HAL
open science

Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry : évaluation du retour au droit commun

Thomas Collin

To cite this version:

Thomas Collin. Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry : évaluation du retour au droit commun. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00620694

HAL Id: dumas-00620694

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620694v1

Submitted on 17 May 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2011 N°

LE PARCOURS DE SOINS DES CONSULTANTS DE LA PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DE CHAMBÉRY

- ÉVALUATION DU RETOUR AU DROIT COMMUN -

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Thomas COLLIN
Né le16 novembre 1978 à Nancy

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE*

Le 10 mars 2011

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : M. le Professeur Luc BARRET

Membres: M. le Professeur Thierry BOUGEROL

M. le Professeur Patrick IMBERT

M. le Docteur Bruno DE GOËR (directeur de thèse)

La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

PU-PH 01/09/2009

NOM	PRENOM	ADRESSE
ALBALADEJO	Pierre	CLINIQUE D'ANESTHESIE POLE 2 ANESTHESIE - REANIMATIONS
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE POLE 6 DIGIDUNE
BACONNIER	Pierre	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE - PAVILLON D POLE 17 SANTE PUBLIQUE
BAGUET	Jean-Philippe	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE POLE 5 CANCEROLOGIE
BARRET	Luc	CLINIQUE MEDECINE LEGALE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
BAUDAIN	Philippe	CLINIQUE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE POLE 13 IMAGERIE
BEANI	Jean-Claude	CLINIQUE DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE-PHOTOBIOLOGIE & ALLERGOLOGIE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
BENHAMOU	Pierre Yves	CLINIQUE ENDOCRINO DIABETO NUTRITION EDUCATION THERAPEUTIQUE/ DIABETOLOGIE – POLE 6 DIGIDUNE
BERGER	François	ONCOLOGIE MEDICALE POLE 5 CANCEROLOGIE
BLIN	Dominique	CLINIQUE CHIRURGIE CARDIAQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
BOLLA	Michel	CENTRE COORD. CANCEROLOGIE POLE 5 CANCEROLOGIE
BONAZ	Bruno	CLINIQUE HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
BOSSON	Jean-Luc	DPT DE METHODOLOGIE DE L'INFORMATION DE SANTE POLE 17 SANTE PUBLIQUE
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE D'ADULTES – PAVILLON D.VILLARS POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
BRAMBILLA	Elisabeth	DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE
BRAMBILLA	Christian	CLINIQUE DE PNEUMOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÜE ET COMMUNAUTAIRE
BRICHON	Pierre-Yves	CLINIQUE DE CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
BRIX	Muriel	CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE POLE 3 TETE & COU & CHIR .REPARATRICE
CAHN	Jean-Yves	CANCEROLOGIE POLE 5 CANCEROLOGIE
CARPENTIER	Patrick	CLINIQUE MEDECINE VASCULAIRE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
CARPENTIER	Françoise	CLINIQUE URGENCE POLE 1 SAMU SMUR
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE – BATIMENT J. ROGET FAC MEDECINE POLE 14 BIOLOGIE
CHABARDES	Stephan	CLINIQUE DE NEUROCHIRURGIE
CHABRE	Olivier	CLINIQUE ENDOCRINO DIABETO NUTRITION EDUCATION THERAPEUTIQUE/ DIABETOLOGIE – POLE 6 DIGIDUNE
CHAFFANJON	Philippe	CLINIQUE CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE
CHAVANON	Olivier	CLINIQUE DE CHIRURGIE CARDIAQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
CHIQUET	Christophe	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
CHIROSSEL	Jean-Paul	ANATOMIE – FACULTE DE MEDECINE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
CINQUIN	Philippe	DPT D'INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES POLE 17 SANTE PUBLIQUE
COHEN	Olivier	DELEGATION – HC FORUM (création entreprise) – rémunération universitaire conservée

COUTURIER	Pascal	CLINIQUE MEDECINE GERIATRIQUE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
CRACOWSKI	Jean-Luc	LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE
DE GAUDEMARIS	Régis	DPT MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL POLE 17 SANTE PUBLIQUE
DEBILLON	Thierry	CLINIQUE REA. & MEDECINE NEONATALE POLE 9 COUPLE / ENFANT
DEMONGEOT	Jacques	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE POLE 17 SANTE PUBLIQUE
DESCOTES	Jean-Luc	CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
DYON	J.François	
ESTEVE	François	Dir. Equipe 6 U836 – ID 17 / ESRF Grenoble Institut des Neurosciences
FAGRET	Daniel	CLINIQUE DE MEDECINE NUCLEAIRE POLE 13 IMAGERIE
FAUCHERON	Jean-Luc	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE POLE 6 DIGIDUNE
FAVROT	Marie Christine	DPT DE BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
FERRETTI	Gilbert	CLINIQUE RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE POLE 13 IMAGERIE
FEUERSTEIN	Claude	GIN
FONTAINE	Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGÜE & COMMUNAUTAIRE
FRANCO	Alain	CLINIQUE VIEILLISSEMENT ET HANDICAP POLE 7 MED. AIGÜE & COMMUNAUTAIRE
FRANCOIS	Patrice	DPT DE VEILLE SANITAIRE POLE 17 SANTE PUBLIQUE
GARNIER	Philippe	
GAUDIN	Philippe	CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR GERIATRIE CHISSE
GAY	Emmanuel	CLINIQUE NEUROCHIRURGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
GIRARDET	Pierre	
GUIDICELLI	Henri	
HALIMI	Serge	CLINIQUE ENDOCRINO – DIABETO – NUTRITION POLE 6 DIGIDUNE
HOMMEL	Marc	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
JOUK	Pierre-Simon	DEPARTEMENT GENETIQUE ET PROCREATION POLE 9 COUPLE / ENFANT
JUVIN	Robert	CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE – HOPITAL SUD POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE
KAHANE	Philippe	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
KRACK	Paul	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
KRAINIK	Alexandre	CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM POLE 13 IMAGERIE
LANTUEJOUL	Sylvie	DEPARTEMENT D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE
LE BAS	Jean-François	CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM POLE 13 IMAGERIE
LEBEAU	Jacques	CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
LECCIA	Marie-Therese	CLINIQUE DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE-PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE POLE 8 PLURYDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
LEROUX	Dominique	DEPARTEMENT BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE
LEROY	Vincent	CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
LETOUBLON	Christian	CLINIQUE CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE

