tensions internes qu'il ne peut gérer à l'aide de ses seules ressources. C'est un état sans recours interne, sans représentation et sans issue dans ses formes premières et fondamentales. C'est l'état de celui qui se trouve contraint, par la reconnaissance de ses propres limites, à faire appel à l'autre, à chercher auprès de l'autre un recours à l'impasse dans laquelle il se trouve. L'état de détresse induit ainsi un état de manque qui ouvre à la relation à l'autre et à l'inévitable dépendance qui l'accompagne.⁹⁹ Les migrants et les malades se retrouvent donc dans des situations comparables.

D'autre part, la maladie peut être parfois une sorte de refuge pour les personnes en situation précaire, puisqu'ils se soustraient aux pressions externes de la vie quotidienne, pour se recentrer sur soi. Chez certaines personnes qui trouvent la vie trop difficile, qui ne peuvent obtenir que peu de satisfactions, leur équilibre mental et biologique est compromis ; les petits soucis sont trop lourds pour eux, la vie exige trop d'efforts, elle est trop frustrante et déprimante. La maladie leur offre alors une bonne occasion de se retirer et de « s'occuper d'eux-mêmes » ; la maladie est une certaine forme de vie⁹⁰, qui découle parfois d'un besoin irrépressible de se soustraire à des conditions affectives, familiales ou sociales dont on n'arrive pas à se libérer autrement. L'indisposition permet à chacun de se déclarer

« indisponible » s'il est requis pour une mission qu'il juge impossible ; elle offre la possibilité de s'évader d'une situation trop contraignante.¹⁰⁰ Chez les migrants, la maladie leur permettrait d'échapper à cet environnement de méfiance, de non-reconnaissance et de rejet, pour se retrouver dans une situation où l'on prend soin d'eux. Ce lieu du « prendre soin » serait précieux, puisque protégé des agressions quotidiennes vécues par les migrants, et où l'attention à l'autre est première.

4.2.2.3. La dépendance vis à vis du soignant, l'autonomie

« L'autonomie est aussi une pédagogie qui a des vertus proprement éducatives et produit des effets positifs. Elle est occasion, et même obligation, de prendre conscience des réalités. Elle place les intéressés en situation responsable. L'autonomie rend possible l'initiative. Seule l'autonomie rend enfin possible la diversité. Or celle-ci est bonne. » (Rémond).¹⁰⁰

Mettre l'accent sur l'autonomie remet en question une attitude par laquelle le médecin se substitue, avec une bienveillance évidente mais en l'occurrence déplacée, au malade affaibli pour juger à sa place ce qui lui est bénéfique ou ce qu'il souhaite. Dans toute relation soignant-soigné, on retrouve des éléments qui poussent le patient à établir une relation de dépendance infantile ; nous parlions précédemment des rapports paternels ou maternels qui se mettaient en place dans une relation de type transférentielle, observée dans notre étude.

Certains patients, de manière autonome, sont en demande d'un rapprochement avec le corps soignant, peut-être parce qu'ils se trouvent en position de vulnérabilité par rapport à leur état pathologique. Le patient est, dans cette relation, comparativement plus faible. Il est venu chercher de l'aide parce qu'il ne peut pas comprendre ses problèmes lui-même, parce que certaines choses sont pour lui inexplicables. Ceci crée des tensions assez élevées ; un des modes de soulagement de celles-ci est de transférer ses émotions sur le partenaire plus fort, son médecin. Etant resté infantile sous bien des rapports ou l'étant devenu par régression, le malade cherche auprès de son médecin la compréhension, l'appui et la direction qui lui avaient manqués.⁹² La relation est de type enfant-adulte dans la mesure où la vulnérabilité du malade, qui peut être assimilée à celle d'un enfant, le conduit à se mettre sous la protection du médecin dont le savoir-faire doit le sauver. Le médecin est alors mis à la place d'une figure paternelle ou maternelle toute puissante et bienfaitrice.^{101,102} Il est alors « quelqu'un qui se place au-dessus par son savoir, son expérience ».⁹² La confiance le fera omniscient,

omnipotent, clairvoyant, omniprésent pour qu'il puisse répondre aux demandes émanant de celui que la maladie (et la migration) a placé dans un statut inférieur.

Chez les migrants, confrontés à un système qu'ils ne connaissent pas, cette dépendance est redoublée. Un mécanisme de dépendance similaire a été décrit chez les personnes ayant été dans des camps de concentration :¹⁰³ leur radicale transformation identitaire tenait à l'acceptation pleine d'une nouvelle définition de soi. La survie impliquait une auto-organisation centrée sur cette identité imposée du dehors : ne plus être une personne avec des droits, des choix possibles et un réseau relationnel. Il fallait se réorganiser à partir d'une définition de soi-même comme rien, comme « non personne » au sens strict. Cette forme d'effacement de soi était une condition nécessaire de survie. Cette expérience se rapproche de celle des migrants pour lesquels survivre suppose une acceptation du système impliquant de remettre totalement son destin entre les mains d'autrui et d'une structure que l'on ne connaît pas.

La question qui se pose alors est de savoir quel est le degré de dépendance souhaitable. Quand et jusqu'à quel point peut-on autoriser le patient à régresser, c'est à dire à revenir à un comportement plus primitif et infantile en abandonnant le comportement adulte ? A l'opposé, quelle maturité est exigible d'un individu, à quel degré et à quel moment ?⁹⁰

Il existe des situations où le mouvement de régression peut être un temps nécessaire au patient. Il demande protection au médecin. Il s'en remet à lui, se réfugie dans un cocon médical qui le sécurise et dont il a momentanément besoin pour se réparer.¹⁰¹ S'en remettre à quelqu'un d'autre du fait de vouloir, de croire, d'aimer, de décider, ce n'est pas un désistement, c'est une stratégie : en faisant de lui votre destin, vous en tirez l'énergie la plus subtile. La personne malade trouve, en effet, avantage à pouvoir faire confiance à un pouvoir compétent, choisi et libéral, qui l'aide fermement à traverser l'épreuve pathologique. Le médecin doit être convaincu que le malade, bien éclairé, a toutes libertés pour monter dans le navire qu'il conduit et pour en descendre s'il le souhaite : le malade gagne à trouver une embarcation sûre qui le conduise à bon port. Leurs relations restent ainsi un des plus beaux exemples de relation interhumaine, riche et profonde, fondée sur une estime réciproque et une solidarité rassurante.¹⁰⁰

D'autre part, l'implication d'un patient dans un projet thérapeutique dépend, entre autre, de sa conviction intime sur l'origine des facteurs pouvant contribuer au maintien en bonne santé. Le concept de « lieu de contrôle des renforcements » désigne la tendance à

attribuer les événements heureux ou malheureux de son existence à des facteurs « internes » sous la dépendance de sa volonté et de ses comportements ou plutôt à des facteurs externes, tels que la chance ou le hasard ou le pouvoir d'autres personnes plus influentes que lui (comme le médecin).

Par définition, les individus « à lieu de contrôle interne » ont le sentiment de pouvoir influencer, grâce à leurs décisions et à leurs attitudes quotidiennes, sur leur santé, ce qui les pousse, selon les cas à se sentir récompensés de leurs efforts ou sanctionnés pour leur négligence. Ces sujets ont un meilleur ajustement psychologique : ils résolvent mieux les crises de la vie, ils éprouvent plus de satisfactions et ont une image d'eux-mêmes plus positive.¹⁰⁴

A l'inverse, les individus « à lieu de contrôle externe », notamment ceux qui s'en remettent à la chance, auront l'impression de devoir leur bonne ou mauvaise santé à une bonne étoile, à la malchance, au dévouement et à la compétence du médecin ou au contraire à une négligence technique.⁸⁸ Dans nos entretiens, plusieurs situations ont été décrites où les patients plaçaient, dans la PASS ou dans les professionnels y travaillant, l'origine de tout ce qui leur arrivait de bon. La prégnance de la Providence était également significative, plaçant en Dieu l'origine des choix et décisions.

4.2.2.4. L'importance de l'environnement

Tout au long de notre étude, du côté des professionnels comme de celui des patients, la problématique de l'environnement du patient est apparue comme primordiale. L'interaction de l'environnement avec la santé de l'individu et des populations est déjà connue depuis plusieurs années, notamment avec la Charte d'Ottawa élaborée en 1986 par l'Organisation Mondiale de la Santé :¹⁰⁵

« La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : 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. »

En précisant que la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, la Charte d'Ottawa décline de fait les conditions nécessaires à la cohésion sociale et affirme que celle-ci est un préalable indispensable à la bonne santé collective.¹⁷

Pour la population fréquentant les PASS, il est certain qu'il n'y a pas de garantie de santé ni d'efficacité des soins dans un logement insalubre ou en situation d'errance. Sans oublier que l'absence de logement entrave la demande d'aide sociale ou médicale.⁸⁵ Plusieurs patients interrogés s'inquiétaient des problèmes, autres que la santé, mobilisant toute leur énergie physique et psychique. L'univers psychique des migrants et personnes en situation précaire est envahi par la prégnance du présent limitant les capacités à se projeter dans l'avenir. En effet, le manque de ressources rend vaines la prévision des dépenses et la gestion d'un budget qui permettraient de faire face aux dépenses anticipées. Dans la situation des migrants dont la situation administrative est caduque, il ne peut exister de projection dans l'avenir. Trouver des solutions aux problèmes immédiats mobilise toute l'énergie de l'instant.²⁴ C'est la logique de survie qui est première.

D'autre part, l'environnement fait référence au lien social comme moyen de maintien et d'amélioration de la santé des patients en situation précaire.¹⁰⁶ Une forte insertion dans des réseaux de sociabilité pourrait permettre un échange d'information, de conseils, une mise en relation avec des professionnels ou encore des arrangements pratiques pour accroître l'accessibilité des soins, et faciliterait ainsi le recours aux soins. Au contraire, lorsque le réseau social est faible ou inexistant, ce qui semble être le cas de plusieurs patients interrogés, le recours aux soins constitue une alternative à la sociabilité et au soutien moral que d'autres trouvent parmi leurs proches ; on serait alors face à un effet de compensation.⁹⁴

4.2.3 Facteurs liés au médecin et à la structure de la PASS

4.2.3.1. Un lieu où se reconstruit une identité, vers l'intégration

Cette attention à l'autre participe à la construction de son identité. Dans notre étude, la question de l'identité est souvent ressortie des entretiens : celle-ci pouvait sembler faillible chez certains patients incapables de prendre leur vie en main, ou bien était « en devenir » dans l'espace restreint de la PASS. Cela nous conduit à réfléchir au rapport des personnes avec leur culture d'origine (se rappelant l'influence des habitudes culturelles de santé), à celui qu'ils ont avec la France et aux différents processus d'intégration existants.

4.2.3.1.1. *Quels modèles ?*

Selon Lasry et Sayegh⁵⁷, les migrants peuvent à la fois s'identifier à la culture d'adoption et conserver leur culture d'origine. Ces auteurs distinguent les quatre formes d'identification culturelle suivantes :

1. *L'intégration*, par laquelle l'immigrant adopte de nouvelles attitudes et de nouveaux comportements compatibles avec les attitudes et les comportements acquis dans la société d'origine. Elle est caractérisée par une forte identification à la société d'origine et à la société d'accueil,
2. *La marginalisation*, marquée par une faible identification à la société d'origine et à la société d'accueil,
3. *L'assimilation* caractérisée par une forte identification à la société d'accueil et une faible identification à la société d'origine. Le migrant tente alors de se faire accepter en rejetant sa culture d'origine,
4. *L'ethnocentrisme* - attitude inverse de l'assimilation -, par lequel le migrant survalorise tout ce qui est relié à la société d'origine et rejette la société d'accueil.

Les patients que nous avons interrogés étaient plutôt en phase d'intégration ou d'assimilation, puisqu'ils avaient tendance à valoriser la société d'accueil, voire parfois à déprécier ce qui venait de leurs pays (leurs compatriotes, les soins de santé...).

Ensuite, sur le chemin de l'intégration à la société d'accueil, on distingue diverses étapes :

1. *Une étape touristique* marquée par l'euphorie de la découverte. A cette étape, même si le comportement de l'immigrant est peu adapté, les conséquences ne sont pas marquées ;
2. *Une étape marquée par le choc avec la réalité*, c'est à dire le choc culturel. L'immigrant se voit alors confronté à des difficultés touchant le travail, le logement, l'éducation des enfants... Cette étape est celle où l'on risque le plus de voir apparaître des problèmes de santé physique et mentale dans un contexte de frustration, de stress et d'anxiété ;
3. *Une étape d'ajustement* où apparaissent les premières retombées positives des apprentissages de comportements adaptés ;

4. Enfin, *une étape d'intégration*, marquée par l'adoption de comportements adéquats et une facilité à « fonctionner » dans la société d'accueil. Cette phase d'intégration n'est pas atteinte par tous, certains étant limités par des facteurs personnels (manque d'habiletés linguistiques et professionnelles, repli sur soi ou sur la famille...) et sociaux (racisme, classe sociale...).

Pour les patients interrogés, il semblerait que le premier contact à la PASS puisse se faire au moment du choc avec la réalité, propice à l'émergence de problèmes de santé. Ensuite, la PASS les accompagne le long des étapes d'ajustement et d'intégration, en sachant que certains facteurs personnels et sociaux limitent la phase d'intégration véritable, ce que nous avons tenté de préciser dans notre travail.

4.2.3.1.2. La PASS : un lieu d'identité facteur d'intégration

Alors que certains patients des centres humanitaires ont en effet conscience qu'ils consultent dans une structure spécifique aux « pauvres », en marge du système sanitaire (ceci pouvant renforcer le sentiment d'être exclu des institutions publiques), d'autres ont également besoin de retrouver une appartenance citoyenne au travers de la fréquentation de structures du système de santé de droit commun.⁷⁸ Le premier pas vers ce système se fait alors à la PASS, lieu adapté à ces populations selon les professionnels et réussissant sa mission première d'accès aux soins.

La prise en charge d'un patient à la PASS est, en effet, un atout supplémentaire pour une insertion ou réinsertion dans le système de santé de droit commun, surtout si, dans un premier temps, une adhésion aux soins est obtenue.¹⁰⁷ Pour les personnes marginalisées, la démarche médicale peut, en effet, devenir un facteur de resocialisation et faciliter une trajectoire ascendante de réinsertion. Les contacts répétés avec des membres du personnel soignant et des patients peuvent participer à la construction ou la réactivation des liens sociaux¹⁰⁸, ce qui a été mis en évidence dans nos entretiens. L'interaction soignant-soigné permet la gestion du cours de la maladie du patient, mais elle constitue également l'un des espaces où l'identité personnelle et sociale du patient précarisé se reconstruit progressivement. C'est le cas de Monsieur D, aisé dans son pays, qui reconstruisait son identité de personne respectable au sein de la PASS, lieu pourtant « stigmatisé » d'un hôpital, lui-même identifié comme un endroit pour les pauvres dans ses représentations.

L'attitude des soignants est capitale pour les patients en quête d'un lien social signifiant. Pour les patients marginalisés, le simple fait que la relation médecin-malade se

personnalise leur suffit parfois à redonner un sens à leur vie, à leur donner l'envie de faire un projet. Le patient n'est plus seul face à sa situation de détresse, il se voit accorder la reconnaissance de sa personne et de son désarroi. Or ces éléments lui manquent souvent douloureusement. Ces lieux permettent alors à ces personnes d'établir de nouvelles relations sociales mais aussi et surtout de retrouver un sens, un objectif et les moyens d'une action dans laquelle elles ne sont plus isolées.⁷⁹

Pour tenter de se cerner, l'homme est, en effet, contraint de passer par l'autre, par le regard de l'autre pour y lire la reconnaissance de sa vie.¹⁰⁹ Le soignant offre à l'autre un regard qui lui donne la possibilité de laisser émerger en lui son visage et, par lui, les traces de sa présence humaine. Ce regard est alors un espace d'accueil, un espace d'écoute de la demande, parfois implorante, de celui qui, au-delà de sa souffrance, souhaite être reconnu dans son humanité.¹⁰⁹ Nous avons tous besoin de « vrais regards d'amour [...] qui nous espèrent, qui nous envisagent au lieu de nous dévisager. », disait Paul Baudiquey. Ce sont ces regards que les patients en situation précaire semblent trouver à la PASS.

Les liens sociaux ainsi créés sont extrêmement signifiants pour les patients vulnérabilisés car ils valorisent leur identité sociale et personnelle au-delà du stigmat qui les atteint. Les espaces de soins sont en ce sens des lieux importants d'intégration sociale.¹⁰⁸

D'autre part, la PASS, selon les professionnels, est aussi le lieu de l'apprentissage d'un monde nouveau ; un bon contact à la PASS est souvent de bon présage pour l'insertion future. La fréquentation régulière d'une PASS peut donc faciliter des processus essentiels au recouvrement de la santé au sens large et de l'insertion sociale.

4.2.3.1.3. Le rôle de l'hôpital

Pour les patients interrogés, le recours à l'hôpital s'expliquait en partie par l'image que ces personnes avaient d'un hôpital, au plateau technique et humain performant. Dans l'étude Précar⁷⁸, si les patients avaient le choix, seul un sur cinq choisirait de se faire soigner chez un médecin de ville et ceci indépendamment du centre, du sexe, de la classe d'âge, de la nationalité ou du domicile. La préférence pour l'hôpital était donc globalement forte. Dans une autre étude menée à Paris en 2007, la renommée des consultations hospitalières était un motif invoqué expliquant la consultation à la PASS pour 19% des patients.¹¹⁰ Cette vision très positive des centres de santé non libéraux se traduit donc aussi par la forte préférence exprimée vis à vis de l'hôpital alors que seul un patient sur cinq choisirait la médecine libérale de ville s'il le pouvait.