		POLE 6 DIGIDUNE
LEVERVE	Xavier	LABORATOIRE THERAPEUTIQUE - UFR BIOLOGIE BAT 72 UJF - BP 53X
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
LUNARDI	Joêl	BIOCHIMIE ADN POLE 9 COUPLE / ENFANT
MACHECOURT	Jacques	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
MAGNE	Jean-Luc	CLINIQE CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE POLE 4 CARDIO VASC & THORACIQUE
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP / DPT DE BIOLOGIE INTEGREE POLE 14 BIOLOGIE – J.ROGET 4e ETAGE
MALLION	J. Michel	
MASSOT	Christian	CLINIQUE MEDECINE INTERNE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
MAURIN	Max	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
MERLOZ	Philippe	CLINIQUE CHIR. ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
MORAND	Patrice	DPT DES AGENTS INFECTIEUX / VIROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
MOREL	Françoise	
MORO-SIBILOT	Denis	
MOUSSEAU	Mireille	ONCOLOGIE MEDICALE POLE 5 CANCEROLOGIE
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTIVE ET ESTHETIQUE
PASQUIER	Basile	
PASSAGIA	Jean-Guy	ANATOMIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	CLINIQUE REANIMATION POLE 2 ANESTHESIE-REANIMATION
PELLOUX	Hervé	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
PEPIN	Jean-Louis	CLINIQUE PHYSIOLOGIE SOMMEIL & EXERCICE POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERENNOU	Dominique	SERVICE DE REEDUCATION POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERNOD	Gilles	CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
PIOLAT	Christian	CLINIQUE DE CHIRURGIE INFANTILE
PISON	Christophe	CLINIQUE PNEUMOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÜE & COMMUNAUTAIRE
PLANTAZ	Dominique	CLINIQUE MEDICALE PEDIATRIQUE POLE 9 COUPLE / ENFANT
POLACK	Benoît	DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
PONS	Jean-Claude	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE / ENFANT
RAMBEAUD	J Jacques	CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
REYT	Emile	CLINIQUE O.R.L POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
ROMANET	J.Paul	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
SARAGAGLIA	Dominique	CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE HOPITAL SUD
SCHAAL	Jean-Patrick	CLINIQUE UNIVERSIATIRE GYNECOLOGIE ONSTETRIQUE POLE 9 COUPLE / ENFANT
SCHMERBER	Sebastien	CLINIQUE O.R.L POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE

SEIGNEURIN	Daniel	DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE
SEIGNEURIN	Jean-Marie	DPT AGENTS INFECTIEUX POLE 14 BIOLOGIE
SELE	Bernard	DPT GENETIQUE & PROCREATION POLE 9 COUPLE / ENFANT
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
SOTTO	Jean-Jacques	
STAHL	Jean-Paul	CLINIQUE INFECTIOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÜE & COMMUNAUTAIRE
TIMSIT	Jean-François	CLINIQUE REANIMATION MEDICALE POLE 7 MED. AIGÜE & COMMUNAUTAIRE
TONETTI	Jérôme	CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE
TOUSSAINT	Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE POLE 14 BIOLOGIE
VANZETTO	Gérald	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
ZAOUI	Philippe	CLINIQUE NEPHROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
ZARSKI	Jean-Pierre	CLINIQUE HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE

BOLLA	Michel	Du 13/06/09 au 31/08/2012
DYON	J.François	(surnombre)
GARNIER	Philippe	(surnombre)
GIRARDET	Pierre	(surnombre)
GUIDICELLI	Henri	(surnombre)
MALLION	J. Michel	(surnombre)
MOREL	Françoise	Surnombre depuis le 08/08/2008→31/08/2011
PASQUIER	Basile	(surnombre)
SEIGNEURIN	J. Marie	Du 11/02/2009 au 31/12/2012
SOTTO	J. Jacques	(surnombre)

MCU-PH 01/09/2009

BOTTARI	Serge	Département de Biologie Intégrée Pôle 14 Biologie
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule Pôle 14 Biologie
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	Département des agents infectieux – Parasitologie – Mycologie Pôle 14 Biologie
BRICAULT	Ivan	Clinique de radiologie et imagerie médicale Pôle 13 Imagerie
BRIOT	Raphaël	Pôle Urgence SAMU
CALLANAN-WILSON	Mary	Génétique IAB
CARAVEL	Jean-Pierre	Clinique de médecine nucléaire Pôle 13 Imagerie
CRACOWSKI	Jean-Luc	Laboratoire de Pharmacologie
CROIZE	Jacques	Département des agents infectieux – Microbiovigilance Pôle 14 Biologie
DEMATTEIS	Maurice	Clinique de physiologie – sommeil et exercice Pôle 12 Rééducation et physiologie
DERANSART	Colin	GIN – BATIMENT E. SAFRA Equipe 9
DETANTE	Olivier	Clinique de Neurologie
DROUET	Christian	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule – Centre angiodème Pôle 14 Biologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie – BATIMENT J. ROGET
EYSSERIC	Hélène	Clinique de Médecine Légale Pôle 8 Pluridisciplinaire de Médecine
FAURE	Anne-Karen	Biologie de la Procréation / CECOS – Département Génétique de Procréation Pôle 9 Couple / Enfant
FAURE	Julien	Département Génétique et Procréation Pôle 9 Couple / Enfant
GARBAN	Frédéric	Unité Clinique Thérapie Cellulaire Pôle 5 Cancérologie
GAVAZZI	Gaëtan	Clinique Médecine Interne Gériatrique Pôle 8 Pluridisciplinaire de Médecine
GRAND	Sylvie	Clinique de Radiologie et Imagerie Médicale Pôle 13 Imagerie
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie de la Procréation / CECOS – Département Génétique et Procréation Pôle 9 Couple / Enfant
HOFFMAN	Pascale	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique Pôle 9 Couple / Enfant
JACQUOT	Claude	Clinique d'Anesthésie Pôle 2 Anesthésie – Réanimation
LABARERE	José	Département de Veille Sanitaire Pôle 17 Santé Publique
LAPORTE	François	Département de Biologie Intégrée Pôle 14 Biologie
LARDY	Bernard	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule – Laboratoire d'enzymologie Pôle 14 Biologie
LARRAT	Sylvie	Département des agents infectieux Pôle 14 Biologie

LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Clinique de Physiologie sommeil et exercice – Lab. Explor. Fonct. CardioRespiratoires Pôle 12 Rééducation et Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Unité d'Hygiène Hospitalière - Pavillon E
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Département d'Innovations Technologiques Pôle 17 Santé Publique
MOUCHET	Patrick	Clinique de Physiologie sommeil et exercice – Lab. Explor. Fonct. Cardiorespiratories Pôle 12 Rééducation et Physiologie
PACLET	Marie-Hélène	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule – Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14 Biologie
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie Pôle 3 Tête et Cou et Chirurgie Réparatrice
PASQUIER	Dominique	Département d'Anatomie et Cytologie Pathologiques Pôle 13 Biologie
PELLETIER	Laurent	Centre d'Innovations Biologiques
PAYSANT	François	Clinique de Médecine Légale Pôle 8 Pluridisciplinaire de Médecine
RAY	Pierre	Biologie de la Reproduction - Département Génétique et Procréation Pôle 9 Couple / Enfant
RENVERSEZ	J. Charles	Département de biologie Intégrée - Biochimie et Biologie Moléculaire Pôle 14 Biologie
RIALLE	Vincent	Laboratoire TIMC LA TRONCHE
SATRE	Véronique	Génétique Chromosomique - Département Génétique et Procréation Pôle 9 Couple / Enfant
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire Pharmacologie
STASIA	Marie-Josée	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule Pôle 14 Biologie
TAMISIER	Renaud	Clinique de Physiologie sommeil et exercice – Lab. Explor. Fonct. Cardiorespiratoires Pôle 12 Rééducation et Physiologier
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicale Pôle 17 Santé Publique

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Luc BARRET,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse,

Soyez assuré de notre profond respect.

À Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter d'être membre de notre jury,

Recevez notre plus grande considération.

À Monsieur le Professeur Patrick IMBERT,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail,

Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Bruno DE GOËR,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail,

Notre profonde reconnaissance pour la liberté et la confiance que vous m'avez accordées.

Votre exigence pour une médecine accessible et de qualité est pour nous un modèle.

À ma femme Aminata, mon présent, mon futur et plus encore,
À mes enfants Aliyah et Stanislas, c'est un "bonheur d'amour" de vous voir jouer, vivre et grandir.

À toute ma famille,
À mon grand-père "mon papy", vivre à tes côtés m'a peut-être plus appris sur les maladies et la subjectivité que certaines années universitaires,
À mes parents du Mali,

À mes amis - ici et ailleurs, à défaut d'une liste exhaustive je m'en abstiens, ceux parmi vous qui liront ces lignes sauront à coup sûr se reconnaître.

À tous ceux qui, de près ou de loin, ont participé à ce travail.
D'abord à toutes les personnes rencontrées au cours des entretiens, qui ont pris de leur temps pour me livrer leurs expériences, qui m'ont apporté leur confiance pour me confier leurs histoires et leur pudeur, mes reconnaissants remerciements.
Aux intervenants sociaux à l'Accueil de jour, au Chu et au Grand Froid, à Ouranos, à Planaise, au Cada d'Albertville, aux responsables de la Sasson, du Secours catholique, aux responsables de la CPAM. À R. Rehalia, P. Ancel, M. Solo et A. Cossery, F. Köhler, S. Barrier, B. Salle, E. Reveyaz, E. Dabadie, A. Tissot, S. Pailhes, R. Depardon, F. Terraz, S. Pays, R. Kossonogow, V. Bourgin, R. Salahidine, S. Gros et M. Delaunay, et tous ceux que j'oublie.
Plus amicalement, à Etienne (intra-muros/extra-muros), Cédric (bonne pomme®), Victor (re-lecteur orthodoxe et infaillible, enfin je l'espère), Yasmin (petites mains et grand cœur), Romaric (réfugié et observance), Mimi (Master et Lady), Yann (titre 1).
Et bien sûr à toute l'équipe de la PASS de Chambéry: Christiane Béget, Béatrice Bouchard, Valérie Moralès, Bruno De Goër, Brieuc Galès, Nadège Miguet, Catherine Penas, dont la confiance et la patience ont été grandement appréciées.

SOMMAIRE

SOMMAIRE **11**

ABREVIATIONS ET ACRONYMES **13**

AVANT-PROPOS **15**

INTRODUCTION **17**

1ère PARTIE : Généralités **21**
- **1 Précarité et Santé** **21**
  - 1.1 Pauvreté, précarité, exclusion et populations 21
  - 1.2 Inégalités sociales de santé 24
  - 1.3 Déterminants sociaux de la santé 25
- **2 Droit et dispositifs** **27**
  - 2.1 L'idéal du Droit et les objectifs de santé publique 27
  - 2.2 Dispositifs du Droit à la santé 29
  - 2.3 Droit des étrangers 34
- **3 La situation à Chambéry et alentour** **38**
  - 3.1 Indicateurs sociaux sanitaires 38
  - 3.2 La PASS du Centre Hospitalier de Chambéry 42
  - 3.3 Le réseau « Santé Précarité » 43

2ème PARTIE : Problématique **45**
- **1 Evaluations en santé** **47**
  - 1.1 Etablissements de santé et certification 47
  - 1.2 Evaluation dans le champ médicosocial 48
- **2 Accès aux soins des personnes en situations de précarité** **49**
- **3 Evaluations du retour au droit commun depuis les PASS** **52**
  - 3.1 Expériences identifiées 52
  - 3.2 Situation à la Pass de Chambéry 56

3ème PARTIE : Étude **59**
- **1 Etude quantitative : le projet PARAD** **60**
  - 1.1 Justification de l'étude et objectifs 60
  - 1.2 Matériel et méthodes 61
  - 1.3 Résultats et analyses 63
  - 1.4 Discussion réflexive 91
- **2 Enquête qualitative: les entretiens** **102**
  - 2.1 Justification de l'étude et objectifs 102
  - 2.2 Matériel et méthodes 102
  - 2.3 Résultats et analyses 105
  - 2.4 Discussion réflexive 127

4ème PARTIE: Recommandations **143**
- **1 Discussion d'ouverture** **143**
  - 1.1 L'orientation vers le droit commun: évaluation critique et critique de l'évaluation 143
  - 1.2 Vers de nouvelles pratiques 144
  - 1.3 Pour des évolutions du système de santé 148
- **2 Propositions** **150**

CONCLUSION **153**

BIBLIOGRAPHIE **158**

ANNEXES **163**

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AAH	Allocation pour adulte handicapée
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide Médicale d'Etat
APS	Autorisation provisoire de séjour
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CH	Centre hospitalier
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre d'hébergement d'urgence
CAARUD	Centre d'accueil, d'accompagnement, de réduction des risques pour usagers de drogue
CADA	Centre d'accueil des demandeurs d'asile
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CASO	Centre d'accueil, de soins et d'orientation de la mission France de Médecins du Monde
CCAS	Centre communal d'action sociale
CESEDA	Code d'entrée et de séjour des étrangers et demandeurs d'asile
CMUB	Couverture Maladie Universelle de base
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNDA	Cour nationale de la demande d'asile
COMEDE	Comité médicale pour les exilés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSP	Code de santé publique
CST	Carte de séjour temporaire
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
EMPP	Equipe mobile psychiatrie précarité
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de santé publique
HPST	Loi hôpitaux, patients, santé et territoires du
INED	Institut national des études démographiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
LCE	Loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998

LHSS	Lits halte soins santé
MDM	Médecins du Monde
ODSE	Observatoire du droit et de la santé des étrangers
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONSP	Observatoire nationale des pratiques en santé mentale et précarité
PARAD	PASS et retour au droit commun (étude quantitative)
PASS	Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunis
RSA	Revenu de solidarité active
SASSON	Association savoyarde de secours de soins et d'orientation
SIRS	Santé, inégalités et ruptures sociales
UE	Union Européenne

AVANT-PROPOS

Ce travail est une thèse d'exercice, dont la réalisation et le jugement d'une certaine manière visent à conclure, sanctionner le passage attendu d'une formation médicale initiale - universitaire et pratique - vers un exercice professionnel et une formation continue.