Mais l'isolement des personnes et la faiblesse de leurs ressources sont des éléments déterminants dans l'orientation vers l'hôpital. La situation sociale intervient fortement dans l'orientation vers l'hôpital qui offre une accessibilité facile à des services médicaux techniques en assurant une présence humaine certaine.¹¹¹

Par ailleurs, on sait que les trajectoires de précarisation s'accompagnent souvent d'un éloignement vis-à-vis des services publics et, plus largement, d'une distance accrue à l'égard des principaux modes d'identification sociale et de participation citoyenne. L'inscription dans l'hôpital public prend dès lors une importance singulière pour les personnes en situation de précarité. Bien sur, l'assistance socio-médicale reste une prise en charge assistancielle, mais lorsqu'elle s'inscrit dans un univers symbolique médical, ce que le patient perçoit, dans le regard porté sur lui, est principalement le reflet d'un « malade ».⁷⁸ Plusieurs patients interrogés se présentaient d'ailleurs comme des malades avant tout chose, ce qui semblait leur donner une certaine légitimité à fréquenter ces services.

4.2.3.2. Le lien à la structure

Pour les patients, l'avenir était difficilement envisagé en dehors de la PASS. Le même constat a été fait en région parisienne où 31% des patients à Médecins du Monde, 48% dans les PASS et 29% au CHAPSA (Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans Abri) de Nanterre souhaiteraient consulter au même endroit même s'ils avaient le choix d'aller ailleurs.¹²

Les patients trouveraient dans les structures associatives un contexte plus sécurisant et plus familier que dans le système de santé de droit commun : ils apprécieraient de revenir voir « leur » médecin (celui qui, le premier à leur arrivée en France, a pris connaissance de leur situation), dans un endroit qui ressemble au « dispensaire africain » (sans prise de rendez-vous, sans exigence en termes de papiers mais aussi de tenue, de langue...).⁷ Dans notre étude, nous avons constaté que la plupart des patients reproduisaient, en France, le mode d'utilisation du système de santé qu'ils avaient dans leur pays d'origine. Le lien à la PASS comme au premier lieu où ils avaient été accueillis était aussi un facteur important retardant leur départ. Le professionnel de santé a pu être la seule personne de nationalité française à proposer un échange autre qu'administratif au fil de ces consultations.⁹¹ Enfin, les patients interrogés ont apprécié la facilité d'utilisation de ce service, où l'on n'a pas besoin de prendre rendez-vous, où l'on est reçu rapidement, où l'on peut être pris en charge globalement (notamment avec la présence de l'assistante sociale). Dans une autre étude¹², la gratuité des

soins et la présence d'une assistante sociale étaient évoquées par un tiers des patients comme facteurs expliquant la poursuite de la venue dans ces structures, et le fait que les consultations soient sans rendez-vous faisait partie des motivations pour 22% des patients.

4.2.3.3. Le rôle du soignant

4.2.3.3.1. *Le soignant et la précarité*

Le médecin a un besoin irrésistible de prouver au patient, au monde entier et par-dessus tout à lui-même qu'il est bon, bienveillant, avisé et efficace.⁹⁰

Chez le médecin, l'image du patient et l'investissement de la pratique médicale renvoient⁸⁸ :

- au désir de soulager, prendre soin, réparer ;
- au désir d'affirmer son pouvoir sur les autres, de se faire obéir et respecter ;
- au désir de jouer un rôle moteur dans l'évolution des normes éthiques d'une société ;
- au désir d'accomplir une mission sociale en offrant à ses patients un droit à la santé qui atténue les inégalités sociales.

Dans le contexte de la précarité, les soignants recherchent à la fois la possibilité de travailler autrement et un certain sentiment d'utilité. Si les soignants acceptent, en effet, ce déclassement (dépréciation de leur travail, qui s'éloigne de la technique médicale et scientifique), c'est finalement pour se rehausser de sorte que le contact avec les gens exclus, loin de les dévaloriser, sert finalement à les revaloriser.⁸⁰ Leurs relations avec les patients se transforment, ne se limitant plus aux seuls actes techniques et professionnels : des liens personnalisés et affectifs sont créés, qui contribuent également à la transformation du sens donné à la prise en charge.¹² Leur acte de soin consiste aussi à réparer des identités blessées.¹¹² Dans ce contexte, la mission thérapeutique doit effectivement, à défaut de guérir, réparer, aussi bien au plan physique qu'au plan moral. C'est donc sur cette possibilité de restauration de soi, possibilité proportionnelle et relative aux caractéristiques des patients que le personnel axe la valorisation de son travail.⁸⁰

D'autre part, le lieu de soin constitue une interface, un point de contact avec des populations désocialisées. Une telle rencontre est l'occasion pour ces personnes de formuler une demande d'aide.¹¹³ Il s'agit alors de ne pas manquer la possibilité d'y apporter une réponse, ce à quoi s'appliquent les professionnels. La conscience de ce lieu comme une

opportunité d'un contact sanitaire auprès de populations en marge de la société et du système de soin a été, d'ailleurs, clairement exprimée par les professionnels.

Du reste, la fragilité et la vulnérabilité relationnelle des personnes en situation précaire conduit les professionnels à surinvestir bien souvent leurs relations aux patients et à modifier leurs habitudes professionnelles.⁸ Cette vulnérabilité perçue les renvoie, en effet, à leur propre fragilité. C'est, d'ailleurs, cette conscience de ses propres limites qui permet une bonne relation avec les personnes en situation de précarité. Si celui qui fait le choix de s'occuper de la précarité ne se sent pas lui-même en situation précaire, le pire est à craindre. Si par contre, celui qui s'engage dans cette relation d'aide est en proie au doute, à l'incertitude, à la précarité, il est possible que s'installe une véritable solidarité, renouant le lien social et permettant de continuer à marcher ensemble.¹¹⁴

Enfin, les soignants sont toujours pris dans les relations humaines entre une théorie de l'affectivité et du don de soi ou une théorie de la rationalisation égalitaire et utilitaire qui exige une distanciation objectivante. Dans cette relation, les deux dynamiques antagonistes de donner et de recevoir se superposent. C'est cette superposition qui crée un terme médian, un lien social qui permet à la relation asymétrique de devenir une relation juste, en devenant une relation responsable.¹⁰² Dans cette relation, le médecin doit reconnaître l'impossibilité à se conduire en « technicien froid » tout en renonçant à sa volonté à tout prix de guérir et à sa toute puissance.⁸⁹

4.2.3.3.2. *La demande induite par les soignants*

Nous avons vu que le médecin pouvait se substituer au malade affaibli pour apprécier à sa place ce qui lui serait bénéfique. La demande induite est la mesure dans laquelle un médecin peut recommander et imposer une prestation autre que celle que le patient choisirait s'il détenait la même information.¹¹⁵ Par extension, la demande induite est la capacité, pour le médecin, de produire des actes au-delà de ce qui lui paraît nécessaire. Il n'agit plus alors seulement dans l'intérêt médical du patient mais aussi pour lui-même. Lors des entretiens avec les professionnels, nous avons constaté la peur de certains d'adresser leurs patients vers un lieu inconnu. Cette notion de demande induite intervient puisque tant que le médecin n'est pas rassuré et prêt à laisser partir son patient, ce dernier ne se sentira pas autorisé à quitter la PASS. Le fait que le patient continue de venir à la PASS apaiserait donc les peurs du médecin. D'autre part, dans la période actuelle où l'activité de la PASS stagne (après une

période d'expansion initiale), les professionnels pourraient avoir besoin de justifier de leur présence, et donc d'une certaine activité ; ils n'auraient alors pas intérêt à faire partir les patients.

Cependant, lorsque le soignant en est convaincu, la confiance qu'il transmet au patient dans cette nouvelle démarche le met en route vers cet ailleurs inconnu.

4.2.4 *Facteurs liés au système de santé de droit commun*

Au-delà des refus de soins opposés par les médecins du système de santé de droit commun, notre étude a souligné les différences de traitement des demandes des patients, en termes de temps accordé, d'attention à leur souffrance...Une étude britannique a prouvé qu'un médecin consacre, à morbidité équivalente, plus de temps aux patients qui lui sont culturellement plus proches.⁸⁵ De la même façon, les médecins adapteraient leurs prescriptions en fonction de l'appartenance socioculturelle qu'ils attribuent à leurs patients. Par exemple, ils évoqueraient moins les questions de prévention avec leurs patients de classes défavorisées et leur prescriraient des médicaments moins chers même s'il y a une prise en charge à 100%. Des disparités dans la durée des consultations et le type de traitements prescrits ont ainsi été mises en évidence entre groupes de patients selon leur classe socio-économique.⁷ Se décline ainsi toute une gradation de traitements défavorables, depuis l'instauration de filières particulières de prise en charge, jusqu'au retard ou au refus de soins, en passant par des formes diverses de dissuasion.

Il existe donc une contradiction forte entre la légitimité de la santé pour tous – inscrite dans la loi – et l'illégitimité de certaines catégories de populations, en particulier étrangères, perçue par les institutions et les acteurs socio-sanitaires.¹¹⁶ Si la législation n'est pas discriminatoire, sa mise en œuvre peut le devenir, lorsque les acteurs socio-sanitaires, par méconnaissance ou mauvaise volonté, en restreignent l'application, en fonction du caractère « illégitime » des personnes à leurs yeux.

Enfin, essayer un refus de soin après avoir osé la démarche serait une insupportable blessure narcissique doublée de la perte des dernières illusions pouvant subsister sur l'amabilité du genre humain. En effet, découvrir que, alors qu'ils n'ont plus rien à offrir à autrui qu'une demande d'aide, ils n'intéressent plus personne, il y a dans cette perspective quelque chose de terriblement désespérant et de profondément insécurisant. C'est être amené à faire concrètement le constat qu'on ne vaut rien en tant que personne, ce à quoi ils sont déjà

souvent confrontés dans leur expérience migratoire. Cette épreuve de vérité est donc tellement attristante que tout nous pousse à éviter de l'affronter.¹¹⁷ Ces expériences de refus, rapportées par une patiente de notre étude, entraînent donc des conduites d'évitement pour ne plus se retrouver dans ces situations humiliantes ; d'où s'ensuivent des difficultés supplémentaires à aller dans le système de santé de droit commun.

4.3 Propositions et pistes d'approfondissement

La santé publique, ce sont des pratiques appuyées sur une méthode de raisonnement qui propose des solutions acceptables, accessibles, réalistes pour les personnes et pour la société. Dans une démarche de santé publique, nous avons tout d'abord identifié un problème de santé publique : les difficultés concernant l'utilisation d'un service de santé. Puis nous avons cherché à comprendre les déterminants expliquant ces difficultés d'utilisation. Enfin, ces déterminants - ou facteurs - étant repérés, nous proposons des solutions acceptables et réalisables pour agir sur ces déterminants, et ainsi améliorer l'utilisation du système de santé.

4.3.1 Les déterminants identifiés et les propositions envisagées

Nous avons présenté les fruits de notre réflexion sous forme d'un tableau [Tableau XI], regroupant les facteurs, ou déterminants sur lesquels nous pouvions agir (il n'est guère envisageable d'agir sur les histoires fragilisantes des patients), les solutions acceptables permettant d'intervenir sur ces derniers, et enfin, les acteurs auxquels ces propositions font appel.

Ce tableau n'est pas exhaustif. Nous aurions pu aborder d'autres sujets importants, comme les problèmes de logement, ou de statut administratif, mais les propositions semblaient difficilement réalisables.

Dans un second temps, nous avons approfondi quelques-unes de ces solutions.

Tableau XI. Solutions proposées selon les différents problèmes repérés.

Problèmes identifiés	Solutions envisageables proposées	Acteurs intervenants
Lien affectif intense entre le soignant et le soigné	Annnonce en début de prise en charge que celle-ci sera temporaire	Les professionnels de la PASS
<i>Facteurs liés aux patients</i>		
Méconnaissance des missions de la PASS Méconnaissance de leurs droits Méconnaissance du système de santé de droit commun	Actions d'informations et d'éducation pour la santé à destination des patients	- les professionnels de la PASS (tout au long de la prise en charge et lors d'une dernière consultation d'orientation) - programmes nationaux coordonnés par la Direction Générale de la Santé, et l'INPES
Environnement social instable	-Actions d'information auprès des patients sur les différents réseaux et relais existants à l'extérieur de la PASS -Repérage de relais préalablement à l'orientation dans le système commun	- les professionnels de la PASS, - les réseaux existants œuvrant auprès de cette population, pour se faire connaître auprès de la PASS et auprès de cette population
<i>Facteurs liés à la PASS</i>		
Méconnaissance des lieux de soins du système de santé par les médecins de la PASS	Identification de médecins partenaires acceptant de recevoir cette population	Mise en commun des partenaires connus et déjà sollicités par chaque soignant de la PASS
	Constitution d'un réseau ville-hôpital autour de la précarité	DASS, professionnels hospitaliers et libéraux du secteur médical et professionnels du secteur social
Oubli de la part des soignants de réévaluer les situations des patients de la PASS, dans le temps	Grille d'évaluation à remplir régulièrement le long de la prise en charge (cf. annexe IV)	Les médecins de la PASS en binôme avec l'assistante sociale
<i>Facteurs liés au système de santé de droit commun</i>		
Difficultés dans la gestion de l'AME	Informatisation de la procédure de remboursement Amélioration du délai de remboursement	Ministère de la santé, Caisse Primaire d'Assurance Maladie
Manque d'information des médecins sur les différentes couvertures sociales	Actions d'informations auprès des médecins et autres acteurs du système de santé de droit commun	Ministère de la santé, INPES.
Manque d'information sur les réseaux d'aide sociale et de précarité	Mise en place d'un réseau autour de la précarité	DASS, professionnels hospitaliers et libéraux du secteur médical et professionnels du secteur social
Manque de sensibilité et d'intérêt envers cette population	Formation initiale et continue des médecins à la prise en charge des populations précaires et issues de la migration	Universités de médecine et organismes de formation continue en lien avec les différents acteurs travaillant autour de la précarité
Mauvaise coordination des différents acteurs de l'administratif, du social et du sanitaire	Formalisation d'un réseau autour de la précarité	DASS, professionnels hospitaliers et libéraux du secteur médical et professionnels du secteur social
Manque d'actions d'éducation pour la santé tournées vers les migrants ou les personnes en situation précaire	Programmes d'informations et d'éducation pour la santé à destination de ce public	Ministère de la santé, INPES

4.3.2 *L'éducation pour la santé*

L'éducation pour la santé vise classiquement l'adoption de comportements favorables à la santé et ne peut être envisagée isolément. Elle doit nécessairement s'intégrer dans une démarche plus globale : il ne s'agit pas seulement d'accompagner les gens vers le changement, il faut aussi créer les conditions qui rendent le changement possible. L'éducation pour la santé visant l'acquisition d'aptitudes individuelles permettant aux gens de faire des choix favorables à la santé n'aura de sens que dans une démarche plus globale de promotion de la santé qui va chercher à agir à différents niveaux sur l'environnement.

4.3.2.1. Informers les patients et les professionnels

L'information des patients et l'éducation pour la santé sont deux choses essentielles pour favoriser l'accès au système de soins. Dans notre étude, nous nous sommes rendue compte que la méconnaissance du système de soins était manifeste : les patients avaient des connaissances partielles sur leurs droits et la façon de les appliquer. Du côté des professionnels, l'un d'entre eux insistait sur le rôle éducatif de la PASS, le considérant comme incontournable dans ce processus d'accompagnement vers la santé. Comme le disait l'un des médecins interrogés, le faible niveau d'instruction pénalise une population qui ne sait prévenir le mal, qui ne sait comment consulter, se faire soigner ou suivre un traitement.⁸⁵ Or, d'une manière générale, il est établi qu'en Europe, les migrants sont systématiquement mal informés ; ils ont des origines différentes, souffrent de la barrière de la langue et nombre d'entre eux ont un faible niveau d'instruction.²⁹

En 2002, Médecins du Monde, réclamait déjà de l'Etat qu'il mène une campagne d'information ciblée, adaptée et multilingue vers les populations précaires sur leurs droits et l'utilisation du système de santé.⁶⁷ Bennegadi, président de Migrations santé, écrivait que de nombreux messages de prévention dans le domaine de la santé n'atteignaient effectivement pas leur but parce qu'on ne prenait pas suffisamment en compte¹¹⁸ :

- La situation sociale de ces populations ;
- L'analphabétisme d'un certain nombre et l'absence de maîtrise de la langue française ;
- Les schémas de représentation de la santé, du corps, de la maladie chez les différentes cultures présentes ;
- Les représentations qu'ont les migrants de la France, de sa culture, de ses structures médicosociales et de son fonctionnement administratif ;

- Le contexte local et les savoir-faire de proximité.

Il ne suffit donc pas d'informer, encore faut-il le faire de façon appropriée. Une fois renseigné sur le fonctionnement du système, le patient sera alors plus compétent dans la gestion de ses problèmes de santé. Cette capacité à gérer sa santé était un des facteurs cités par les professionnels comme accélérant le processus d'intégration.