Ce travail est avant tout un travail de clinicien, même si son sujet n'est pas clinique. Il propose essentiellement l'étude de l'accès et du recours aux soins d'une population (celle des personnes en situations de précarité ou de grande précarité à Chambéry), une évaluation locale du retour au droit commun depuis la PASS - dispositif dit « d'exception ». Mais ce caractère d'exception de la PASS, en plus des pratiques et des exigences de qualité et d'accessibilité qui s'y exercent, est aussi à nos yeux liés aux populations qui la fréquentent: des populations en souffrance, touchées par des pathologies complexes, souvent cumulées et avancées, handicapantes et stigmatisantes. C'est donc le regard clinicien en premier lieu qui est ici sensibilisé, « sans pitié », au-delà (ou plutôt à côté) des contextes socio-économiques et politiques, des trajectoires humaines et individuelles parfois émouvantes ou injustes, toujours « exceptionnelles ». Ainsi, notre propos et ce travail coopératif s'intéressent d'abord à comprendre comment s'exercent nos soins et éventuellement comment pourraient-ils mieux s'exercer, dans cet ensemble de déterminants et d'interactions, auquel nous prenons part.

Notre formation médicale théorique et pratique en médecine générale (en plus des notions fondamentales ou cliniques) a été marquée entre autres par des influences et des recherches de sens diverses, comme dans ce travail, de l'épidémiologie à l'anthropologie de la santé.

Aussi, telles des « salutations », j'adresse ici ma reconnaissance à tous ceux qui ont marqué, structuré et accompagné au fil des années ce parcours de formation et mon intérêt pour ce métier unique et divers, passionnant et exigeant. Je pense en particulier à M. Loparelli et M. Bauer, M. le professeur Lederlin, Mme le professeur Desclaux, le docteur De Goër, le docteur Brechignac, le docteur Rogeaux ainsi que toutes les équipes médicales et paramédicales qui ont partagé (parfois à contre-sens) ici et ailleurs une partie de leurs savoirs et de leurs pratiques, le temps de mes différents stages et exercices.

« Il [le fou] est le Passager par excellence,
c'est-à-dire le prisonnier du passage.»
M. Foucault, Histoire de la folie à l'âge classique

« C'est par la marge que tient la page »
Un lecteur attentif.

À Annick, à Michel et à Vincent,

INTRODUCTION

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), prévues dans la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à lutte contre les exclusions [1], sont des dispositifs hospitaliers qui visent « à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ». Les PASS sont un des éléments de la contribution hospitalière « à la lutte contre l'exclusion sociale » et de la mission des établissements de santé de garantir « l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent ».
Les personnes en situations de précarité forment une population diverse et hétérogène, aux origines et aux trajectoires multiples, marquées par des conditions d'existence difficiles, des traumatismes biographiques, des ruptures ou l'exil. Sur le plan sanitaire, elles partagent des obstacles au recours et à l'accès aux soins et un état de santé dégradé par rapport à la population générale. Dans l'observation des inégalités sociales de santé, elles se situent à l'extrémité basse du gradient social de la santé.

Si les formes de la pauvreté changent, dans des contextes sociologiques et économiques évolutifs, les personnes marginalisées sont de façon régulière les sujets et l'objet d'attentions ambigües des pouvoirs publics, en particulier à travers les institutions de soins et de santé. Les formes historiques de l'hôpital nous le rappellent : des « Hôtel Dieu » associés à la charité chrétienne aux hospices civils de l'assistance publique[I], entre pitié, peur et relégation, réhabilitation ou enfermement [2]. Avec le développement du modèle biomédical, les liens entre les personnes démunies et les institutions hospitalières se sont distendus, marquant un écart entre les progrès techniques médicaux et leur accessibilité.
La mission sociale de l'hôpital dans la lutte contre les exclusions, réactualisée par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, a pris cependant une expression nouvelle. Elle s'est inscrite dans une démarche générale touchant un ensemble de secteurs (logement, emploi, culture, santé), « fondé[e] sur le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains », et « l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux ». Les sens du droit commun et d'une certaine égalité sont ainsi réaffirmés, les formes traditionnelles de l'assistance tendent à évoluer vers la reconnaissance et l'usage du droit – notamment à la santé pour tous. La création quasi simultanée de la couverture maladie universelle (CMU) en 1999 participait de cette exigence.

[I] A Chambéry, l'hôpital de la Charité a été construit en 1656, avant de devenir les Hospices civils de Chambéry. L'hospice des aliénés pour la province de Savoie, crée en 1827, a été transféré en 1858 dans la plaine de Bassens où s'est depuis structuré le centre hospitalier spécialisé de Savoie.

Depuis, la crise économique et structurelle s'est aggravée. La dégradation continue des comptes publics et les évolutions récentes de la protection maladie poussent à associer contrôle budgétaire et responsabilisation des patients. Une forme de rejet de certaines populations notamment étrangères, demandeurs d'asile ou en situation irrégulière, s'accentue. Les inégalités sociales de santé s'aggravent. Ceci pouvant interroger voire mettre en difficulté les concepts précités. C'est dans ce contexte que s'expriment aujourd'hui les missions des permanences d'accès aux soins de santé, en particulier à Chambéry.

Concrètement, les PASS constituent des dispositifs médico-sociaux. Elles sont chargées du repérage des personnes en difficultés d'accès aux soins, de la prise en charge immédiate des soins selon les besoins, du recouvrement des droits potentiels, en particulier à la protection maladie, avec comme objectif final l'intégration ou la réintégration dans le système de droit commun. Si l'amélioration attendue de l'accès aux soins et à la santé et l'intégration secondaire dans le système de santé de droit commun peuvent constituer idéalement une première marche vers une insertion plus générale, cette orientation limite aussi le risque théorique d'instaurer un système parallèle, celui d'une filière médicale spécifique pour les plus démunis. C'est une forme appliquée vers la reconnaissance et l'usage du droit commun.
Au centre hospitalier de Chambéry est organisée une PASS, en activité depuis 2000. Constituée en unité fonctionnelle au sein du service de médecine interne et de maladies infectieuses, elle s'inscrit aussi dans un réseau chambérien « Santé Précarité ».
Diverses recommandations, entre autres celles de la DHOS [3], invitent à développer des évaluations des pratiques des PASS, notamment l'impact sur les usagers et les mesures possibles du retour au droit commun. Les critères et les modalités d'évaluation ne sont pas clairement précisés, seules des pistes sont suggérées.

C'est sur cette base que ce travail, par l'analyse du parcours de soins des consultants, propose une évaluation locale du retour au droit commun. Le passage par la PASS accompagne-t-il réellement vers un accès effectif au système de santé de droit commun ? Quels sont les critères pertinents, accessibles et disponibles pour l'évaluer ? Et quels sont les déterminants identifiables?
Ensuite, quelles sont les modalités de ce recours potentiel au droit commun ? Et quelle est la place - voire l'impact - de la PASS dans cette orientation ?
L'évaluation descriptive que nous proposons porte à la fois sur l'accès au droit à l'assurance maladie (accès théorique) et sur l'accès aux soins (accès effectif). Le recouvrement des droits potentiels ne constitue qu'une première étape, indispensable et parfois complexe mais non suffisante, vers le droit commun. L'accès aux soins s'inscrit aussi dans une interaction complexe de nombreux facteurs.

En se gardant d'une « approche culturaliste des pauvres ou des migrants », sans nier cependant des particularités communes aux plus démunis[I], la santé nous semble rester une valeur fondamentale partagée par tous, même si les représentations et les formes du « souci de soi » varient, et si les priorités quotidiennes peuvent différer. Pour les personnes en situations de précarité en particulier, les logiques de recours aux soins peuvent être marquées par des paradoxes apparents entre les besoins, les demandes exprimées, suggérées ou cachées et l'offre de soins. Aussi, le recours aux soins et les modalités de ce recours ne peuvent se comprendre que « rapporter aux contraintes quotidiennes de la vie des personnes d'une part, aux caractéristiques de leur relations sociales d'autre part » selon P. Adam et C. Herzlich [4:73]. Dès lors, le recours aux soins est aussi une forme de relation à soi-même, au praticien de soins (dans la relation médecin-malade), et aux institutions (l'hôpital et le système de santé en général).
Evaluer et comprendre le recours aux soins, dans le passage de la PASS vers le droit commun, oblige à une analyse globale et contextuelle des identités, situations et dynamiques des consultants.

A ces fins, une double approche quantitative et qualitative a donc été entreprise : une évaluation sous forme de cohorte historique du passage à la PASS prolongée par le recueil de données de la CPAM entre 2007 et 2009 (projet PARAD), et une série d'entretiens avec d'anciens consultants.
Des déterminants (ou des obstacles) au retour au droit commun seront envisagés : au regard des situations individuelles et socio-administratives, des caractéristiques sanitaires des personnes consultantes, du mode de prise en charge par la PASS. Les modalités contextuelles du recours à la PASS et de l'orientation vers le droit commun, puis les rapports aux structures de soins seront de même présentés.

Par un effet miroir, cette recherche nous interroge aussi sur le rapport des soignants et des institutions de santé à « ces » consultants, marqués par les situations de précarité. Elle questionne notre regard sur ces figures de l'altérité - apparente. Si notre analyse semble justifier pour la pratique des soignants l'importance et l'intérêt de l'approche globale, pluridisciplinaire et coordonnée, si les sens de l'accompagnement ou de la coresponsabilité sont à approfondir, cela doit aussi pousser le système de santé en général (de la protection sociale à l'offre de soins) à évoluer s'il veut garantir et respecter les engagements d'égalité et de qualité. Le retour au droit commun ne sera effectif, efficace et en un sens pertinent ou crédible que si de nouvelles formes de pratiques (attributs particuliers de la médecine générale et « expérimentées » ou appliquées à la PASS) peuvent se diffuser et s'adapter dans le droit commun.

[I] L'expression du Comede: «la culture commune est celle de la survie», à propos des migrants et des exilés (dont le sens plus général nous semble aussi pertinent), est ici signifiante; de même, certains débordements ou enfermements comme les conduites addictives ou le syndrome d'auto-exclusion (décrits ensuite) sont avant tout d'ordre pathologique ; même si - comme dans toute expérience de maladie - s'exprime une dimension culturelle.

Nous reviendrons sous forme de généralités contextuelles sur les liens entre précarité et santé: les notions de populations en situations de précarité, celles des déterminants et des inégalités sociales de santé et d'accès aux soins seront redéfinies. Un rappel de l'état du droit et des dispositifs en place sera proposé, ainsi qu'une présentation de la PASS de Chambéry et du contexte territorial. (1ère partie)

La problématique et la justification de notre travail seront ensuite développées en trois points : une présentation de l'intérêt de l'évaluation des pratiques, de leurs impacts et les recommandations (associées aux dispositifs sanitaires et hospitaliers comme aux outils de lutte contre les inégalités sociales de santé) sera présenté ; une revue de la littérature, des données et des recherches traitant de l'accès aux soins des plus démunis ainsi que des expériences d'évaluation des PASS ; une description et une reformulation de l'importance et de l'intérêt de l'approche dynamique et longitudinale des activités d'accompagnement de la PASS vers le droit commun, dans le contexte chambérien et de la PASS du CH de Chambéry. (2ème partie)

Les méthodes appliquées et les résultats de notre recherche suivront alors - le projet PARAD et l'enquête qualitative - prolongés par une discussion réflexive (3ème partie), élargie à une discussion sur le sens de l'accompagnement socio-médical et de la coordination entre professionnels comme outils pour la pratique, et sur ces bases une nouvelle forme d' « hospitalité » du système de santé de droit commun à développer (4ème partie).

1ère PARTIE : Généralités

1 Précarité et Santé

Les caractéristiques liant les populations en situations de précarité à la santé, déjà affirmées dans la circulaire du 8 septembre 1998 (relative à la mise en œuvre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions) [5], restent d'actualité : les difficultés à « faire valoir » les droits à l'assurance-maladie, des pathologies non spécifiques mais cumulées et à un stade souvent avancé (particulièrement en ce qui concerne la santé mentale, les maladies transmissibles et la dépendance aux différents toxiques), et des limites complexes aux recours aux soins, souvent effectués dans l'urgence.

Ces constats factuels ne peuvent se comprendre et s'analyser que par une approche globale, dynamique, centrée sur les interactions des déterminants sociaux de la santé, et le contexte général des inégalités sociales de santé induites.

1.1 Pauvreté, précarité, exclusion et populations

Les valeurs et le sens attribués aux notions de pauvreté, précarité ou exclusion sont complexes et évoluent selon les époques, les logiques ou les auteurs (acteurs médico-sociaux, chercheurs, institutions, voire personnes qui vivent les situations ainsi désignées).

La pauvreté, même si elle pouvait apparaître comme un terme générique s'approchant de la misère (qui s'appliquerait plus à présent à la « grande pauvreté »), semble se réduire à une approche quantitative et monétaire, signifiant un déficit de ressources. Des mesures, des indicateurs et des comparaisons peuvent ainsi se préciser. En France, selon le seuil de pauvreté monétaire relative, par exemple, situé à 60% de la médiane des revenus d'une population (soit 908 euros par unité de consommation), sont considérés comme pauvres 13,4% de la population soit près de 8 millions de personnes en 2007[I] . Par rapport aux années précédentes, ces chiffres sont relativement stables.