De l'autre côté, il serait nécessaire également de communiquer, faire savoir et faire connaître au personnel hospitalier et libéral l'ensemble des informations sur les droits des malades, notamment celles qui concernent leurs droits sociaux. Des informations concernant les droits des personnes sur le plan de la santé devraient être facilement disponibles pour les professionnels.⁶⁶

Faire connaître, de façon systématique, auprès des publics concernés (patients et professionnels), les initiatives qui les concernent permettrait d'améliorer l'accès aux services de santé.¹⁹

4.3.2.2. Un nécessaire accompagnement...

Les personnes ont besoin de tout un accompagnement dans leur démarche de santé, ce qui a été surtout développé, dans notre étude, par les professionnels. Le recours individuel aux soins est la résultante d'un ensemble de facteurs prédisposants (démographique, structure sociale, croyance dans le domaine de la santé), de facteurs de capacité (ressources nécessaires, coûts, couverture sociale), et des besoins (perçus, évalués).¹¹⁹ La réintégration dans le système de santé de droit commun exige de la part des professionnels une prise en charge adaptée à chaque personne, en fonction de son histoire personnelle, de ses besoins propres et de ses capacités de compréhension. Cela nécessite aussi d'amener progressivement la personne à devenir actrice de sa démarche de soin afin qu'elle puisse devenir autonome dans le système de protection sociale.⁴⁴ La participation active de l'utilisateur à toute décision le concernant doit toujours être sollicitée en le restituant au centre de la démarche de soins dans un processus continu d'adhésion.¹²⁰

« Qu'est-ce qu'accompagner si ce n'est d'abord faire route avec quelqu'un ? Faire route, c'est se laisser toucher par l'autre et entrer dans une relation de bienveillance. La rencontre de celui qui est différent est toujours une épreuve, car elle touche le désir de réussite que nous projetons sur l'autre, en sachant

que cette réussite s'inscrit à partir de nos propres normes. Aussi, accompagner conduit parfois à comprendre sa propre vulnérabilité. » (Bernard Devers)

Comme le disait un migrant à un bénévole : « En un sens, vous êtes, pour moi, un compagnon de route. ». ¹²¹ Pour être accompagné, il faut avoir reconnu en soi sa dépendance radicale à l'autre. L'inverse est vrai également : il faut avoir ressenti en soi son intime fragilité pour pouvoir accompagner, c'est à dire entendre et véritablement soutenir la demande d'aide d'un autre. Si l'accompagnant n'est pas, au préalable, dans un rapport intime avec sa propre fragilité, sa propre faiblesse et sa dépendance radicale à l'autre, l'acte d'accompagner se transformera alors en un « faire à la place de l'autre » avec son cortège de violence. Face à un être en faiblesse, en détresse, la toute puissance de l'autre pourra s'exercer sans aucune retenue, pervertissant ainsi l'acte d'accompagner qui deviendra un acte porteur de mort plutôt qu'un acte porteur de vie. Etre accompagné comme accompagner suppose un rapport à sa propre fragilité. ¹⁰⁹ Ceci fait écho à la nécessaire reconnaissance de sa propre vulnérabilité dans l'accompagnement de personnes en situation précaire, dont nous avons parlé précédemment. Cette reconnaissance utilisée comme stratégie d'accompagnement est considérée depuis Hegel comme l'un des moteurs de la construction du lien social. ⁹⁵

« L'accompagnement est un outil au service d'un projet qui appartient à la personne. ». ⁹³ Cette conviction plaçant la personne comme sujet, acteur de l'accompagnement implique un certain déplacement de celui qui accompagne. Les professionnels doivent s'interroger sur leurs pratiques, leurs représentations, leurs savoirs et changer leur vision des choses pour accompagner. Cependant, il faut se rappeler que l'implication volontaire et active des personnes aux différentes phases d'un projet de santé est souvent difficile à mettre en oeuvre, à fortiori lorsque l'on s'adresse à des personnes qui cumulent les difficultés et pour qui les préoccupations de santé ne se situent pas au premier plan. ¹²² Il convient de soutenir la capacité d'initiative du sujet, de faire en sorte que, malgré l'exposition à la « désorganisation », il puisse remobiliser des processus psychiques créatifs lui permettant de rester acteur de son destin. ⁹⁵ Il faut donner des éléments pour que l'autre puisse faire des choix. Il faut croire, faire confiance dans la capacité de changement et la possible transformation des situations des personnes. ⁹³ Il faut savoir que, ayant dû fuir des régimes de non-droit, la plupart des migrants sont très attachés à l'idée de faire valoir leurs droits : droit d'asile, au séjour, à la santé. Précarisés en raison de leur situation administrative, ils s'inscrivent clairement dans une démarche d'insertion. C'est pourquoi l'accompagnement et

le soutien du demandeur en cas de difficultés dans les démarches d'accès aux soins ont souvent une efficacité remarquable en termes d'amélioration de santé, et favorisent l'engagement ultérieur dans ses autres projets d'insertion.¹²³

4.3.2.3. ...Vers le changement

L'approche de C. Agard consiste à travailler sur les possibilités de la « réorganisation » en faisant de l'espace d'accompagnement un « espace potentiel » en vue de cette réorganisation. Pour les individus les plus marginalisés, certains parlent de constituer des « espaces transitionnels de soin ».¹¹³ Ce sont des espaces où s'amorcent et se développent, dans la durée, des processus de réintégration sociale.¹⁰⁸ Nous pouvons alors demander si la PASS n'est pas justement un espace transitionnel de soin, où l'éducation pour la santé devrait être première comme le soulignait un des professionnels.

Le changement est donc perçu comme un processus lent, à accompagner dans le temps et la confiance. Mais on perçoit aussi qu'il y a des étapes décisives, ce que l'un des professionnels interrogé avait également repéré. Il faut « être témoin bienveillant du 'kairos' [kairos : moment ou occasion favorable, opportun], de ces instants de cristallisation du choix, des changements ».⁹³ Ce repérage et cette adhésion aux moments de retournement de situation, à partir desquels pourrait être tenté un accompagnement vers un processus de changement, sont à identifier. Le travail en réseau et la réflexion sur les articulations entre le social et le sanitaire pour passer des relais au bon moment et de façon la plus adaptée possible seraient des pratiques à promouvoir en ce sens.

Les changements sont cependant difficiles et lents ainsi que nous l'avons constaté face à la résistance des patients au changement et le poids des habitudes. Une étude, réalisée en 2002, mettaient en évidence que seulement un quart des personnes bénéficiaires de la CMU disaient avoir modifié, depuis l'obtention de la CMU à sa création, leurs comportements et choisi un professionnel exerçant en ville au lieu d'aller dans un centre de santé gratuit ou à l'hôpital.¹²⁴ D'ailleurs, pour contourner les obstacles du système de santé de droit commun, les individus en situation précaire développent des stratégies parfois complexes pour accéder aux soins de santé, comme nous avons pu l'observer dans notre étude. Les patients préfèrent réutiliser des itinéraires auxquels ils ont déjà eu recours même s'ils sont plus compliqués.⁷⁶ Ceci s'explique par le concept de « logique conservatoire » : dans un contexte de précarité, le droit à l'erreur n'existe pas ; ce qui prime est le maintien des procédures qui ont fait leur

preuves et qui ont assurées la survie. L'initiative est donc perçue comme étant dangereuse, ce qui rend difficile le changement.

Il faut se rappeler que pour tolérer le changement, il faut une assise solide donnant l'assurance nécessaire pour modifier son territoire, son mode de vie, sans mettre en danger son existence.¹⁰⁰ Les conditions d'une action autonome comprennent, en effet, une absence de contrainte, une compréhension, une intentionnalité et une maîtrise de soi. D'autre part, il faut pouvoir se projeter dans l'avenir avec l'idée d'amélioration, alors qu'en situation précaire, demain est plutôt synonyme de « danger ». Cela suppose aussi d'avoir une perception linéaire et maîtrisée du temps, tandis que le temps est perçu de façon cyclique dans certaines cultures.

4.3.3 *Passer le relais, en prenant le temps*

Il faut donc les conseiller, les accompagner, les éduquer, les soutenir dans cette démarche d'intégration au système de santé de droit commun. Ce travail d'explication demande beaucoup de temps, mais est capital.¹²⁵ L'accompagnement « social » mis en place s'inscrit, en effet, dans une durée souvent supérieure à celle de l'acte médical ayant motivé le contact initial.

Dans les orientations à donner aux pratiques d'accompagnement du changement sont relevés le « travail en réseau » et la réflexion sur « les articulations entre le social et le sanitaire pour passer des relais au bon moment » et de façon la plus adaptée possible.⁹³ Face à ces situations mêlant le sanitaire et le social, une décision conjointe entre les acteurs du sanitaire et ceux du social est effectivement pertinente, ce que soulignaient d'ailleurs certains professionnels.

Cette dernière étape, celle du relais des soins pour leur continuité auprès du médecin généraliste ou d'un autre soignant serait une règle à annoncer dès le départ. La qualité des transmissions contribuerait à la réussite de ce passage. Les professionnels interrogés dans notre étude ont désigné la connaissance d'un réseau d'aval de médecins généralistes accueillants et disponibles comme un élément qui permettrait de parfaire la qualité de ce recours.

Dans l'étude réalisée à la PASS de Saint Etienne¹⁰⁷, l'efficience de ce relais était conditionnée par plusieurs facteurs :

- La définition claire de la mission au patient dès la première consultation : la prise en charge était transitoire afin de permettre au patient de faire un bilan médical, avoir une prise en charge adaptée et rapide, puis de retrouver des droits ;

- Les liens privilégiés tissés avec la CPAM pour l'ensemble des questions liées à l'assurance maladie ;
- Le travail de communication de l'ensemble des données médicales du patient au généraliste afin d'assurer la continuité de la prise en charge entre la PASS et la médecine de ville. Par ailleurs, la nature du relais semblerait avoir des conséquences sur le recours aux soins, qui serait plus important lorsque le relais est nominatif ;
- La création et l'animation d'un réseau de médecins généralistes sensibilisés à la question de la précarité ;
- Et la possibilité de réintégrer la PASS.

Enfin, les professionnels des PASS doivent rechercher si possible une implication, en particulier une autonomisation de la personne et constamment une adhésion à une démarche de soins définie certes ensemble, mais où chacun, patient et soignant, garde son individualité.¹²⁰

Tout cela demande du temps, ce qu'implorait d'ailleurs l'une des patientes interrogées. Les professionnels insistaient sur ce temps nécessaire pour passer le relais dans de bonnes conditions. En moyenne, le Dr Duriez estimait le temps nécessaire pour devenir autonome dans sa démarche de santé à 24 mois.⁴⁴ En effet, au-delà de la seule demande de soins, accéder au système demande de comprendre le fonctionnement et de pouvoir s'y repérer seul, de comprendre la langue française, maîtriser son agenda afin d'être présent aux rendez-vous, d'avoir une hygiène de vie, et de placer sa santé comme une de ses priorités. L'intégration dans le système de santé de droit commun suppose donc une intégration dans la société et ses codes, qui permettra ensuite une intégration plus générale dans la société. La pertinence réelle de ces centres résiderait alors dans le fait qu'ils permettent de prendre le temps indispensable à la consolidation des liens sociaux, temps beaucoup plus long que celui nécessaire au recouvrement des droits sociaux.⁶⁹

Annoncer dès la première consultation, le mode de fonctionnement de la PASS, accompagner l'orientation avec un courrier, le nom d'un médecin ou d'une structure...les "petits moyens" sont nombreux pour favoriser la réussite de l'orientation. Mais il est tout aussi important de ne pas l'imposer et de laisser à chacun le temps dont il a besoin pour devenir - ou, plus souvent, redevenir - autonome. Vient un jour le moment du "lâcher prise", du départ, qu'autorisent, peu à peu, le temps et le lien.³⁷

4.3.4 *Un réseau de précarité*

Déjà en 1998, dans le cadre de la loi contre l'exclusion, l'Etat a encouragé la mise en place de réseaux de proximité, et préconisé l'institution de plans départementaux d'accès aux soins.⁴⁹ La mise en oeuvre d'une prise en charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux, et d'actions de santé ne se limitant pas aux soins curatifs mais accordant une place essentielle au suivi, à la prévention et à la promotion de la santé, ne peut se réaliser que par un travail en réseau²¹ ; d'autant qu'il n'existe pas une mais des populations migrantes, avec leurs spécificités, leurs besoins, leurs demandes et leurs représentations. dès lors, le travail ne peut se faire que sur le long terme et au travers d'un réseau de partenaires : professionnels, responsables associatifs, représentants des communautés.¹²⁶

Ce travail en réseau, véritable partenariat entre les différents acteurs médicaux et sociaux, assureraient ainsi la continuité des soins à l'extérieur de la PASS.^{30,44,71,81,127} Certains préconisent d'établir un partenariat avec le réseau ville-hôpital pour organiser la sortie et le retour vers le système de santé de droit commun : les associations, les centres d'hébergement, les CHRS (centres d'hébergement et de réinsertion sociale), les structures psychiatriques...Et de formaliser les relations entre les hôpitaux et leur environnement social.³⁰ Une PASS doit s'intégrer dans un projet qui mobilise simultanément les structures hospitalières publiques et privées, les médecins de ville et tous les acteurs potentiels d'éducation pour la santé.¹⁸ Ces réseaux constitueront de nouvelles bases qui serviront de points de repères dans ce nouveau système, facilitant ainsi le départ de la PASS. Cela permettra de rassurer les professionnels des PASS lorsqu'ils passeront le relais, puisque ces lieux seront connus et que des repères auront été identifiés au préalable. L'assurance d'un « après-PASS » depuis lequel les professionnels auront des retours facilitera le « lâcher prise » avec leurs patients.

Par ailleurs, ce devoir de solidarité vis-à-vis d'une population précaire est difficile à assumer seul, notamment pour les médecins libéraux ; un travail en réseau est nécessaire faisant appel aux associations, aux structures hospitalières, ainsi qu'aux confrères spécialistes.¹⁰ Du reste, les professionnels des structures sociales sont également en forte demande de partenariats formalisés avec les professionnels de santé, visant l'articulation et la mise en cohérence des compétences de chacun.¹⁰⁶ Il faut donc travailler à mettre en place des réponses pluridisciplinaires. Cela suppose d'accepter de coopérer avec des partenaires d'horizons très divers (issus du médico-social, du monde associatif ou de la santé) sans se juger ni s'attaquer sur ses pratiques.¹²⁸ Pour briser l'isolement des acteurs, une des pistes les

plus pertinentes aujourd'hui est la construction de nouvelles pratiques communes décloisonnant les logiques institutionnelles pour rapprocher les professionnels de santé et les intervenants sociaux.¹²⁹

C'est donc à l'insertion de l'hôpital dans de véritables réseaux, liant l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux qu'il faudra travailler. Articuler des réseaux de santé, avec l'hôpital sans être centré sur lui, et favoriser une vraie pluridisciplinarité afin que tous les acteurs y trouvent leur intérêt sont les actions à privilégier pour un meilleur usage du système de santé par tous.^{8,18}

Au-delà du travail entre professionnels, le développement de partenariats avec des organisations des communautés locales et des groupes de défense d'intérêts ayant une bonne connaissance des questions concernant les migrants et les minorités ethniques est un aspect important, susceptible de faciliter le développement d'un système de prestations plus approprié sur le plan culturel et linguistique.⁶² L'adaptation des services à l'interculturel serait ainsi souhaitable, avec la formation du personnel à l'interculturel ainsi que l'encouragement au développement d'organismes communautaires ethnoculturels. Ces derniers permettraient à la fois de reconnaître l'importance stratégique de ces repères culturels et d'ancrer l'immigrant dans un réseau stable et contenant.

4.3.5 Adapter le système aux personnes

« De toute façon, un système de santé est le produit d'une culture et d'une évolution des connaissances. » (F. Laplantine)

Par conséquent, il n'existe pas de système de santé universel. Certains points doivent, cependant, être améliorés car le vécu douloureux que peuvent en avoir les patients se rendant dans le système de santé de droit commun, risque bien de décourager ces derniers à s'y exposer à nouveau, retardant leur prochaine démarche d'accès aux soins.⁷

Un groupe de recherche a démontré qu'une adaptation du système de soins aux contraintes locales était nécessaire. Toutefois, les résultats de ces adaptations dépendent étroitement de la concertation qui reste perfectible entre les administrations publiques et les réseaux professionnels engagés sur le terrain.¹³⁰ En effet, la réponse à apporter passe par une meilleure coordination des structures sanitaires et sociales et un réel effort d'information et de promotion de la santé.⁹⁴

Par ailleurs, la dignité des familles et leur accès aux services dépend largement de la manière dont les professionnels appliquent les règles d'éthique qu'ils se sont données et la façon dont ils font évoluer ces règles.¹⁸ Le soignant doit être conscient que le système médical ou thérapeutique auquel le patient se réfère repose sur une conception particulière de la santé et de la maladie, sous tendue par diverses représentations souvent inconscientes.¹³¹ Enfin, les médecins devraient être au courant des lois sur l'immigration ou des particularités que comportent les conditions de vie de cette population, et savoir-faire face à des demandes spécifiques d'une autre nature que médicale.⁸⁰

Pour cela, le Dr Lebas a évoqué, dès 1998, la nécessité de former les professionnels : il pensait qu'il fallait intégrer au cours des études médicales la dimension des processus socio-économiques de précarisation dans leurs rapports aux états et aux inégalités de santé.¹⁹ Il paraît indispensable, en effet, qu'une formation initiale soit introduite dans le cursus des études médicales, ne pouvant être optionnel car soigner les plus démunis ne peut être facultatif.¹⁰ Former les médecins et autres professionnels de santé à comprendre les personnes en situation précaire et être sensibles à leurs besoins est un outil pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination.^{66,132} Les PASS doivent être elles-mêmes des lieux ressources avec une vocation pédagogique d'enseignement aux étudiants destinés à des études. Cet aspect est primordial pour changer le regard de celui qui, dans le futur, sera confronté à l'accueil de ces personnes exclues.⁶⁹

Du point de vue de la prise en charge sociale, certains préconisent l'accompagnement comme étant le complément indispensable des prestations⁴⁸ :

- Chaque famille devrait avoir un très faible nombre d'interlocuteurs pour un accompagnement personnalisé, stable dans le temps, par une personne ou une équipe disposant de véritables moyens d'actions et non pas simplement du pouvoir de renvoyer vers un autre ;
- Symétriquement, les intervenants sociaux devraient avoir un nombre de personnes à suivre à échelle humaine pour pouvoir nouer une relation continue et personnalisée ;
- Ce n'est pas aux familles de connaître ou de subir la complexité de l'organisation de l'action sociale : ce sont aux services sociaux d'organiser une interface simple entre deux univers complexes ; complexité des administrations et complexité de la pauvreté.