La précarité, terme utilisé préalablement pour caractériser les conditions de l'emploi et du travail, a pris un autre sens officiel à la suite du rapport Wresinski du Conseil économique et social [6], repris à l'époque par le Haut comité de la santé publique [7]. La précarité « est l'absence d'une ou plusieurs des

[I] Sources Ined, enquête revenus et patrimoines des ménages, 2009.

sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux » ; « elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances […] de reconquérir ses droits par soi-même ». Les situations de précarité conduisent à une vulnérabilité, elles s'inscrivent dans le temps et des critères multidimensionnels sous forme de cumuls de handicaps : logement, travail, entourage familial, revenus, protection sociale, santé...
Elle se définit ainsi à partir des caractéristiques de ceux qui sont précaires. Les sens de « responsabilités » et de « droits à reconquérir par soi-même » peuvent interroger, tout comme la racine étymologique attribuée au mot précarité : *precarius*, ce qui est « obtenu par la prière ».

D'autres travaux se sont orientées ensuite vers la compréhension des logiques, des trajectoires et des dynamiques de la « précarisation », vers l'analyse des processus structurels sociaux et individuels sous-jacents qui participent à cette forme de « décrochage », en particulier des liens avec la santé. Ces travaux insistent notamment sur la nature des liens sociaux et d'intégration, et leurs fragilités [8].

L'exclusion peut apparaître comme la forme la plus extrême de la précarité, traduisant la « non-participation », et en un sens s'opposant à l'« inclusion », dans une forme de dualité sociale qui peut porter à controverse. Elle évoque au moins des notions de ruptures des liens sociaux, d'isolement ou de ségrégation.

Des travaux sociologiques critiques (initiés entre autres par G. Simmel [9]) ont développé des notions alternatives en terme de désaffiliation (R. Castel [10]) ou de disqualification sociale et de pauvreté disqualifiante (S. Paugam). Cette disqualification sociale s'étend selon S. Paugam «au processus de refoulement» et surtout «aux expériences vécues de la relation d'assistance qui en accompagnent les différentes phases» [11:177].

D'autre part, dans le cadre de la souffrance psycho-sociale, des formes pathologiques de cette précarité extrême sont décrites. Quand les subjectivités individuelles sont mises à mal de façon intense et prolongée par les rapports d'exclusion et de dépréciation sociale, une sorte d'auto-aliénation en un sens protectrice peut apparaître, que J. Furtos décrit et théorise sous la forme du *syndrome d'auto exclusion* [12]. Il se définit comme un ensemble de signes déficitaires, de « congélation » ou de « disparition psychique ». J. Furtos décrit trois signes initiaux de disparition: l'anesthésie corporelle, l'émoussement affectif ou l'hypomanie et l'inhibition intellectuelle. Puis apparaissent des signes paradoxaux: la non demande, la réaction thérapeutique négative ou l'inversion des demandes. Enfin, des signes de désocialisation s'accélèrent, de la rupture définitive des liens sociaux à l'incurie et à la perte de la honte (où des retours paroxystiques sont possibles) qui peuvent conduire à la mort. Si cette approche

pathologique peut apparaître comme une "psychiatrisation" du social et de comportements sociaux, elle souligne surtout les liens entre les positions sociales disqualifiées et la santé mentale. Elle rappelle aussi ce que E. Goffman (dans une étude sociologique classique des institutions totalitaires) décrivait sous forme d'*auto-mortification* et des logiques de «rationalisations de la servitude» , c'est-à-dire une voie d'adaptation secondaire imposée aux «reclus» par des contraintes de «dépersonnalisation» [13:89].

Par ailleurs, au niveau des indicateurs et des logiques quantitatives, on trouve peu d'éléments sur les situations de précarité[1] et d'exclusion ; seulement parle-t-on parfois comme un degré classifiant de « grande précarité » ou de « grande exclusion », sans que les définitions ne soient réellement précisées.
Selon une circulaire relative à la mise en place des PRAPS [14] le nombre de personnes en situation précaire était estimé entre 10 et 15 millions et 300000 personnes seraient touchées par l'exclusion en 2004.

Les populations concernées par ces situations, au regard de ces définitions, sont plus identifiées par les caractéristiques diverses de leurs statuts que par une catégorisation homogène. Entre les migrants, les travailleurs pauvres, les chômeurs de longue durée ou les personnes sans-abris, les trajectoires et les identités sont nombreuses et variées. Seule une description plurielle est donc adaptée. Le statut de bénéficiaire de minima sociaux ou les contacts avec le système assistanciel (le score Epices intègre cet élément) peuvent parfois être utilisés pour une autre approche descriptive pratique - excluant de fait ceux qui n'y ont pas accès. D'une certaine manière, ce statut d' « assistés » est aussi ce qui définit selon G. Simmel [9] le plus justement les pauvres, par le regard et les fonctions que leurs donne la société ou la collectivité.
De façon générale et dans les suites, le rapport à soi-même s'en trouve aussi bouleversé, au-delà d'un rapport à une forme de survie relative imposée par les conditions d'existence, P. Cingolani décrit ainsi avec clarté: « On se sent pauvre, on se sait pauvre. On ne saurait oublier ce que ce redoublement subjectif d'une expérience objective engage comme handicaps et blessures faces aux expressions de l'altérité, qu'elles s'enracinent dans le territoire[…], qu'elles se donnent dans la relation à l'institution » [15:100].

Par convenance, nous utiliserons par la suite le terme pluriel de *personnes en situations de précarité* (en précisant que la précarité ainsi désignée est elle aussi plurielle et se rapporterait plus à une forme de *grande précarité* au regard des situations des personnes consultantes à la PASS).

[1] En dehors du score Epices dont la reproductibilité et l'apport en termes de qualification de la précarité sociale en population générale semblent démontrés par l'ESPS 2008, mais d'usage courant plus difficile pour les personnes les plus démunies.

1.2 Inégalités sociales de santé

Parallèlement à l'évolution des définitions de la santé[I], ou peut-être plus précisément dans les suites, la littérature et les débats de santé publique se sont intéressés aux inégalités de santé. « Les inégalités sociales de santé sont systématiques, socialement construites et donc modifiables et injustes », selon la définition proposée par le rapport « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité » du Haut conseil de santé publique (HCSP) [16], qui ajoute : « le terme systématique indique que les différences ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant dans la population. On jugera injustes les inégalités qui résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes ». La notion de responsabilité restant cependant complexe : la responsabilité individuelle en particulier dans les comportements à risques est aussi la suite d'interactions d'ordre social qui débutent dès l'enfance, voire s'inscrivent dans l'histoire familiale.
Conjointes aux inégalités territoriales de santé, ces inégalités sociales apparaissent tel un leitmotiv des discours politiques et de santé publique.