V CONCLUSION

L'intégration dans le système de santé de droit commun suppose une intégration générale dans la société et ses codes. L'existence de structures spécialisées dans les soins de santé aux personnes exclues peut se justifier un temps, mais elle ne doit pas déboucher sur l'envoi systématique de cette population vers cette filière : le but doit rester l'intégration dans les filières de droit commun et la garantie que ces dernières sont conçues pour répondre à leurs besoins. Cependant, des outils spécifiques comme les PASS se justifient et peuvent représenter, ponctuellement, des paliers permettant aux personnes d'aller vers le système de santé de droit commun quand elles seront prêtes. Elles offrent un lieu d'accès vers un « mieux être », intégrant une prise en charge souple et adaptée, à la fois médicale et sociale. La pertinence réelle de ces structures réside dans le fait qu'elles permettent de prendre le temps indispensable à la consolidation des liens sociaux, temps beaucoup plus long que celui nécessaire au recouvrement des droits sociaux. Un équilibre doit donc se faire entre discrimination positive et inscription de ces actions dans le droit commun.

Dans ce travail, nous avons cherché à identifier des facteurs intervenant dans le cheminement depuis la PASS vers le système de santé de droit commun, au moyen de deux études.

Dans l'étude quantitative, nous avons ainsi mis en évidence l'importance de l'âge, de la culture d'origine des patients et de leur environnement (statut, domicile), ainsi que l'influence de la grossesse.

Dans l'étude qualitative, plusieurs facteurs intervenant dans ce processus ont été retrouvés :

- ***des facteurs liés aux patients***, comme le poids des habitudes culturelles et le manque d'instruction, la vulnérabilité liée à leurs histoires traumatiques les rendant dépendant des autres, l'influence de la pathologie (psychiatrique, sévère ou qu'ils ne comprennent pas), l'absence de maîtrise de la langue française, et la méconnaissance des missions de la PASS, de leurs droits et du fonctionnement du système de santé de droit commun ;
- ***des facteurs liés à l'environnement des patients***, avec l'instabilité de leur domicile, l'insuffisance de réseau familial ou social, et la précarité de leur statut administratif ;
- ***des facteurs liés à la PASS elle-même***, comme l'image de la compétence et des facilités d'accès aux différents services de l'hôpital, l'accueil, l'écoute, la communication, la reconnaissance d'une identité, la souplesse et le temps pris à la PASS, ainsi que l'existence d'une prise en charge sociale.

- *des facteurs liés aux professionnels de la PASS*, avec la peur de nuire, la méconnaissance du système de santé d'aval et l'absence de retours, et l'oubli de réévaluer la situation des patients au fil du temps ;
- enfin, *des facteurs liés au système de santé de droit commun* : la complexité de l'organisation spatio-temporelle ; les difficultés administratives (avec l'AME) et sociales (absence d'aide sociale spécifique à la santé) ; les refus et les discriminations à l'encontre de cette population par les professionnels, qui manquent d'informations et de formations ; la mauvaise coordination entre les différents acteurs et l'absence de réseau formalisé autour de la précarité ; et enfin le manque évident d'actions d'éducation pour la santé à destination de ce public.

Parmi les facteurs identifiés, nous avons ciblé ceux sur lesquels il est possible d'agir, et avons proposé plusieurs stratégies, qui relèvent de la compétence de différents acteurs de santé.

En ce qui concerne les professionnels de la PASS, il leur revient d'annoncer dès le début de la prise en charge que celle-ci sera temporaire ; il est de leur ressort de réévaluer, à l'aide d'une grille qu'ils auront adopté ensemble (cf. la proposition de grille en annexe IV), la situation de chaque patient, régulièrement au cours de la prise en charge. Il leur faudra informer les patients sur les missions de la PASS, leurs droits, le fonctionnement du système de santé de droit commun, et les mettre en contact avec les réseaux extérieurs existants. Une mise en commun des différentes ressources extérieures à la PASS, auxquelles chaque professionnel fait appel individuellement, serait appropriée. Par ailleurs, les professionnels de la PASS seraient des acteurs clés au sein d'un futur réseau ville – hôpital autour de la précarité. Enfin, il serait souhaitable qu'ils continuent à participer à la formation des professionnels de la santé et du social, en lien avec les facultés, écoles et autres organismes, et facilitent la possibilité de stages à la PASS.

Le Ministère de la Santé et des Solidarités est sollicité de plusieurs manières :

- *Avec le concours de l'INPES* au travers d'actions d'éducation pour la santé auprès des migrants et personnes en situation précaire, ainsi qu'auprès des médecins et autres professionnels de la santé et du social ;
- *Avec l'aide de la DRASS* pour la formalisation d'un réseau ville - hôpital autour de la précarité ;

- *En concertation avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie* pour l'informatisation des procédures concernant l'AME, et l'amélioration du délai de remboursement.

Enfin, le **Ministère de l'Education, ainsi que les différents organismes de formation publics ou privés** (Facultés de Médecine, IFSI, Organismes de formation continue...), devraient être encouragés à intégrer dans leurs programmes des formations sur la précarité et la migration.

Cependant, tout ceci reste délicat étant donné la nature complexe de l'ensemble des besoins des personnes en situation précaire sur le plan de la santé. Il est clair que toute réponse appropriée aux besoins de santé de ces personnes devra également être complexe. En effet, les personnes concernées par la précarité ne forment pas une communauté sociale, ni même un groupe statistique saisissable par des critères socio-économiques traditionnels. A la PASS, les patients présentent des situations diverses et non comparables : tout éloigne le migrant qui, malgré une histoire chargée, a mobilisé ses forces pour réussir à quitter son pays, de la personne du quart-monde dont les difficultés d'adaptation sont inscrites de façon transgénérationnelle.

Par ailleurs, en France, nous avons insensiblement glissé de la protection à l'assistanat puis à l'infantilisation des migrants.⁹¹ Cependant, en adultes responsables, ils sont supposés se construire un avenir. Leur parcours est marqué par la rupture, la discontinuité, l'incertitude, et il est attendu d'eux qu'ils planifient, qu'ils apprennent la langue du pays d'accueil, qu'ils investissent le pays qu'ils seront peut-être amenés à quitter au bout d'un certain temps. L'homme ne peut prendre et investir sa place quelque part que si on la lui donne. Or tant que l'Etat ne donne pas une place précise et définie à cette population en quête d'identité, celle-ci ne pourra pas investir un espace qu'on ne lui attribue pas.

Enfin, peut-être faudrait-il s'interroger sur cette certitude du bien fondé de l'insertion dans le système de santé de droit commun. Sûrs de nous et de nos valeurs, nous avons autant de mal à imaginer qu'ils ne veuillent pas être comme nous. Des efforts réels sont accomplis pour leur baliser le chemin de la réinsertion, mais sans nous préoccuper véritablement de leur envie de s'engager sur cette voie. Notre effort doit être de ne pas choisir pour eux, sans pour autant les abandonner, mais de leur faciliter réellement le « bon choix ». Il s'agit d'offrir à ces personnes les conditions d'un véritable choix en matière de soins.

Conclusion

Maintenant que notre travail a permis d'éclairer le raisonnement concernant le cheminement des patients depuis la PASS vers le système de santé de droit commun, il serait intéressant de compléter cette recherche en réalisant une étude quantitative sur un échantillon représentatif de l'ensemble de la population de la PASS, afin de préciser et valider les résultats recueillis dans notre étude qualitative. Par ailleurs, la grille proposée [annexe IV] pourrait servir de base à la formalisation d'un outil simple qui permettrait aux soignants d'évaluer régulièrement la situation de chaque patient dans l'optique de l'insertion au système de santé de droit commun. Enfin, il serait souhaitable d'encourager et stimuler les travaux de recherche auprès des personnes migrantes et en situation de précarité, ainsi qu'auprès des services mis en place, comme celui de la PASS.

Le Président du Jury,

Professeur Christian TREPO

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le.....

VU : Le Doyen de l'UFR de Médecine
Lyon-Nord

Pour le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales

Professeur Jérôme ETIENNE

Professeur François-Noël GILLY

VI GLOSSAIRE

Acculturation : Adaptation d'un individu à une culture étrangère avec laquelle il est en contact.[Petit Robert]

Afrique subsaharienne : ensemble des pays d'Afrique situés au Sud du Sahara.

AME : Aide Médicale d'Etat (cf. p.10)

CMU : Couverture Maladie Universelle (cf. p.10)

CMUc : la Couverture Maladie Universelle Complémentaire permet une prise en charge des dépenses de santé sans avance de frais. Les droits à la CMU complémentaire sont valables un an. Les conditions d'accès sont d'une part d'être en situation régulière au regard du séjour, et d'autre part d'avoir des ressources inférieures à un certain seuil fixé en fonction de la composition du foyer.²⁸ (cf. p.10)

Demandeur d'asile : ce sont les personnes qui demandent la protection de l'Etat en revendiquant le statut de réfugié parce qu'ils craignent des persécutions dans leur pays d'origine, mais qui n'ont pas reçu de décision finale quant à leur demande. Pour de nombreux migrants potentiels, la procédure de demande d'asile est devenue la seule possibilité d'entrer légalement dans le pays rêvé. Elle est empruntée par ceux qui fuient des persécutions individuelles mais aussi les situations de violence généralisée, les pays dévastés, le poids de structures politiques, sociales ou familiales contraignantes, l'absence de perspectives de vie...⁹

Droit : Ensemble des règles juridiques en vigueur dans un Etat [Petit Robert].

Droit commun : **A.** Règles générales applicables à toutes les situations, lorsqu'il n'y a aucune dérogation particulière [Petit Robert]. **B.** par extension, dans notre travail, voir « Système de santé de droit commun ».

Etranger : Personne dont la nationalité n'est pas celle d'un pays donné (par rapport aux nationaux de ce même pays).[Petit Robert]

Etranger en situation irrégulière : C'est un immigré soit qui est entré dans le pays sans autorisation légale ou qui devient illégal car son autorisation de séjour n'est pas renouvelée, c'est-à-dire qu'il est resté au-delà de la période autorisée.^{29,133}

Etranger en situation régulière : Les migrants en situation régulière ou disposant de papiers sont des personnes dont l'entrée, la résidence et, le cas échéant, l'emploi dans un pays d'accueil ou dans un pays de transit ont été reconnus et autorisés par les autorités officielles de l'Etat.²⁹

Exclusion : l'exclusion peut être définie comme l'aboutissement, la manifestation extrême de différents processus de fragilisation des liens sociaux et de dégradation des conditions de vie.¹³⁴ L'exclu est peut-être exclu des circuits économiques parce qu'il n'a rien, mais il se sent surtout exclu des relations humaines parce qu'il n'est rien.¹¹⁷ Mais il faut être prudent, car parler des « exclus » tend à uniformiser un ensemble de situations qui sont en réalité très différentes.¹³⁴

Forum Réfugiés : Forum réfugiés est une association loi 1901 sans but lucratif œuvrant pour l'accueil des réfugiés et la défense du droit d'asile. Son siège social est à Villeurbanne (Rhône).

Immigration : Entrée dans un pays de personnes non autochtones qui viennent s'y établir, généralement pour y trouver un emploi. [Petit Robert]

Maghreb : Maroc, Algérie et Tunisie

MDM : Médecins du Monde est une association de solidarité internationale qui s'appuie, depuis plus de 20 ans, sur l'engagement de ses membres (professionnels de la santé) pour porter secours aux populations les plus vulnérables dans le monde et en France. Son action en France se traduit souvent par des actions mobiles de promotion de la santé et l'ouverture des droits auprès des Rroms ou des personnes sans domicile. Leurs équipes assurent des consultations, diffusent des messages de prévention, et orientent les migrants vers des partenaires et le système de santé de droit commun. Leur centre d'accueil de soins et d'orientation (CASO) de Lyon a ouvert en avril 1987. Les objectifs principaux sont d'améliorer la santé des patients et de témoigner sur les difficultés d'accès aux soins qu'ils rencontrent.

Migrant : toute personne 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. Dans son premier rapport (E/CN.4/2000/82), la rapporteuse spéciale de la commission des droits de l'homme sur les droits de l'homme et des migrants a proposé d'inclure dans la catégorie des migrants :

- a) Les personnes qui se trouvent hors du territoire de l'État dont elles possèdent la nationalité ou la citoyenneté, mais qui ne relèvent pas de la protection juridique de cet État, et qui se trouvent sur le territoire d'un autre État ;
- b) Les personnes qui ne jouissent pas du régime juridique général inhérent au statut de réfugié, de résident permanent, de naturalisé ou d'un autre statut octroyé par l'État d'accueil ;
- c) Les personnes qui ne jouissent pas non plus d'une protection juridique générale de leurs

droits fondamentaux en vertu d'accords diplomatiques, de visas ou d'autres accords. Cette large définition des migrants reflète la difficulté actuelle à distinguer entre migrants qui quittent leurs pays à cause de persécutions politiques, conflits, problèmes économiques, dégradation environnementale ou une combinaison de toutes ces raisons et les migrants qui recherchent du travail ou une meilleure qualité de vie qui n'existe pas dans leur pays d'origine.

Migrations : déplacement de populations qui passent d'un pays à l'autre pour s'y établir [Petit Robert]. La migration concerne donc le passage des frontières politiques et administratives pour un minimum de temps. Elle inclut, les mouvements de réfugiés, les personnes déplacées et les migrants économiques.

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé. (cf. p.7)

Pauvreté : Il existe trois indicateurs chiffrés de la pauvreté. Les deux premiers (les ressources monétaires des ménages et l'indicateur de conditions de vie construit à partir de vingt huit indicateurs élémentaires) sont mis au point et actualisés par l'INSEE, à partir d'enquêtes statistiques régulières ; le troisième (l'indicateur de « pauvreté administrative » chiffrant le nombre de ménages relevant de la solidarité nationale au titre des minima sociaux) est issu de sources administratives.¹⁷ Le Conseil européen de décembre 1984 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'Etat membre où elles vivent ».

Une pauvreté « subjective » reposerait sur la propre perception qu'ont les ménages et l'aisance dans laquelle ils vivent ou de l'écart entre leurs revenus et le minimum nécessaire.

Les personnes concernées ne forment pas une communauté sociale, ni même un groupe statistique saisissable par des critères socio-économiques traditionnels. Elles sont confrontées à un ensemble hétérogène de situations instables, génératrices de difficultés diverses. Bien souvent, elles n'ont en commun que la forme de leur trajectoire, marquée par un cumul de handicaps et une dissociation progressive des liens sociaux. Aussi, faut-il envisager la pauvreté, non comme un état, mais comme un processus multidimensionnel, susceptible d'écarter toujours davantage de l'activité économique diverses franges de la population, et de conduire à la rupture du lien social.⁶⁹

Personnes déplacées : ce sont les personnes qui ne traversent pas de frontières, mais qui se déplacent à l'intérieur des frontières de leur propre pays.

PMI : Protection Maternelle et Infantile : Ce terme recouvre en France l'ensemble des mesures réglementaires et des moyens adaptant le système de santé aux objectifs de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile et de promotion de la santé.

Précaire : (du latin precarius, obtenu par la prière) se rapporte à quelque chose d'incertain, de provisoire, de fragile et qui n'est pas assuré de durer, ou à quelqu'un qui n'a rien de stable. Est précaire toute situation dont on a perdu la maîtrise et qui oblige donc à un recours vers une puissance supérieure.¹¹⁴

Précarité : c'est une situation instable sans garantie, synonyme d'incertitude et de provisoire. C'est un état d'instabilité sociale caractérisé par « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. 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 soi-même, dans un avenir prévisible » (J.Wresinski)

La précarité est le produit de dimensions structurantes (économiques, sociales), de menaces à court ou moyen terme, mais aussi de dimensions subjectives (perception de sa situation, structuration psychique...)²

Quart-monde : Personnes aux prises avec la grande pauvreté, vivant des situations d'exclusion dans les sociétés occidentales

Réfugié : Il est défini par la Convention de 1951 de Genève (Article 1A.2) relative au statut des réfugiés, comme toute personne qui, « craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ».

SDF : Sans Domicile Fixe. Personne qui n'a pas de logement régulier [Petit Robert]

SMA : Service Médical d'Accueil, service de consultations non programmées jouxtant la PASS de l'Hôtel-Dieu à Lyon

SSAE : Service Social d'Aide aux Emigrants. Régi par la loi de 1901 et reconnu d'utilité publique, le Ssaé est une association qui réunit des administrateurs, des adhérents et des bénévoles. Elle a pour mission, sociale et humanitaire d'aider et de protéger les migrants ou demandeurs d'asile, particulièrement les plus fragiles : femmes et enfants, notamment en vue

de préserver l'unité familiale qui est désormais juridiquement garantie. Créée en 1926 elle mettait au service des migrants, dès leur arrivée sur le territoire national, une action sociale spécialisée. Ce service a fusionné en 2005 avec l'Office des Migrations Internationales (OMI) pour devenir l'Agence Nationale d'Accueil des Etrangers et des Migrations (ANAEM).

Système de santé de droit commun = Droit commun = Système de soins commun : ce terme désigne l'ensemble du système de santé français auquel tout assuré social a accès au regard de la loi : médecins généralistes et spécialistes en cabinet libéral, centre hospitaliers publics, cliniques privés, centres de Protection Maternelle et Infantile...

UE : Etats membres de l'Union Européenne en 2006 [au moment de notre étude quantitative] : Allemagne, France, Italie, Espagne, Pologne, Pays-Bas, Belgique, Hongrie, Grèce, Portugal, République Tchèque, Suède, Autriche, Danemark, Finlande, Slovaquie, Irlande, Lituanie, Lettonie, Slovénie, Chypre, Estonie, Luxembourg, Malte.

VII BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

- ¹ Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris; Conseil Economique et Social. Journal Officiel du 28 février 1987. 104p.
- ² Haut comité de Santé Publique. La progression de la santé en France et ses effets sur la santé. ENSP; 1998. 290p.
- ³ Danet F, Brémond M, Robert D. Les Urgences. Questions au système de santé. Etudes. 2004/5;400:599-610.
- ⁴ Bouchet A. La médecine à Lyon des origines à nos jours. Lyon: Hevas; 1987. 540p.
- ⁵ Ménoret-Calles B. L'accès aux soins des plus démunis: Situations et perspectives en 1996. Paris: L'Harmattan; 1997. 175p.
- ⁶ Parizot I. Soigner les exclus. Paris: Presses Universitaires de France; 2003. 296p.
- ⁷ Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Etude en France métropolitaine et en Guyane. 2006. 539p. [Th. Santé Publique]. Université Paris 11, Faculté de Médecine Paris-Sud; 2006.
- ⁸ Parizot I, Gaillac E, Sanquer R, Hosquet M-C, Simonet M, Jouan O, et al. Recours aux soins et suivi médical des personnes en situation de précarité sociale. 2007. 36p. [Mémoire de Module InterProfessionnel]. Rennes: ENSP; 2007.
- ⁹ Guillou M. Demandeurs d'asile et réfugiés : deux siècles de refuge politique. In : Stora B., Temime E. *Immigrations : L'immigration en France au XX^{ème} siècle*. Paris: Hachette Littératures; 2007:251-72.
- ¹⁰ Ducloux M, Delga M-E, Montané F. Rôle du médecin face à la précarité, [en ligne]. Conseil National de l'Ordre des médecins; 1999 5 juin. Disponible sur <www.web.ordre.medecin.fr/rapport/precarite.pdf> (Page consultée le 10/05/08).
- ¹¹ Georges C, Farge P. Evaluation Médico-sociale d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS). La consultation Verlaine à l'Hôpital Saint Louis. In : Migrations Santé. *La santé des migrants. Etat des lieux et prospectives*. Troisième colloque européen de Migrations Santé France. Paris: Migrations Santé; 2002.
- ¹² Parizot I, Chauvin P. Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. Rev Epidémiol Santé. 2003;51:577-88.
- ¹³ Gregg E. La Précarité : un défi de santé publique. Migrations santé. 2001;107:7-25.
- ¹⁴ Beard F, Dessaint L. Soins, santé et précarité : une prise de conscience. La santé de l'homme. 2000;348:15-6.
- ¹⁵ De La Blanchardière A, Méouchy G, Brunel P, Olivier P. Étude prospective des caractéristiques médicosychosociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux soins de santé en 2002. Rev Med Interne. 2004;25:264-70.
- ¹⁶ Luquel L, Halley-des-Fontaines V. Les consultations de précarité : nouvelles stratégies professionnelles. Santé Publique. 1997;3:329-40.
- ¹⁷ Direction Générale de la Santé. Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, [en ligne]. 2001. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/praps>> (Page consultée le 10/05/08)
- ¹⁸ Debionne F-P. La santé passe par la dignité. L'engagement d'un médecin. Paris: Les Editions de l'Atelier / Editions Ouvrières, Les Editions Quart Monde; 2000.237p.
- ¹⁹ Lebas J. A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 1998.31p.
- ²⁰ Comité Médical pour les Exilés. (C.O.M.E.D.E.). Migrants/étrangers en situation précaire, [en ligne]. Prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique destiné aux professionnels,. Vanves: INPES; 2005.440p. Disponible sur

Bibliographie

- <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/PDF%20Comede/GUIDComede2005tout.pdf> (Page consultée le 10/05/08)
- ²¹ Lebas J. Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, [en ligne]. 1999. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/praps/521pr.htm> (Page consultée le 11/05/08)
- ²² Aubry M, Kouchner B. Circulaire N° DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3/98/736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies, [en ligne]. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 1998. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/praps/348pr.htm> (Page consultée le 10/05/08)
- ²³ Direction Générale de la Santé. Les permanences d'accès aux soins de santé, [en ligne]. Bulletin « Action PRAPS ». 2000;3:4-5. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/praps/journal/action_praps3/page4_n3.htm (Page consultée le 10/05/08)
- ²⁴ Desprès C. La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés. *Sci Soc Sante*. 2005 Déc;23(4).
- ²⁵ Loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. *J Off Répub Fr* 1998; 31 juillet: n°175:11679
- ²⁶ Décret n°98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique. *J Off Répub Fr* 1998; 30 décembre.
- ²⁷ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant sur la création d'une couverture maladie universelle. *J Off Répub Fr* 1999; 28 juillet: n°172: 11229.
- ²⁸ Forum Réfugiés. Les droits sociaux des réfugiés. Fiches techniques, [en ligne]. 2006. Disponible sur http://www.forumrefugies.org/pdf/droit_asile/infos_sociales/droits_sociaux_refugies_protection_subsidiaire.pdf (Page consultée le 10/05/08)
- ²⁹ Organisation Mondiale de la Santé. Migrations internationales, santé et droits humains, [en ligne]. Santé et Droits de l'homme. 2003 Déc; 4. Disponible sur http://www.who.int/hhr/2005%20PRT%2016325%20Add%201%20Rev%201%20Migr_HHR-French%20edition.pdf (Page consultée le 10/05/08)
- ³⁰ Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). Fiche de synthèse sur les études sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) menées par l'IGAS, l'ANAES, GRES médiation, [en ligne]. Etudes PASS. 2004 Fev. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pass/documents/synthese.pdf> (Page consultée le 10/05/08)
- ³¹ Peljak D, Rama A. Les étrangers extracommunautaires à l'hôpital. *Droit, déontologie et soin*. 2006;6(4):553-62.
- ³² Croze A. L'Hôtel-Dieu de Lyon. Lyon: Les laboratoires Ciba; 1939. 48p.
- ³³ Dagier E. Histoire chronologique du grand Hôtel-Dieu de Lyon. Lyon: Imprimerie Rusand; 1830. 551p.
- ³⁴ Croze A. Histoire du grand Hôtel-Dieu de Lyon des origines à l'année 1900. Lyon: M Audin et Cie; 1924.
- ³⁵ Croze A, Gouachon A. Bibliographie sélective et histoire générale des Hospices Civils de Lyon. Lyon: Waltener; 1914. 230p.
- ³⁶ Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales du Rhône. (DDASS). PRAPS. Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins. Volet départemental du Rhône. Lyon: DDASS Rhône;1999 Déc.

Bibliographie

- ³⁷ Schlienger I, Laplace N, David B. Regards sur le monde de l'exil...et la précarité. Cours aux étudiants de PCEM1, [Document pédagogique]. Lyon: Université Lyon 1, Faculté Laennec; 2005.
- ³⁸ Bonnefoy S. Conditions de mise en place et organisation de la Permanence d'Accès aux Soins installée à l'Hôtel-Dieu. Lyon: Hospices Civils de Lyon; 2000.[Document interne].
- ³⁹ Agnoli A, Rubin C. Collaborations, politiques sociales...Où en est-on ? In: Association des Professionnels des PASS de Rhône-Alpes (APPASSRA). *Troisième rencontre régionale des PASS, 11 octobre 2006*. Annecy: 2006. 61p.
- ⁴⁰ Fonds CMU. Rapport n°III "Evaluation de la CMU" réalisé en application de l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, [en ligne]. Paris: Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie; 2007. 85p. Disponible sur: <<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000167/0000.pdf>> (Page consultée le 10/05/08)
- ⁴¹ Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi Pyrénées. (D.R.A.S.S.). Agir sur les inégalités sociales de santé, [en ligne]. Vecteur Santé en Midi-Pyrénées. 2007 Fév;20.9p. Disponible sur <<http://midi-pyrenees.sante.gouv.fr>> (Page consultée le 10/05/08)
- ⁴² Veil S. Discours d'introduction. (1995). In : Direction Générale de la Santé. *Plan Santé Ville-Réseaux de santé proximité, rapport de synthèse*. Vanves: Comité Français d'Education pour la Santé;1995.
- ⁴³ Schlienger I. Parcours de soin à la PASS de l'Hôtel-Dieu. Lyon; 2006 Octobre. [Document interne].
- ⁴⁴ Lavoue E. Accès aux soins des personnes en situation précaire : la nécessité d'une prise en charge globale. 2004. [Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital]. Rennes: ENSP; 2004. 192p.
- ⁴⁵ Peslin N, Pasquia V, Placais C. Evaluation d'une nouvelle offre de soins : la PASS du CHU de Nantes. Santé publique. 2001;13(4):349-57.
- ⁴⁶ Médecins du Monde (MDM). Observatoire Européen de l'accès aux soins des Médecins du Monde (OEAS). Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière. Paris: MDM; 2007 Juin. 76 p.
- ⁴⁷ Fassin D. La santé en souffrance. In: Fassin D, Morice A, Quiminal C. *Les lois de l'inhospitalité : les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans papiers*. Paris: La découverte; 1997. 288p.
- ⁴⁸ Hirsch M. Au possible, nous sommes tenus. La nouvelle équation sociale 15 résolutions pour combattre la pauvreté des enfants. Paris: Ministère des solidarités, de la santé et de la famille; 2005 Avr. 116p.
- ⁴⁹ Guimonneau T. L'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation précaire. Echanges Santé Social. 1998 Déc;92:32-6.
- ⁵⁰ Schlienger I. Permanence d'accès aux soins de santé. Hôtel-Dieu de Lyon. Rapport d'activité 2000-2002. Lyon: PASS Hôtel-Dieu; 2003. [Document interne].
- ⁵¹ Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. (ONPES). Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2005-2006, [en ligne]. Paris: La Documentation Française; 2006. 176p. Disponible sur <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000163/index.shtml>> (Page consultée le 10/05/08)
- ⁵² Hassin J. Les démunis ont des droits, mais pas les moyens de les exercer! Soins. 2000 Nov;650:57.
- ⁵³ Clavel G. La société d'exclusion. Comprendre pour en sortir. Paris: L'Harmattan; 1998. 272p.
- ⁵⁴ Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V. Précarisation, risque et santé. Paris: INSERM; 2001. 472p.
- ⁵⁵ Futin M. Accès aux soins des populations défavorisées dans le département du Rhône. 1995.131f. Th. Méd: Lyon 1, Lyon-Nord: 1995: 116.

Bibliographie

- ⁵⁶ L'annonce transculturelle de la maladie: Actes des Ateliers Roche Culture et Pratiques Soignantes, Strasbourg, 16 novembre 2006/ Lesoeurs G, Pons L, Babany G. Paris: Téraèdre; 2006. 111p.
- ⁵⁷ Massé R. Culture et santé publique. Montréal: Gaëtan Morin; 1995. 499p.
- ⁵⁸ Parizot I, Chauvin P. Quel accès aux soins pour les plus démunis? Sciences Humaines. 2005 Mar-Avr-Mai;48(HS):96-102.
- ⁵⁹ Nyer-Malbet A. Migration et conditions sanitaires. Paris: L'Harmattan; 1995. 268p.
- ⁶⁰ Chaix B, Chauvin P. Les déterminants contextuels et spatiaux des modes de recours aux soins. Rapport scientifique à l'Action Concertée Incitative "Terrains, techniques, théories ; travail interdisciplinaire en sciences humaines et sociales", [en ligne]. Paris: INSERM U707; 2004 Déc. 68p. Disponible sur <www.u444.jussieu.fr/sirs/Region/Rapport%20TTTT.pdf> (Page consultée le 10/05/08)
- ⁶¹ Chaouchi S, Casu C, Ledesert B. Etat de santé et accès aux soins des migrants en France : analyse et synthèse bibliographique, [en ligne]. Montpellier: Observatoire Régional de la Santé Languedoc Roussillon; 2006 Jan. 75p. Disponible sur <<http://www.bdsp.tm.fr/FullText/Show.asp?Ref=339369>> (Page consultée le 10/05/08)
- ⁶² Migrant Friendly Hospitals. Déclaration d'Amsterdam. Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle. In: *Hospitals in a Culturally Diverse Europe, Amsterdam, Dec 9-11, 2004*, [en ligne]. Disponible sur <http://www.mfh-eu.net/public/european_recommendations.htm> (Page consultée le 10/05/08)
- ⁶³ Trinh-Duc A, de-la-Blanchardière A, Porcher R, Agard C, Rouillard B, Schlienger I. Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médicosociale des PASS. Rev Med Interne. 2005 Jan;26(1):13-9.
- ⁶⁴ Comité Médical pour les Exilés. (COMEDE). Dossier : accès aux soins des étrangers, année zéro. Maux d'exil. 2007;18:1-8.
- ⁶⁵ Geeraert J-F. De l'accès aux soins des étrangers à la santé pour tous. Maux d'exil. 2007;18:3-4.
- ⁶⁶ Fédération Européenne des Associations Nationales de Travail avec les Sans-Abri. (FEANTSA). Rencontrer les besoins des Sans Domicile Fixe sur le plan de la santé, [en ligne]. Brussels: FEANTSA; 2000. Disponible sur <<http://www.feantsa.org/files/Health%20and%20Social%20Protection/Policy%20Statements/FR/FR%20FINAL%20meeting%20the%20health%20needs%20of%20homeless%20people-fr.doc>> (Page consultée le 10/05/08)
- ⁶⁷ Giroux F. Inégalités d'accès aux soins entre Français et Etrangers à partir de l'expérience des missions de France de Médecins du Monde.(2002). In: *Migrations Santé. La santé des migrants, Etat des lieux et prospectives, Actes du troisième colloque européen de Migrations Santé France, 24-25 octobre 2002*. Migrations Santé; 2003 Jan; 1(HS).
- ⁶⁸ Fahet G, Cayla F, Drouot N, Simonnot N, Tomasino A, Bresse S, et al. Rapport 2005 de l'observatoire d'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde. Paris: Médecin du Monde, ORS MIP; 2006 Août. 238p.
- ⁶⁹ Lebas J, Chauvin P. Précarité et Santé. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1998. 300p.
- ⁷⁰ Desprès C, Naiditch M. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle complémentaire. Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne. Paris: Fonds CMU; 2006 Mai.
- ⁷¹ Boisguérin B. État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003. Etudes et Résultats. 2004 Mar;294.
- ⁷² Guilloux K, Guimonneau T. Pratiques en santé précarité : la santé publique à l'épreuve du terrain. Repères à l'usage des professionnels de terrain et des services déconcentrés de l'Etat. Paris: SICOM; 1997.

Bibliographie

- ⁷³ Millot T. Précarité et prévention en médecine générale : évaluation de la prise en charge des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle. 2005. 99f. Th. Méd. : Lyon 1, Lyon-Nord : 2005 : 173.
- ⁷⁴ Abramovici D. Santé et précarité : Les attentes des professionnels [Mémoire DIU Ethique et pratiques médicales]. Paris: Université René Descartes-Paris V; 2000.
- ⁷⁵ Gotman A, Assier-Andrieu L. Immigration et accès aux droits sociaux : enquête sur les logiques discriminatoires dans la mise en œuvre de la CMU [Rapport de fin de recherche]. Montpellier: Université Montpellier 1; 2004.
- ⁷⁶ Brezovsek A. L'accès aux soins des immigrés illégaux à Lyon : description, analyse et recommandations. Migrations santé. 2001:29-56.
- ⁷⁷ Chauvin P, Parizot I, Menahem G, Guiguet M, Pech N, Lebas J. Précar : trajectoires de précarité, états de santé et accès aux soins. Paris: Institut de l'Humanitaire; 2001. 135p.
- ⁷⁸ Chauvin P, Parizot I, Revet S. Santé et recours aux soins des populations vulnérables. Paris: INSERM; 2005. 325p.
- ⁷⁹ Chauvin P, Parizot I, Menahem G, Guiguet M, Pech N, Lebas J. Précar : trajectoires de précarité, états de santé et accès aux soins. Rapport Final, [en ligne]. 1999 Juil. Disponible sur <www.u707.jussieu.fr/ds3/Rapports%20en%20ligne/rapport_prekar31.pdf> (Page consultée le 10/05/08)
- ⁸⁰ Ferreira J. Soigner les mal-soignés. Ethnologie d'un Centre de soins gratuits. Paris: L'Harmattan; 2004. 387p.
- ⁸¹ Agin I. Problèmes et besoins de santé des personnes en situation de précarité, PASS du CHIC, [en ligne]. 2005. 88p. Th. Méd. :Paris XII, Université Paris Val-de-Marne; 2005. Disponible sur <<http://doxa.scd.univ-paris12.fr:80/theses/th0233601.pdf>> (Page consultée le 10/05/08)
- ⁸² Chaix B, Chauvin P. Influence du contexte de résidence sur les comportements de recours aux soins : l'apport des méthodes d'analyse multiniveau et spatiale. Questions d'économie de la santé. 2005:1-6.
- ⁸³ Parizot I, Chauvin P, Firdion J-M, Paugam S. Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones Urbaines Sensibles d'Ile-de-France. In : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. (ONPES). Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004. Paris: La Documentation Française; 2004. 367-412.
- ⁸⁴ Collet M, Menahem G, Paris V. Précarités, risque et santé : enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits. Questions d'économie de la santé. 2003;63:6.
- ⁸⁵ Billy-Rouis D. Santé, précarité et exclusion, [en ligne]. Lyon : 2003 Mar. [Lettre]. Disponible sur <www.cocof.irisnet.be/site/common/filesmanager/sante/precarite/sante_prekarite_exclusion> (Page consultée le 10/05/08)
- ⁸⁶ La-Rosa E. Santé, précarité et exclusion. Paris: PUF; 1998. 222p.
- ⁸⁷ Piednoir P, Hervé C, Moutel G. La relation médecin patient, et le métier de médecin, [Document pédagogique] [en ligne].Paris: Paris V ; 2003. Disponible sur <<http://infodoc.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/6d21249f2efd1a14c1256ccb005d85a3?OpenDocument>> (Page consultée le 10/05/08)
- ⁸⁸ Consoli S-M. Relation médecin-malade. In : Grimaldi A, Cosserat J. La relation médecin-malade. Paris: Elsevier; 2004:15-35.
- ⁸⁹ Duplan B. Douleur et médecine : la relation médecin-malade en question, [Document pédagogique] [en ligne]. *Capacité de la douleur*. Saint Etienne : 2007. Disponible sur

Bibliographie

http://www.stephadol.org/capacite/cours_capacite/module3/douleur%20et%20medecine.pdf (Page consultée le 13/05/08)

⁹⁰ Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Editions Payot et Rivages; 1957. 422p.