A présent bien documentées, elles s'illustrent de manière continue à travers tous les indicateurs : mortalité, morbidité et santé perçue (ce dernier semble sur ce point moins sensible, puisque lié en partie à des représentations elles-mêmes socialement construites). A titre d'exemple, en 2003, l'espérance de vie à 35 ans est de 30,4 années pour les inactifs, 40,9 années pour les ouvriers et 46,6 années pour les cadres supérieurs[II]. Ces inégalités se traduisent aussi en matière d'accès aux soins. Le taux de « renoncement à des soins médicaux au cours des douze derniers mois » en fonction du score Epices passe de 10% pour les deux premières classes à 15% pour la classe médiane pour croître à 26% et 42% pour les deux dernières classes, selon l'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2008 [17].
Ces inégalités sont supérieures en France à celles d'autres pays européens de niveau de richesse comparable. Déjà élevées, elles tendent à s'accentuer [16].
L'approche des « inégalités sociales de santé » et celle des liens « santé - précarité » ne s'opposent pas, elles se complètent. Certes, les praticiens du soin ne *traitent* pas des *inégalités* ; cependant les données semblent montrer que plus la précarité est grande, plus « la pente des inégalités » de santé est raide. Ainsi, ce gradient touchant l'ensemble de la société permet d'une certaine manière de souligner la continuité ou contiguïté des groupes sociaux au regard de la santé, à l'opposé d'une approche d'exception dirigée vers les personnes les plus précaires.

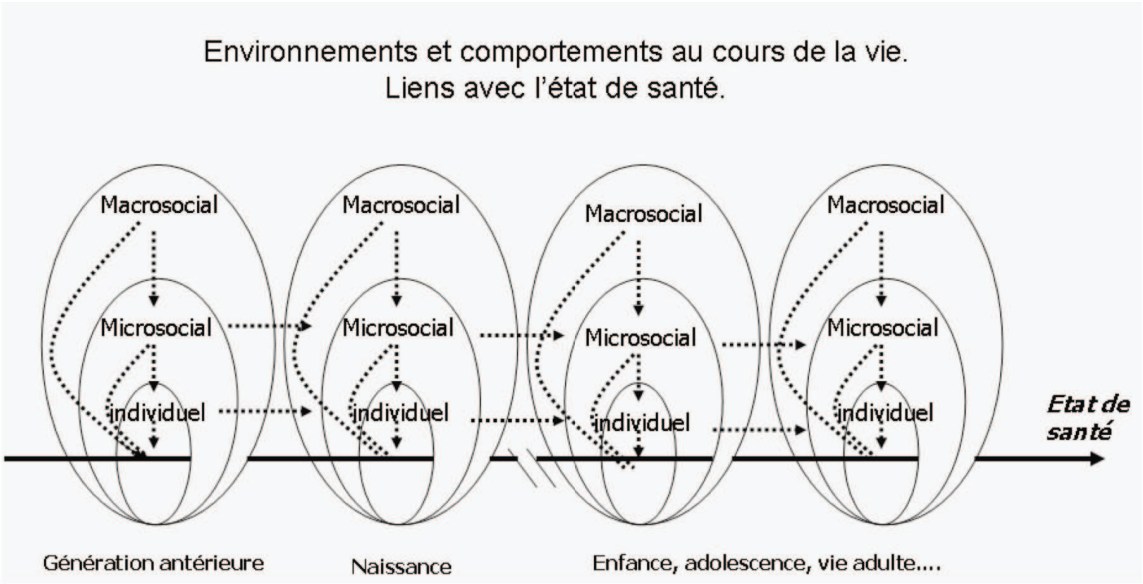
[I] Depuis la définition "constitutionnelle" de l'OMS: la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.
[II] Source: calculs d'après les données de l'Échantillon démographique permanent (décès survenus entre 1999 et 2003) et de l'enquête de l'Insee sur la santé et les soins médicaux de 2002-2003.

Ces deux approches liées conduisent surtout à développer et approfondir les connaissances et une compréhension meilleure des déterminants sociaux de la santé [18]. Nous observons par ailleurs que la lutte contre les inégalités de santé tend à s'exprimer à présent plus en terme d'équité que d'égalité, par pragmatisme ou par glissement idéologique [19].

1.3 Déterminants sociaux de la santé

L'Organisation mondiale de la santé a installé en 2005 la Commission des déterminants sociaux de la santé. Dans son premier rapport [20], elle souligne que : « si les soins médicaux peuvent prolonger la vie et améliorer le pronostic en cas de maladie grave, un facteur s'avère plus important pour la santé de la population dans son ensemble : le contexte social et économique qui est la cause profonde des maladies et de la nécessité de soins de santé ». En 2008, on retrouve en introduction [21] : « la lourde charge de morbidité à l'origine d'une mortalité prématurée tristement élevée est principalement due aux conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ».

La modélisation des déterminants de la santé est complexe, faisant intervenir de nombreuses interactions, avec des facteurs qui s'accumulent et qui s'enchaînent. D'après le rapport HCSP[I], dont les éléments ci-après sont repris, les chaines de causalité peuvent ainsi être représentées (soulignant les déterminants dans les dynamiques biographiques) :



[I] Ce rapport du Haut conseil de santé publique «Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité» [16], par exemple, distingue trois grands types de déterminants : les déterminants socio-économiques, les déterminants liés au système de soins, les déterminants liés aux comportements (dont le caractère reste en définitive plus social ou psycho-social qu'individuel).

Parmi les **déterminants socio-économiques majeurs,** on retrouve selon ce même rapport, sans exhaustivité ni hiérarchie : les conditions de vie dans l'enfance, l'accès à l'éducation, l'accès à l'emploi, le revenu, les conditions de vie et d'environnement, l'intégration sociale. D'autres chercheurs (équipe SIRS)[I], entre épidémiologie sociale et sociologie de la santé, insistent sur ces dernières dimensions, celles du réseau social, et du contexte environnemental. Se développent des analyses des inégalités de santé et de recours aux soins en fonction des types et du niveau d'intégration sociale et du contexte territorial (l'inscription territoriale est alors étudiée comme l'un des « déterminants » de la santé et du recours aux soins). L'objectif est de « progresser ainsi dans l'interprétation causale des liens entre situations sociales, conditions de vie et santé » [22:15], et d'affiner de ce fait la compréhension des déterminants de la santé.

Pour les personnes en situations de précarité, l'impact des cumuls négatifs sur des situations de vulnérabilité se trouve encore renforcé. Un relativisme médical s'impose donc, sans que la fatalité ne s'installe. Car si les citoyens peuvent s'émouvoir de ces injustices, les soignants doivent aussi s'interroger sur la place du système de santé et des inégalités associées, reflets partiels des inégalités de la société.[II]