⁹¹ Asensi H, Le Du C. Savons nous accueillir les réfugiés en France? In : Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR, editors. *Soigner malgré tout : Trauma, culture et soins*. Aubenas: La pensée sauvage; 2003:241-51.

⁹² Guicheney P. Qu'est ce que le médecin? Etude psychologique de la relation médecin-malade. Paris: Mouton; 1974. 225p.

⁹³ Granier A, Liber A, Guinard M, Mery Z, Penet M-P. Accompagner vers la santé. In: Collège Rhône Alpes d'Education pour la Santé. *Rencontre régionale d'échange et de réflexion, Actes*, [en ligne]. Lyon: CRAES-CRISP; 2001. 113p. Disponible sur <http://www.craes-crips.org/publications/2001/accompagner.pdf> (Page consultée le 10/05/08)

⁹⁴ Chauvin P, Parizot I. Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens. Résultats d'enquêtes statistiques conduites dans des quartiers de la politique de la ville. Saint Denis la Plaine: Les éditions de la DIV; 2007. 126p.

⁹⁵ Chaouite A, Sfar R. L'asile en souffrance : une tentative de prévention. In : Furtos J, Laval C. *La santé en mentale en acte : de la clinique au politique*. Cahors: Eres éditions; 2005:91-8.

⁹⁶ Laacher S. Clandestins et sans-papiers à l'épreuve de l'Etat national et de l'espace européen, [en ligne]. Humanitaire. 2005;2(HS):31-5. Disponible sur www.medecinsdumonde.org/fr/content/download/3611/29295/file/extrait_HS_n2.pdf (Page consultée le 10/05/08)

⁹⁷ Levi P. Si c'est un homme. Paris: Presses Pocket; 1990. 213p.

⁹⁸ Cason C. La rencontre soignant/soigné : dépendre pour l'un, se déplacer pour l'autre? (2001). In : ISTR Toulouse. *Qu'est ce que "guérir"? A propos des dimensions culturelles et religieuses de la santé, Actes du colloque des 27 et 28 janvier 2001 organisé par l'ISTR de Toulouse*. Toulouse: Cahiers de l'ISTR; 2001:6.

⁹⁹ Roussillon R. L'errance identitaire. (1997). In : ORSPERE. *Souffrance psychique, contexte social et exclusion* : Actes du colloque de Lyon-Bron du 22 au 24 octobre 1997. Lyon: Ecole Rockefeller; 1997.

¹⁰⁰ Hoerni B. L'autonomie en médecine : nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes. Paris: Editions Payot; 1991. 255p.

¹⁰¹ Moley-Massol I. Relation médecin-malade : enjeux, pièges et opportunités : situations pratiques. Courbevoie: DaTeBe éditions; 2007. 131p.

¹⁰² Lebreton J-M. Réflexion philosophique sur la relation soignant/soigné, [en ligne]. 2007 Fev. Disponible sur <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article334> (Page consulté le 10/05/08)

¹⁰³ Ferrant A. Logiques de survie et auto-organisation. In : ORSPERE. *Souffrance psychique, contexte social et exclusion* : Actes du colloque de Lyon-Bron du 22 au 24 octobre 1997. Lyon: Ecole Rockefeller; 1997.

¹⁰⁴ Lemaire P. Développement de la personnalité. In : Université Aix-Marseille 1. Psychologie de la personne âgée. *Vieillesse et Personnalité*, [Document pédagogique] [en ligne]. 1999-2000. Disponible sur sites.univ-provence.fr/wlpc/pagesperso/lemaire/enseignement/psyage/personnalite.PDF (Page consultée le 10/05/08)

¹⁰⁵ Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. (1986). In : Organisation Mondiale de la Santé. *Une Conférence internationale pour la promotion de la santé Vers une nouvelle santé publique*, 17-21 novembre 1986 à Ottawa(CAN). Genève: OMS; 1986.

Bibliographie

- ¹⁰⁶ Drouin C, Duval M. La promotion de la santé : une observation sociale auprès des personnes en précarité. Angers: Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion sociale Pays de la Loire; 2002 mai. 63p.
- ¹⁰⁷ 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. Saint Etienne: 2006. [Document interne].
- ¹⁰⁸ Chauvin P, Montaigne Ad, Lebas J. Précarités, maladies et soins médicaux : trois dynamiques, une unique trajectoire de vie. *Med Maladies Infect.* 2000;30 suppl 3:205-14.
- ¹⁰⁹ Zinck M-C. Accompagner : un acte clair-obscur. In: Collège Rhône Alpes d'Education pour la Santé. *Rencontre régionale d'échange et de réflexion, Actes*, [en ligne]. Lyon: CRAES-CRISP; 2001. 113p. Disponible sur <<http://www.craes-crips.org/publications/2001/accompagner.pdf>> (*Page consultée le 10/05/08*)
- ¹¹⁰ Casadevall M. Médecine et précarité . A propos de la consultation de médecine générale de l'Hôtel-Dieu, [en ligne]. 2007. 108p. Th. Méd. : Université de Paris V René Descartes : 2007. Disponible sur <<http://www.bdsp.tm.fr/FullText/Show.asp?Ref=359276>> (*Page consultée le 10/05/08*)
- ¹¹¹ Fabre C. Le recours aux urgences hospitalières : un mode d'accès aux soins spécifique des populations défavorisées. *Prevenir.* 1995;28:129-35.
- ¹¹² Broqua C, Loux F. Soins et lien social : à propos du patchwork des noms, [en ligne]. *Anthropologie et société.* 1999 Mai;23(2):79-99. Disponible sur <<http://www.bdsp.tm.fr/Base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=282366>> (*Page consultée le 10/05/08*)
- ¹¹³ Chauvin P, Lebas J. La problématique précarité et santé, un symptôme des dysfonctionnements de notre système de santé. In : Lebas J, Chauvin P. *Précarité et Santé*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1998:3-22.
- ¹¹⁴ Gillet M. Violence, agressivité et réparation dans la relation d'aide en situation de précarité. In : ORSPERE. *Souffrance psychique, contexte social et exclusion* : Actes du colloque de Lyon-Bron du 22 au 24 octobre 1997. Lyon: Ecole Rockefeller; 1997.
- ¹¹⁵ Bardey D. Demande induite et réglementation de médecins altruistes. *Rev econ.* 2002 mai;53(3):581-88.
- ¹¹⁶ Fassin D. Un rapport en santé publique : les discriminations dans l'accès aux soins. *INSERM Actualités.* 2002 Sept-Oct;183.
- ¹¹⁷ Maisondieu J. La fabrique des exclus. Paris: Bayard Editions; 1997. 264p.
- ¹¹⁸ Lombrail P. A propos des liens entre santé et migrations. *Sci Soc Sante.* 1999;17:34-44.
- ¹¹⁹ Andersen R, Newman J. Societal and individual determinant of medical care utilization in the US. *Milbank Meml Fund Q.* 1973;51:95-124.
- ¹²⁰ Rivollier E. Permanences d'accès aux soins de santé : une passerelle vers les personnes précarisées. *La santé de l'homme.* 2006 Mar-Avr;382:24-5.
- ¹²¹ Weckel M. Sans papiers. Illkirch: Le Verger Editeurs, Editions Oberlin; 2006.224p.
- ¹²² Lamoureux P. L'approche participative dans un projet de santé. *La santé de l'homme.* 2006 Mar-Avr;382:12.
- ¹²³ Veisse A, Maille D. Des difficultés des exilés à accéder au système de santé en Ile-de-France. Les demandeurs d'asile et la CMU - Comment intégrer le système de santé ? [en ligne]. 2000 Juin. Disponible sur <http://www.odse.eu.org/article.php3?id_article=5> (*Page consultée le 10/05/08*)
- ¹²⁴ Boisguérin B, Gissot C. L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU : Résultats d'une enquête réalisée en novembre 2000. *Etudes et Résultats.* 2002;152(01):1-8.

Bibliographie

- ¹²⁵ Chabrol A. Le médecin face à la précarité, [en ligne]. Le bulletin de l'Ordre des Médecins. 2005 Déc;10. Disponible sur <<http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/Archives/html/511/511BOMN511P08A1.htm>> (Page consultée le 10/05/08)
- ¹²⁶ Sandray S. Il n'y a pas une mais des populations migrantes... La santé de l'homme. 2002;357:29.
- ¹²⁷ Fabre C, Baudot V, Toulemonde S. Evaluation des PASS. Toulouse: GRES Médiation Santé; 2003 Oct. 60p.
- ¹²⁸ Sion S, Foucras P. L'accès aux soins des plus démunis. Contact Santé. 2007 Fév-Mar;221:16-7.
- ¹²⁹ Elghozi B. La demande, quelle demande, [en ligne]. Rhizome-Bulletin santé mentale et précarité. 2000;2:7. Disponible sur <<http://www.orspere.fr/-Rhizome->> (Page consultée le 10/05/08)
- ¹³⁰ Evaluation de la loi d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion, [en ligne]. Paris: ATD Quart Monde; 2002 Nov 15 . Disponible sur <<http://www.atd-quartmonde.org/Evaluation-de-la-loi-d-orientation,43.html>> (Page consultée le 10/05/08)
- ¹³¹ Ugeux B. A propos des rapports entre médecine, culture et religion. In : ISTR Toulouse. *Qu'est ce que "guérir"? A propos des dimensions culturelles et religieuses de la santé, Actes du colloque des 27 et 28 janvier 2001 organisé par l'ISTR de Toulouse*. Toulouse: Cahiers de l'ISTR; 2001:6.
- ¹³² Somerville P, Lawson J, Shardlow S, Steele A. Homeless People's Access to Medical, Care and Support Services : A Review of the Literature. (Housing Research Report HRR5/03).Cardiff: Welsh Assembly; 2003 Sep.
- ¹³³ Association des Professionnels des PASS de Rhône-Alpes (APPASSRA).Se connaître et échanger. Première rencontre régionale des professionnels des PASS, 5 février 2004, [en ligne]. Chambéry: DRASS Rhône Alpes; 2004. Disponible sur <rhone-alpes.sante.gouv.fr/sante/praps/acrobat/actes_rencontre_pass.pdf> (Page consultée le 10/05/08)
- ¹³⁴ Hélardot V. Exclusion, pauvreté, précarité...Approche sociohistorique de l'intégration sociale. La santé de l'homme. 2002;348:12-4.

VIII ANNEXES

Annexe I. Grille de lecture rétrospective.

A	IDENTIFICATION		
B		Date de la première consultation	
	Information non renseignée	1. CARACTERISTIQUES MEDICO-PSYCHO-SOCIALES	
		<i>a. Caractéristiques sociodémographiques</i>	
C	SEXE	Homme	0
		Femme	1
D		Date de naissance	
E	NATIONALITE	Afrique Noire	0
		Maghreb	1
		Europe de l'Est	2
		Asie	3
		Amérique	4
		France, UE	5
F	STATUT au moment de la 1 ^{ère} consultation	Etranger en situation irrégulière	0
		Etranger en situation régulière	1
		Français	2
G		Date d'arrivée en France	
		<i>b. Caractéristiques sociales</i>	
H	DOMICILIATION lors de la 1 ^{ère} consultation	Rue/squat	0
		Foyer logement/CHRS	1
		Chez un ami/compatriote	2
		Domicile personnel	3
I	Couverture sociale à la première consultation	aucune	0
		Pas de mutuelle	1
		complète	2
		<i>c. Caractéristiques psychologiques</i>	
J	Notion d'événement traumatique	non	0
		oui	1

		<i>d</i> Caractéristiques médicales				
K		PATHOLOGIES en cours lors de la première consultation	Aigües		non	0
					oui	1
L			Grossesse		non	0
					oui	1
M			Infectieuses		non	0
					oui	1
N			HTA, Diabète, cardiovasculaire		non	0
					oui	1
O			Cancer		non	0
					oui	1
P			Psychiatriques, addictives		non	0
					oui	1
Q			Pathologies neurologiques ou respiratoires		non	0
					oui	1
R		Appareil locomoteur		non	0	
				oui	1	
S		autres		non	0	
				oui	1	
2. PRISE EN CHARGE						
T		biologique		Non	0	
				Oui	1	
U		radiologique		Non	0	
				Oui	1	
V		hospitalisation		Non	0	
				Oui	1	
W		Consultation spécialisée		Non	0	
				oui	1	
X		Type de couverture sociale demandée		aucune		0
				AME		1
				CMU/CMUc		2
Y		Obtention des droits		non	0	
				oui	1	
Z		Date d'obtention des droits				
AA		Date de la dernière consultation				

Annexe II. Grille d'entretiens auprès des patients.

Entretiens patients

1- Pouvez-vous vous présenter ?

Comment avez-vous connu la PASS ?

Depuis combien de temps venez-vous à la PASS ?

2- Pour vous la PASS, qu'est-ce que c'est ?

A quoi sert la PASS ? Quel est son rôle ?

Quelle est sa place dans le système de soin français ?

Qu'est-ce que vous aimez à la PASS ?

Qu'est-ce que vous n'aimez pas à la PASS ?

Qui sont les médecins de la PASS ?

3- Vous avez reçu vos droits (CMU, AME), savez vous à quoi cela vous sert ?

Vous a-t-on expliqué ? (*médiateur santé, médecin de la PASS, assistante sociale*)

Connaissez-vous les différents lieux de soins en France ?

4- Y êtes-vous déjà allé ?

Comment cela s'est-il passé ?

Qu'est-ce qui vous plaît/déplaît dans ces autres lieux de soins ?

5- Dans votre pays, où alliez-vous vous faire soigner ?

Et ici, où allez vous en général pour votre santé ?

Quand la PASS est fermée, où allez-vous ?

Dans quel cas venez-vous à la PASS ? (*urgences, programmé, renouvellement d'ordonnance*)

Les personnes de votre entourage vont où pour leurs problèmes de santé ?

Pour des problèmes sociaux, où allez-vous ?

Votre santé passe-t-elle après d'autres problèmes prioritaires ?

6- Dans l'idéal, à l'avenir, où aimeriez-vous aller pour la prise en charge de votre santé ?
vous imaginez vous aller ailleurs qu'à la PASS ?

Annexe III Grille des entretiens auprès des professionnels.

Entretiens professionnels

- 1- Pourriez-vous me dire comment vous en êtes venu à travailler dans une structure telle que la PASS ?

- 2- Pour vous, quelles sont les différentes missions de la PASS ?
Les missions de la PASS vous semblent-elles remplies ?
La question de l'intégration dans le système de santé de droit commun a été soulevée, est-ce que cela vous parle, vous interpelle ? Que pensez-vous de l'orientation des patients venus à la PASS vers le système de santé de droit commun ?

- 3- D'après vous, quels sont les éléments favorisant ou limitant ce passage vers le droit commun ?
Quelles sont les choses que les patients trouvent ici et pas ailleurs ?
Comment les patients utilisent-ils le système de soins ? La PASS ?

- 4- Quels sont les critères, indicateurs vous permettant d'orienter les personnes vers le droit commun ? (*obtention des papiers, durée...*)

- 5- Comment orientez-vous les personnes vers le droit commun ? (*consultation d'orientation, liste de médecins généralistes, réseau, transmission écrite des infos*)

- 6- Face à quelles difficultés faites vous face ? (*vos propres résistances à les laisser partir, les problèmes extérieurs*).
Quelles relations avez-vous nouées avec vos patients ?

- 7- Quelles solutions d'après vous ?

Annexe IV. Grille évaluative

NOM	
Prénom	
Date du jour	

Origine géographique	
Temps de résidence en France	
Date d'obtention des droits	
Temps écoulé depuis l'obtention des droits	

ENVIRONNEMENT

Domicile	stable		
	précaire		
Environnement social	associatif, réseau	ABSENT	
		PRESENT	
	familial	ABSENT	
		PRESENT	
	amical	ABSENT	
		PRESENT	
Statut administratif	En situation régulière		
	En situation irrégulière		

CONNAISSANCES/ATTITUDES/PRATIQUES

Connaissance de ses droits	NON	
	OUI	
Connaissance des différents lieux de soins	NON	
	OUI	
Maîtrise de la langue française	NON	
	OUI	
Maîtrise de son agenda (se rend aux RDV donnés, prend lui même les RDV)	NON	
	OUI	
Gestion et place sa santé (comme une de ses priorités ?)	NON	
	OUI	
Médecin généraliste identifié en ville	NON	
	OUI	

PAILHES (Sophie) – De la PASS au système de santé de droit commun.-226 f, 4 ill., 11 tabl. Th. Méd. : Lyon 2008 ; n°

RESUMÉ :

Introduction : Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociales qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies au système de santé, en les accompagnant dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, avec pour objectif global la réinsertion dans le circuit de droit commun. Or, un tiers des patients de la PASS de l'Hôtel-Dieu à Lyon prolongent leur prise en charge alors qu'ils pourraient aller dans le système de santé de droit commun, ce qui interroge sur les causes de cette prolongation.

Matériels et Méthodes : Dans une première étude longitudinale de cohorte historique [1], nous avons cherché à déterminer les facteurs démographiques, sociaux et sanitaires expliquant la variable « retour au droit commun » chez les patients ayant consulté en 2006. Puis nous avons mené une étude qualitative [2] en réalisant des entretiens semi-dirigés auprès des patients et professionnels de la PASS, afin de préciser les mécanismes intervenant dans le cheminement de la PASS vers le système de santé de droit commun.

Résultats : Dans l'étude [1], les patients jeunes, d'origine africaine, ayant un domicile stable, et les femmes enceintes allaient plus facilement vers le système de santé de droit commun. Dans l'étude [2], nous avons identifié, en plus de l'importance de la relation médecin-patient, trois types de facteurs intervenant dans ce processus : des facteurs liés aux patients (culturels, sanitaires et environnementaux), ceux liés à la PASS (l'accueil, la compétence hospitalière et la peur de nuire des professionnels), et d'autres liés au système de santé (sa complexité, le manque de coordination des différents acteurs et les discriminations connues).

Discussion : Certains déterminants ayant été identifié, il est pertinent de proposer des actions sur ceux qui sont modifiables, afin d'améliorer l'accès et l'utilisation du système de santé par les personnes en situation de précarité. Il relève de la compétence des professionnels de la PASS d'évaluer chaque situation, d'accompagner individuellement les patients vers le droit commun, et de promouvoir, auprès des professionnels des deux secteurs sanitaire et social, la prise en charge de la précarité. D'autre part, il revient aux pouvoirs publics d'adapter le système de santé à cette population, en formalisant un réseau autour de la précarité et en menant des actions d'éducation pour la santé ciblée sur cette population.

MOTS CLÉS :

DROIT A LA SANTÉ
SANTÉ PUBLIQUE
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE
AIDE MÉDICALE
PAUVRETÉ
RELATION MÉDECIN-PATIENT

JURY :

Président : Monsieur le Professeur C. TREPO
Membres : Monsieur le Professeur J. M. ELCHARDUS
Monsieur le Professeur J. FABRY
Madame le Docteur I. SCHLIENGER
Monsieur le Docteur F. CHAPUIS
Madame E. LASSERRE, docteur en anthropologie

DATE DE SOUTENANCE : le 9 juin 2008

ADRESSE DE L'AUTEUR : 10 rue J.C. Vivant, 69100 Villeurbanne

-
- ¹ Wresinsky J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris; 1987.
- ² La progression de la santé en France et ses effets sur la santé: Haut comité de Santé Publique, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 1998.
- ³ Danet F, Brémond M, Robert D. Les Urgences. Questions au système de santé. *Etudes*. 2004/5;400:599-610.
- ⁴ Bouchet A. La médecine à Lyon des origines à nos jours. Lyon: Hevas; 1987.
- ⁵ Ménoret-Calles B. L'accès aux soins des plus démunis : Situations et perspectives en 1996. Paris: L'Harmattan; 1997.
- ⁶ Parizot I. Soigner les exclus. Paris: Presses Universitaires de France; 2003.
- ⁷ Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Etude en France métropolitaine et en Guyane. Paris: Université de Médecine Paris Sud; 2006.
- ⁸ Parizot I, Gaillac E, Sanquer R, Hosquet M-C, Simonet M, Jouan O, et al. Recours aux soins et suivi médical des personnes en situation de précarité sociale. Rennes: ENSP; 2007.
- ⁹ Guillou M. Demandeurs d'asile et réfugiés : deux siècles de refuge politique. *Immigrations : L'immigration en France au XX^{ème} siècle*. Paris: Hachette Littératures; 2007:p251-72.
- ⁸ Parizot I, Gaillac E, Sanquer R, Hosquet M-C, Simonet M, Jouan O, et al. Recours aux soins et suivi médical des personnes en situation de précarité sociale. Rennes: ENSP; 2007.
- ¹⁰ Ducloux M, Delga M-E, Montané F. Rôle du médecin face à la précarité: Conseil National de l'Ordre des médecins; 1999 5 juin.
- ¹¹ Georges C, Farge P. Evaluation Médico-sociale d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS). La consultation Verlaine à l'Hôpital Saint Louis. *La santé des migrants Etat des lieux et perspectives*. Paris: Migrations Santé; 2002.
- ¹² Parizot I, Chauvin P. Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. *Rev Epidém Santé Publique*. 2003;51:577-88.
- ¹³ Gregg E. La Précarité : un défi de santé publique. *Migrations santé*. 2001;107.
- ¹⁴ Beard F, Dessaint L. Soins, santé et précarité : une prise de conscience. *La santé de l'homme*. 2000;348:15-6.
- ¹⁵ de-La-Blanchardière A, Méouchy G, Brunel P, Olivier P. Étude prospective des caractéristiques médicosychosociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux soins de santé en 2002. *La revue de médecine interne*. 2004;25:264-70.
- ¹⁶ Luquel L, Halley-des-Fontaines V. Les consultations de précarité : nouvelles stratégies professionnelles. *Santé Publique*. 1997;3:329-40.
- ¹⁷ Direction-Générale-de-la-Santé. Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins.: Direction Générale de la Santé 2001.
- ¹⁸ Debionne F-P. La santé passe par la dignité. L'engagement d'un médecin. Paris: Les Editions de l'Atelier; 2000.
- ¹⁹ Lebas J. A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 1998.
- ²⁰ Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire. Guide pratique destiné aux professionnels. Le Kremlin-Bicêtre: LE COMEDE; 2005.

-
- ²¹ Lebas J. Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins. 1999.
- ¹³ Gregg E. La Précarité : un défi de santé publique. *Migrations santé*. 2001;107.
- ¹⁵ de-La-Blanchardière A, Méouchy G, Brunel P, Olivier P. Étude prospective des caractéristiques médicosychosociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux soins de santé en 2002. *La revue de médecine interne*. 2004;25:264-70.
- ²² Aubry M, Kouchner B. la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies. Direction des hopitaux, Direction générale de la santé, Direction de l'action sociale; 1998.
- ¹⁸ Debionne F-P. La santé passe par la dignité. L'engagement d'un médecin. Paris: Les Editions de l'Atelier; 2000.
- ²³ (DGS) MdlEedlSDGdls. Les permanences d'accès aux soins de santé. *Action PRAPS*. 2000;3:4-5.
- ²⁴ Desprès C. La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés. *Sciences Sociales et Santé*. 2005 Déc;23(4).
- ²¹ Lebas J. Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins. 1999.
- ²⁵ Loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. 1998.
- ²⁶ Décret du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique. 1998.
- ²⁷ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant sur la création d'une couverture maladie universelle. 1999.
- ²⁸ Forum-Refugiés. Fiches techniques. Forum Refugiés; 2006.
- ²⁸ Forum-Refugiés. Fiches techniques. Forum Refugiés; 2006.
- ²⁹ Organisation-Mondiale-de-la-Santé. Migrations internationales, santé et droits humains. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2003 Décembre 2003.
- ²⁸ Forum-Refugiés. Fiches techniques. Forum Refugiés; 2006.
- ³⁰ DHOS. Fiche de synthèse sur les études sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) menées par l'IGAS, l'ANAES, GRES médiation. *Etudes PASS*: DHOS; 2004.
- ³¹ Peljak D, Rama A. Les étrangers extra-communautaires à l'hôpital. *Droit, déontologie et soin*. 2006;6(4):553-62.
- ³² Croze A. L'Hôtel Dieu de Lyon 1935.
- ³³ Dagier E. Histoire chronologique du grand Hotel Dieu de Lyon. Lyon: Imprimerie Rusand; 1830.
- ³⁴ Croze A. Histoire du grand Hôtel-Dieu de Lyon des origines à l'année 1900. Lyon: M Audin et Cie; 1924.
- ³³ Dagier E. Histoire chronologique du grand Hotel Dieu de Lyon. Lyon: Imprimerie Rusand; 1830.
- ³⁵ Croze A, Gouachon A. Bibliographie sélective et histoire générale des Hospices Civils de Lyon. Lyon 1914.
- ³⁴ Croze A. Histoire du grand Hôtel-Dieu de Lyon des origines à l'année 1900. Lyon: M Audin et Cie; 1924.
- ³⁴ Croze A. Histoire du grand Hôtel-Dieu de Lyon des origines à l'année 1900. Lyon: M Audin et Cie; 1924.
- ³³ Dagier E. Histoire chronologique du grand Hotel Dieu de Lyon. Lyon: Imprimerie Rusand; 1830.
- ³⁴ Croze A. Histoire du grand Hôtel-Dieu de Lyon des origines à l'année 1900. Lyon: M Audin et Cie; 1924.
- ³² Croze A. L'Hôtel Dieu de Lyon 1935.
- ³⁴ Croze A. Histoire du grand Hôtel-Dieu de Lyon des origines à l'année 1900. Lyon: M Audin et Cie; 1924.
- ³⁴ Croze A. Histoire du grand Hôtel-Dieu de Lyon des origines à l'année 1900. Lyon: M Audin et Cie; 1924.

-
- ¹⁴ Beard F, Dessaint L. Soins, santé et précarité : une prise de conscience. *La santé de l'homme*. 2000;348:15-6.
- ³⁶ PRAPS. Diagnostic départemental. Lyon: DDASS Rhône Alpes, Société Régionale de Santé Publique Rhône Alpes; 1999 Déc.
- ³⁷ Schlienger I, Laplace N, David B. Regards sur le monde de l'exil...et la précarité. In: Cours-étudiants-PCEM1-Faculté-Laennec, ed. Lyon 2005.
- ³⁸ Bonnefoy S. Conditions de mise en place et organisation de la Permanence d'Accès aux Soins installée à l'Hôtel-Dieu. Hospices Civils de Lyon; 2000.
- ³⁹ APPASSRA. Collaborations, politiques sociales... où en est-on ? . *3ème rencontre régionale des PASS* 2006.
- ⁴⁰ Evaluation de la loi CMU. Rapport n°III. Paris: Fonds CMU; 2007.
- ⁴¹ Bounaud V. Agir sur les inégalités sociales de santé. *Vecteur Santé*. 2007 Fév;20.
- ⁴² Veil S. *Plan Santé Ville-Réseaux de santé proximité* 1995.
- ⁴³ Schlienger I. Parcours de soin à la PASS de l'Hôtel-Dieu. Lyon; 2006 Octobre.
- ⁴⁴ Lavoue E. Accès aux soins des personnes en situation précaire : la nécessité d'une prise en charge globale [Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique]. Rennes: ENSP Rennes; 2004.
- ⁴⁵ Peslin N, Pasquia V, Placais C. Evaluation d'une nouvelle offre de soins : la PASS du CHU de Nantes. *Santé publique*. 2001;13(4):349-57.
- ⁴⁶ Degueudre M, Gonzalez T, Jeanson F, Parthenopoulou E. Enquete européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière.; 2007 Juin.
- ⁴⁷ Fassin D. La santé en souffrance. *Les lois de l'inhospitalité : les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans papiers*. Paris: La découverte; 1997.
- ⁴⁸ Hirsch M. Au possible, nous sommes tenus. La nouvelle équation sociale 15 résolutions pour combattre la pauvreté des enfants. Paris: Commission Familles, vulnérabilité, pauvreté; 2005 Avr.
- ⁴⁹ Guimonneau T. L'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation précaire. *Echanges Santé Social*. 1998 Déc;92:32-6.
- ⁵⁰ Schlienger I. Permanence d'accès aux soins de santé. Hôtel-Dieu de Lyon. Rapport d'activité 2000-2002. Lyon: PASS Hôtel-Dieu; 2003.
- ³⁷ Schlienger I, Laplace N, David B. Regards sur le monde de l'exil...et la précarité. In: Cours-étudiants-PCEM1-Faculté-Laennec, ed. Lyon 2005.
- ⁴⁴ Lavoue E. Accès aux soins des personnes en situation précaire : la nécessité d'une prise en charge globale [Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique]. Rennes: ENSP Rennes; 2004.
- ⁴⁶ Degueudre M, Gonzalez T, Jeanson F, Parthenopoulou E. Enquete européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière.; 2007 Juin.
- ⁵¹ Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. 2005-2006. Paris; 2006.
- ⁵² Hassin J. Les démunis ont des droits, mais pas les moyens de les exercer! *Soins*. 2000 Nov;650:57.
- ⁵³ Clavel G. La société d'exclusion. Comprendre pour en sortir. Paris: L'Harmattan; 1998.
- ⁵⁴ Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V. Précarisation, risque et santé. Paris: INSERM; 2001.
- ⁵⁵ Futin M. Accès aux soins des populations défavorisées dans le département du Rhône [Thèse d'exercice]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 1995.

-
- ⁵⁶ Lesoeurs G, Pons L, Babany G. L'annonce transculturelle de la maladie. *Ateliers Roche Culture et Pratiques Soignantes*. Strasbourg: Téraèdre; 2006.
- ⁵⁷ Massé R. Culture et santé publique. Montréal: Gaëtan Morin; 1995.
- ⁵⁷ Massé R. Culture et santé publique. Montréal: Gaëtan Morin; 1995.
- ²⁹ Organisation-Mondiale-de-la-Santé. Migrations internationales, santé et droits humains. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2003 Décembre 2003.
- ²⁹ Organisation-Mondiale-de-la-Santé. Migrations internationales, santé et droits humains. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2003 Décembre 2003.
- ⁵⁸ Parizot I, Chauvin P. Quel accès aux soins pour les plus démunis? *Sciences Humaines*. 2005 Mar-Avr-Mai;48(HS):96-102.
- ⁵⁹ Nyer-Malbet A. Migration et conditions sanitaires. Paris: L'Harmattan; 1995.
- ⁶⁰ Chaix B, Chauvin P. Les déterminants contextuels et spatiaux des modes de recours aux soins. Paris: INSERM; 2004 Décembre.
- ⁵⁶ Lesoeurs G, Pons L, Babany G. L'annonce transculturelle de la maladie. *Ateliers Roche Culture et Pratiques Soignantes*. Strasbourg: Téraèdre; 2006.
- ⁶² Ledesert B, Chaouchi S, Casu C, Caussidier J. Etat de santé et accès aux soins des migrants en France. Montpellier: Observatoire Régional de la Santé Languedoc Roussillon; 2006 Jan.
- ⁵⁷ Massé R. Culture et santé publique. Montréal: Gaëtan Morin; 1995.
- ⁵⁷ Massé R. Culture et santé publique. Montréal: Gaëtan Morin; 1995.
- ⁵¹ Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. 2005-2006. Paris; 2006.
- ⁶³ Déclaration d'Amsterdam. Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle. *Hospitals in a Culturally Diverse Europe*. Amsterdam: Migrant Friendly Hospitals; 2004.
- ⁶⁴ Trinh-Duc A, de-la-Blanchardière A, Porcher R, Agard C, Rouillard B, Schlienger I. Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médicosociale des PASS. *Rev Med Interne*. 2005 Jan;26(1):13-9.
- ⁶⁵ COMEDE. Dossier : accès aux soins des étrangers, année zéro. *Maux d'exil*. 2007;18:1-8.
- ⁶⁶ Geeraert J-F. Dossier : accès aux soins des étrangers, année zéro. *Maux d'exil*. 2007.
- ²⁴ Desprès C. La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés. *Sciences Sociales et Santé*. 2005 Déc;23(4).
- ⁶³ Déclaration d'Amsterdam. Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle. *Hospitals in a Culturally Diverse Europe*. Amsterdam: Migrant Friendly Hospitals; 2004.
- ⁶⁷ Meeting the health needs of Homeless People. Brussels: FEANTSA; 2000.
- ²⁴ Desprès C. La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés. *Sciences Sociales et Santé*. 2005 Déc;23(4).
- ⁶⁸ Giroux F. Inégalités d'accès aux soins entre Français et Etrangers à partir de l'expérience des missions de France de Médecins du Monde. *La santé des migrants, Etat des lieux et perspectives, Actes du troisième colloque européen de Migrations Santé France*. Paris: Migrations Santé; 2002.
- ⁶⁹ Fahet G, Cayla F, Drouot N, Simonnot N, Tomasino A, Bresse S, et al. Rapport 2005 de l'observatoire d'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde. Paris: Médecin du Monde, ORS MIP; 2006 Août.

-
- ⁶³ Déclaration d'Amsterdam. Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle. *Hospitals in a Culturally Diverse Europe*. Amsterdam: Migrant Friendly Hospitals; 2004.
- ⁶² Ledesert B, Chaouchi S, Casu C, Caussidier J. Etat de santé et accès aux soins des migrants en France. Montpellier: Observatoire Régional de la Santé Languedoc Roussillon; 2006 Jan.
- ⁸ Parizot I, Gaillac E, Sanquer R, Hosquet M-C, Simonet M, Jouan O, et al. Recours aux soins et suivi médical des personnes en situation de précarité sociale. Rennes: ENSP; 2007.
- ⁶⁷ Meeting the health needs of Homeless People. Brussels: FEANTSA; 2000.
- ¹² Parizot I, Chauvin P. Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. *Rev Epidém Santé Publique*. 2003;51:577-88.
- ⁴⁷ Fassin D. La santé en souffrance. *Les lois de l'inhospitalité : les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans papiers*. Paris: La découverte; 1997.
- ⁵¹ Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. 2005-2006. Paris; 2006.
- ⁸ Parizot I, Gaillac E, Sanquer R, Hosquet M-C, Simonet M, Jouan O, et al. Recours aux soins et suivi médical des personnes en situation de précarité sociale. Rennes: ENSP; 2007.
- ¹⁰ Ducloux M, Delga M-E, Montané F. Rôle du médecin face à la précarité: Conseil National de l'Ordre des médecins; 1999 5 juin.
- ⁷¹ Desprès C, Naiditch M. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle complémentaire. Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne. Paris: Fonds CMU; 2006 Mai.
- ⁸ Parizot I, Gaillac E, Sanquer R, Hosquet M-C, Simonet M, Jouan O, et al. Recours aux soins et suivi médical des personnes en situation de précarité sociale. Rennes: ENSP; 2007.
- ⁴⁰ Evaluation de la loi CMU. Rapport n°III. Paris: Fonds CMU; 2007.
- ⁷⁴ Boisguérin B. État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003. *Etudes et Résultats*. 2004 Mar;294.
- ²⁴ Desprès C. La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés. *Sciences Sociales et Santé*. 2005 Déc;23(4).
- ²¹ Lebas J. Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins. 1999.
- ³⁶ PRAPS. Diagnostic départemental. Lyon: DDASS Rhône Alpes, Société Régionale de Santé Publique Rhône Alpes; 1999 Déc.
- ⁷⁵ Guilloux K, Guimonneau T. Pratiques en santé précarité : la santé publique à l'épreuve du terrain. Repères à l'usage des professionnels de terrain et des services déconcentrés de l'Etat. Paris: SICOM; 1997.
- ⁵⁵ Futin M. Accès aux soins des populations défavorisées dans le département du Rhône [Thèse d'exercice]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 1995.
- ⁷⁶ Millot T. Précarité et prévention en médecine générale : évaluation de la prise en charge des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle. [Thèse d'exercice]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 2005.
- ⁵⁴ Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V. Précarisation, risque et santé. Paris: INSERM; 2001.
- ⁷⁷ Abramovici D. Santé et précarité. Les attentes des professionnels [Mémoire DIU Ethique et pratiques médicales]. Paris: Université René Descartes-Paris V; 2000.

-
- ⁷⁸ Gotman A, Assier-Andrieu L. Immigration et accès aux droits sociaux : enquête sur les logiques discriminatoires dans la mise en œuvre de la CMU [Rapport de fin de recherche]. Montpellier: Université Montpellier 1; 2004.
- ⁵⁵ Futin M. Accès aux soins des populations défavorisées dans le département du Rhône [Thèse d'exercice]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 1995.
- ⁷⁹ Brezovsek A. L'accès aux soins des immigrés illégaux à Lyon : description, analyse et recommandations. *Migrations santé*. 2001;29-56.
- ⁴⁵ Peslin N, Pasquia V, Placais C. Evaluation d'une nouvelle offre de soins : la PASS du CHU de Nantes. *Santé publique*. 2001;13(4):349-57.
- ¹² Parizot I, Chauvin P. Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. *Rev Epidém Santé Publique*. 2003;51:577-88.
- ⁸³ Ferreira J. Soigner les mal-soignés. Ethnologie d'un Centre de soins gratuits. Paris: L'Harmattan; 2004.
- ⁷³ Agin I. Problèmes et besoins de santé des personnes en situation de précarité, PASS du CHIC [Thèse d'exercice]. Créteil: Université Paris Val-de-Marne; 2005.
- ⁸⁵ Parizot I, Chauvin P, Firdion J-M, Paugam S. Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones Urbaines Sensibles d'Ile-de-France Paris: INED, INSERM, ONPES; 2003 Juin.
- ⁸ Parizot I, Gaillac E, Sanquer R, Hosquet M-C, Simonet M, Jouan O, et al. Recours aux soins et suivi médical des personnes en situation de précarité sociale. Rennes: ENSP; 2007.
- ¹² Parizot I, Chauvin P. Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. *Rev Epidém Santé Publique*. 2003;51:577-88.
- ⁸⁷ Billy-Rouis D. Santé, précarité et exclusion. Lyon 2003.
- ⁸⁸ La-Rosa E. Santé, précarité et exclusion. Paris: PUF; 1998.
- ⁸⁷ Billy-Rouis D. Santé, précarité et exclusion. Lyon 2003.
- ⁷⁷ Abramovici D. Santé et précarité. Les attentes des professionnels [Mémoire DIU Ethique et pratiques médicales]. Paris: Université René Descartes-Paris V; 2000.
- ⁶² Ledesert B, Chaouchi S, Casu C, Caussidier J. Etat de santé et accès aux soins des migrants en France. Montpellier: Observatoire Régional de la Santé Languedoc Roussillon; 2006 Jan.
- ⁸⁷ Billy-Rouis D. Santé, précarité et exclusion. Lyon 2003.
- ⁴⁴ Lavoue E. Accès aux soins des personnes en situation précaire : la nécessité d'une prise en charge globale [Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique]. Rennes: ENSP Rennes; 2004.
- ⁵⁶ Lesoeurs G, Pons L, Babany G. L'annonce transculturelle de la maladie. *Ateliers Roche Culture et Pratiques Soignantes*. Strasbourg: Téraèdre; 2006.
- ⁵⁷ Massé R. Culture et santé publique. Montréal: Gaëtan Morin; 1995.
- ⁵⁷ Massé R. Culture et santé publique. Montréal: Gaëtan Morin; 1995.
- ⁴⁷ Fassin D. La santé en souffrance. *Les lois de l'inhospitalité : les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans papiers*. Paris: La découverte; 1997.
- ⁴⁷ Fassin D. La santé en souffrance. *Les lois de l'inhospitalité : les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans papiers*. Paris: La découverte; 1997.

-
- ²⁴ Desprès C. La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés. *Sciences Sociales et Santé*. 2005 Déc;23(4).
- ¹⁰³ Hoerni B. L'autonomie en médecine. Nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes. Paris: Editions Payot; 1991.
- ¹⁰³ Hoerni B. L'autonomie en médecine. Nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes. Paris: Editions Payot; 1991.
- ¹⁰⁴ Moley-Massol I. Relation médecin-malade. Enjeux, pièges et opportunités. Situations pratiques. Courbevoie: DaTeBe éditions; 2007.
- ¹⁰⁵ Lebreton J-M. Réflexion philosophique sur la relation soignant/soigné 2007.
- ¹⁰⁶ Ferrant A. Logiques de survie et auto-organisation. *Souffrance psychique, contexte social et exclusion*. Bron: ORSPERE; 1997.
- ¹⁰⁴ Moley-Massol I. Relation médecin-malade. Enjeux, pièges et opportunités. Situations pratiques. Courbevoie: DaTeBe éditions; 2007.
- ¹⁰³ Hoerni B. L'autonomie en médecine. Nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes. Paris: Editions Payot; 1991.
- ¹⁰⁷ Lemaire P. Développement de la personnalité. 1999-2000.
- ¹⁰⁸ Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. *Une Conférence internationale pour la promotion de la santé Vers une nouvelle santé publique*. Ottawa(CAN): Organisation Mondiale de la Santé; 1986.
- ⁸⁷ Billy-Rouis D. Santé, précarité et exclusion. Lyon 2003.
- ²⁴ Desprès C. La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés. *Sciences Sociales et Santé*. 2005 Déc;23(4).
- ¹⁰⁹ Drouin C, Duval M. La promotion de la santé : une observation sociale auprès des personnes en précarité. Angers: Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion sociale Pays de la Loire; 2002 mai.
- ⁵⁷ Massé R. Culture et santé publique. Montréal: Gaëtan Morin; 1995.
- ¹¹⁰ 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 Univesitaire de Saint Etienne en collaboration avec la Caisse Primaire Assurance Maladie en 2005. Saint Etienne: PASS Saint Etienne; 2006.
- ¹¹¹ Chauvin P, Moutagne Ad, Lebas J. Précarités, maladies et soins médicaux : trois dynamiques, une unique trajectoire de vie. *Med Mal Infect*. 2000;30 suppl 3:205-14.
- ¹¹² Zinck M-C. Accompagner : un acte clair-obscur. *Accompagner vers la santé*. Lyon: CRAES-CRISP; 2001.
- ¹¹² Zinck M-C. Accompagner : un acte clair-obscur. *Accompagner vers la santé*. Lyon: CRAES-CRISP; 2001.
- ¹¹¹ Chauvin P, Moutagne Ad, Lebas J. Précarités, maladies et soins médicaux : trois dynamiques, une unique trajectoire de vie. *Med Mal Infect*. 2000;30 suppl 3:205-14.
- ¹¹³ Casadevall M. Médecine et précarité . A propos de la consultation de médecine générale de l'Hôtel-Dieu à Paris [Thèse d'exercice]. Paris: Université René Descartes Paris V; 2007.
- ¹¹⁴ Fabre C. Le recours aux urgences hospitalières : un mode d'accès aux soins spécifique des populations défavorisées. *Prevenir*. 1995;28:129-35.
- ¹² Parizot I, Chauvin P. Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. *Rev Epidém Santé Publique*. 2003;51:577-88.

-
- ¹² Parizot I, Chauvin P. Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. *Rev Epidém Santé Publique*. 2003;51:577-88.
- ¹² Parizot I, Chauvin P. Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. *Rev Epidém Santé Publique*. 2003;51:577-88.
- ¹¹⁵ Broqua, Loux. Soins et lien social. *Anthropologie et société*. 1999;23(2).
- ¹¹⁶ Chauvin P, Lebas J. La problématique précarité et santé, un symptôme des dysfonctionnements de notre système de santé. *Précarité et santé*. Paris: Flammarion; 1998:3-22.
- ⁸ Parizot I, Gaillac E, Sanquer R, Hosquet M-C, Simonet M, Jouan O, et al. Recours aux soins et suivi médical des personnes en situation de précarité sociale. Rennes: ENSP; 2007.
- ¹¹⁷ Gillet M. Violence, agressivité et réparation dans la relation d'aide en situation de précarité. *Souffrance psychique, contexte social et exclusion*. Bron: ORSPERE; 1997.
- ¹⁰⁵ Lebreton J-M. Réflexion philosophique sur la relation soignant/soigné 2007.
- ¹¹⁸ Bardey D. Demande induite et réglementation de médecins altruistes. *Revue économique*. 2002 mai;53(3):581-88.
- ⁸⁷ Billy-Rouis D. Santé, précarité et exclusion. Lyon 2003.
- ¹¹⁹ Fassin D. Un rapport en santé publique : Les discriminations dans l'accès aux soins. *Le journal de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale*. 2002 Sept-Oct.
- ¹²⁰ Maisondieu J. La fabrique des exclus. Paris: Bayard Editions; 1997.
- ⁸⁷ Billy-Rouis D. Santé, précarité et exclusion. Lyon 2003.
- ²⁹ Organisation-Mondiale-de-la-Santé. Migrations internationales, santé et droits humains. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2003 Décembre 2003.
- ⁶⁸ Giroux F. Inégalités d'accès aux soins entre Français et Etrangers à partir de l'expérience des missions de France de Médecins du Monde. *La santé des migrants, Etat des lieux et perspectives, Actes du troisième colloque européen de Migrations Santé France*. Paris: Migrations Santé; 2002.
- ¹²¹ Lombrail P. A propos des liens entre santé et migrations. *Sciences Sociales et Santé*. 1999;17:34-44.
- ⁶⁷ Meeting the health needs of Homeless People. Brussels: FEANTSA; 2000.
- ¹⁹ Lebas J. A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 1998.
- ¹²² Andersen R, Newman J. Societal and individual determinant of medical care utilization in the US. *Milbank Memorial Fund Quartely*. 1973;51:95-124.
- ⁴⁴ Lavoue E. Accès aux soins des personnes en situation précaire : la nécessité d'une prise en charge globale [Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique]. Rennes: ENSP Rennes; 2004.
- ¹²³ Rivollier E. Permanences d'accès aux soins de santé : une passerelle vers les personnes précarisées. *La santé de l'homme*. 2006 Mar-Avr;382:24-5.
- ¹²⁴ Weckel M. Sans papiers. Illkirch: Le Verger Editeurs, Editions Oberlin; 2006.
- ¹¹² Zinck M-C. Accompagner : un acte clair-obscur. *Accompagner vers la santé*. Lyon: CRAES-CRISP; 2001.
- ¹²⁵ Lamoureux P. L'approche participative dans un projet de santé. *La santé de l'homme*. 2006 Mar-Avr;382:12.
- ¹²⁶ Veisse A, Maille D. Des difficultés des exilés à accéder au système de santé en Ile-de-France. Les demandeurs d'asile et la CMU - Comment intégrer le système de santé ? 2000.

-
- ¹¹⁶ Chauvin P, Lebas J. La problématique précarité et santé, un symptôme des dysfonctionnements de notre système de santé. *Précarité et santé*. Paris: Flammarion; 1998:3-22.
- ¹¹¹ Chauvin P, Montaigne Ad, Lebas J. Précarités, maladies et soins médicaux : trois dynamiques, une unique trajectoire de vie. *Med Mal Infect*. 2000;30 suppl 3:205-14.
- ¹²⁷ Boisguérin B, Gissot C. L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU : Résultats d'une enquête réalisée en novembre 2000. *Etudes et Résultats*. 2002;152(01):1-8.
- ¹⁰³ Hoerni B. L'autonomie en médecine. Nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes. Paris: Editions Payot; 1991.
- ¹²⁸ Chabrol A. Le médecin face à la précarité. *Le bulletin de l'Ordre des Médecins*. 2005 Déc;10.
- ¹¹⁰ 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 Univesitaire de Saint Etienne en collaboration avec la Caisse Primaire Assurance Maladie en 2005. Saint Etienne: PASS Saint Etienne; 2006.
- ¹²³ Rivollier E. Permanences d'accès aux soins de santé : une passerelle vers les personnes précarisées. *La santé de l'homme*. 2006 Mar-Avr;382:24-5.
- ⁴⁴ Lavoue E. Accès aux soins des personnes en situation précaire : la nécessité d'une prise en charge globale [Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique]. Rennes: ENSP Rennes; 2004.
- ³⁷ Schlienger I, Laplace N, David B. Regards sur le monde de l'exil...et la précarité. In: *Cours-étudiants-PCEM1-Faculté-Laennec*, ed. Lyon 2005.
- ⁴⁹ Guimonneau T. L'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation précaire. *Echanges Santé Social*. 1998 Déc;92:32-6.
- ²¹ Lebas J. Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins. 1999.
- ¹²⁹ Sandray S. Il n'y a pas une mais des populations migrantes... *La santé de l'homme*. 2002;357:29.
- ⁷² Fabre C, Baudot V, Toulemonde S. Evaluation des PASS. Toulouse: GRES Médiation Santé; 2003 Oct.
- ³⁰ DHOS. Fiche de synthèse sur les études sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) menées par l'IGAS, l'ANAES, GRES médiation. *Etudes PASS*: DHOS; 2004.
- ¹⁸ Debionne F-P. La santé passe par la dignité. L'engagement d'un médecin. Paris: Les Editions de l'Atelier; 2000.
- ¹⁰ Ducloux M, Delga M-E, Montané F. Rôle du médecin face à la précarité: Conseil National de l'Ordre des médecins; 1999 5 juin.
- ¹⁰⁹ Drouin C, Duval M. La promotion de la santé : une observation sociale auprès des personnes en précarité. Angers: Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion sociale Pays de la Loire; 2002 mai.
- ¹³⁰ Sion S, Foucras P. L'accès aux soins des plus démunis. *Contact Santé*. 2007 Fév-Mar;221:16-7.
- ¹³¹ Elghozi B. La demande, quelle demande. *Rhizome-Bulletin national santé et précarité*. 2000;2.
- ⁶³ Déclaration d'Amsterdam. Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle. *Hospitals in a Culturally Diverse Europe*. Amsterdam: Migrant Friendly Hospitals; 2004.
- ¹³² Evaluation de la loi d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion. Paris: ATD Quart Monde; 2002 Nov 15 .
- ¹⁸ Debionne F-P. La santé passe par la dignité. L'engagement d'un médecin. Paris: Les Editions de l'Atelier; 2000.

-
- ¹³³ Ugeux B. A propos des rapports entre médecine, culture et religion. *Qu'est ce que "guérir"? A propos des dimensions culturelles et religieuses de la santé Actes du colloque des 27 et 28 janvier 2001 organisé par l'ISTR de Toulouse*. Toulouse: ISTR; 2001.
- ¹⁹ Lebas J. A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 1998.
- ¹⁰ Ducloux M, Delga M-E, Montané F. Rôle du médecin face à la précarité: Conseil National de l'Ordre des médecins; 1999 5 juin.
- ¹³⁴ Somerville P, Lawson J, Shardlow S, Steele A. Homeless People's Access to Medical, Care and Support Services : A Review of the Literature. Salford: University of Salford, Welsh Government; 2003 Sep.
- ⁴⁸ Hirsch M. Au possible, nous sommes tenus. La nouvelle équation sociale 15 résolutions pour combattre la pauvreté des enfants. Paris: Commission Familles, vulnérabilité, pauvreté; 2005 Avr.
- ²⁸ Forum-Refugiés. Fiches techniques. Forum Refugiés; 2006.
- ⁹ Guillou M. Demandeurs d'asile et réfugiés : deux siècles de refuge politique. *Immigrances : L'immigration en France au XX^{ème} siècle*. Paris: Hachette Littératures; 2007:p251-72.
- ¹³⁵ Se connaître et échanger. *Première rencontre régionale des professionnels des PASS*. Chambéry: DRASS Rhone Alpes; 2004.
- ²⁹ Organisation-Mondiale-de-la-Santé. Migrations internationales, santé et droits humains. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2003 Décembre 2003.
- ¹³⁶ Hélarlot V. Exclusion, pauvreté, précarité...Approche sociohistorique de l'intégration sociale. La santé de l'homme. 2002;348:12-4.
- ¹²⁰ Maisondieu J. La fabrique des exclus. Paris: Bayard Editions; 1997.
- ¹³⁶ Hélarlot V. Exclusion, pauvreté, précarité...Approche sociohistorique de l'intégration sociale. La santé de l'homme. 2002;348:12-4.