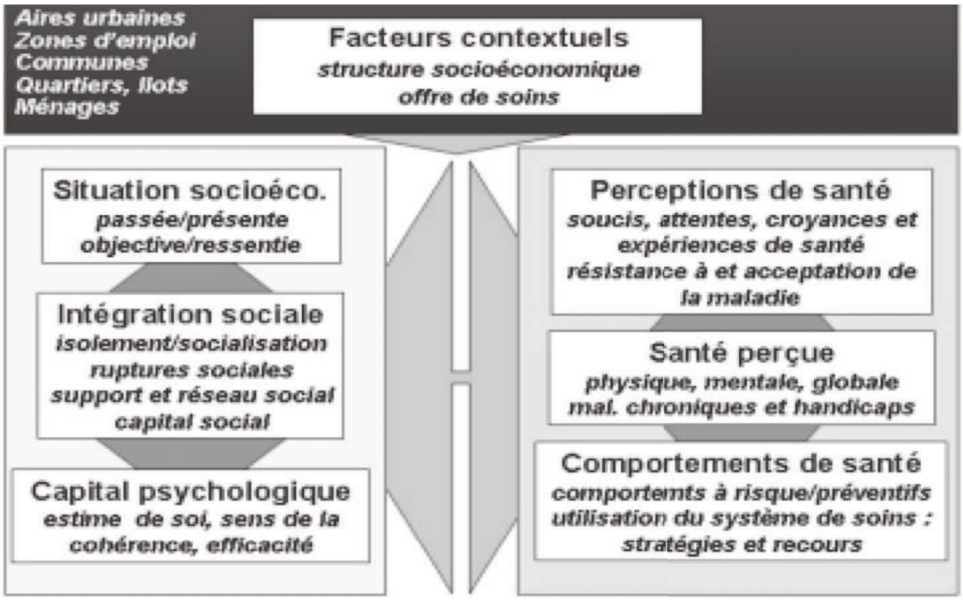
Schématiquement, les **déterminants liés au système de santé** comprennent les éléments de l'accessibilité du système (accès théorique fonction du système assurantiel et des limites financières persistantes en particulier le niveau du « reste à charge »), et les éléments d'organisation du système de soins pour les accès primaire et secondaire.

Aussi, une part importante de ces déterminants qui influencent fortement le **recours aux soins,** est constituée par la « distance sociale » à l'égard des institutions de soins, c'est-à-dire l'image qu'en ont les personnes (décrite sous sa forme négative en « dissuasion symbolique »). Celle-ci se construit par interactions de normes et de processus relationnels, à la fois subjectifs et socialement construits, associées au capital psychologique des personnes, aux perceptions et aux représentations de la santé [18]. Mais cette distance, c'est aussi la distance sociale des institutions à l'égard des personnes en situations de précarité, d'une certaine manière une forme de « ségrégation symbolique ».

[I] L'équipe « Santé, inégalités et ruptures sociales » (SIRS), organisée depuis 2001, est un réseau de chercheurs multidisciplinaire, coordonné par l'INSERM (Unité des déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, dirigée par P. Chauvin), avec aussi l'Ined et le CNRS.

[II] Selon le Fonds CMU [22], le ratio entre les dépenses moyennes (base et complémentaire) des bénéficiaires de la CMU-C en soins de ville et celles des autres bénéficiaires du régime général (hors ALD et à structure d'âge et sexe identique), pour 2008, est de 1,27, affichant une même stabilité depuis 2006 ; dans le détail de sa composition, ce ratio est de 1,58 pour le poste des généralistes mais de 0,85 pour les spécialistes. Ceci étant aussi à interpréter dans le cadre des inégalités d'état de santé.

Modèle SIRS des déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins [18]



Depuis les définitions initiales de la précarité ou de l'exclusion jusqu'aux déterminants du recours aux soins, les notions de liens (voire de "maladie du lien"), de rapports et de limites se dessinent avec insistance. Le dialogue et les contacts recherchés, les pratiques en matière de santé orientées vers les populations en situations de précarité doivent comprendre et intégrer ces rapports complexes, parfois intimes, et leurs sens. La suite de notre travail s'y consacre partiellement.

2 Droit et dispositifs

2.1 L'idéal du Droit et les objectifs de santé publique

De nombreux textes fondateurs, issus en partie des propositions du Conseil national de la Résistance et de la généralisation du système de protection sociale par la création de la Sécurité sociale en 1945, proclament les principes d'égalité et de respect de la dignité. L'égal accès aux soins est élevé en principe constitutionnel.

L'idéal du droit à la santé et à la protection sociale apparaît ainsi *gravé dans le marbre*:

- Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948

  « Art22 : Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale […] »

  « Art25 : Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille […] notamment pour les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires […]»
- Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 (toujours de valeur constitutionnelle aujourd'hui)

  « La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé […] »
- Code de la Sécurité sociale (Article L111-2-1)

  « La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie »

Sur le plan des **objectifs de santé publique** inscrits dans les textes de loi, notons :

- La loi d'orientation du 29 juillet 1998 consacre la lutte contre les exclusions comme « un impératif national fondé sur le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation ».
- La loi relative à la politique de santé publique de 2004, reprise dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009, dispose : « la politique de santé publique concerne : [...] la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ».
- L'article L. 1411-1-1 du Code de la santé publique précise enfin que « l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé ».

Plus récemment, des **rapports officiels** - rapport de la Commission des déterminants sociaux de l'OMS, rapport du HCSP, rapport des Agences régionales de santé [24] réaffirment l'enjeu en terme de cohésion sociale de la lutte contre les inégalités sociales de santé, signifiant de fait l'échec des politiques menées jusque là. Aussi, ils renouvellent des recommandations pour un meilleur accès aux soins et à la prévention, au-delà du cadre général des politiques d'éducation, de logement ou d'emploi.

Globalement, ajoutons que le contraste entre les principes fondamentaux précités et la réalité de l'accès aux soins s'impose.

2.2 Dispositifs du Droit à la santé

Le droit à la protection maladie

La prise en charge des dépenses de santé repose sur trois acteurs: le système de protection maladie de base, les systèmes de protection maladie complémentaire et les usagers eux-mêmes (cette dernière part constituant le « reste à charge »). Des dispositifs existent pour faciliter l'accès théorique au système de soins des personnes les plus pauvres, en termes de protection de base et de protection complémentaire : la CMU et CMUC, et un régime d'exception l'AME pour les étrangers sans titre de séjour.

L'affiliation à un régime d'assurance maladie s'appuie soit sur un critère socioprofessionnel soit sur le rattachement à un membre de la famille (ayant droit) soit sur un critère de résidence (« stable et régulière »). Ainsi, toute personne, française ou étrangère résidant en France de façon stable et régulière a droit à un régime de sécurité sociale[I].

La CMU, loi n° 99-641 du 27 juillet 1999.
Si une personne n'a pas de droits ouverts à un autre régime de base, elle doit être obligatoirement affiliée au régime général de la Sécurité sociale via la couverture maladie universelle (CMU). Une cotisation est due pour les personnes dont les revenus annuels dépassent 9029€ (du 1er octobre 2010 au 30 septembre 2011). Ce seuil est identique quelle que soit la composition du foyer. Les personnes dont le revenu est inférieur à ce montant bénéficient gratuitement de la CMU de base.
En principe, l'affiliation doit se faire « sans délai », même si aucun texte ne le précise. Un maintien de droit automatique pour 1 an existe, sauf pour les affiliés sur critère de résidence.

Les dépenses de santé non couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie peuvent être prises en charge par les systèmes de protections maladie complémentaires, comprenant un dispositif pour les personnes les plus pauvres.

La CMUC, loi n° 99-641 du 27 juillet 1999.
La CMU complémentaire permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière sous condition de ressources fixée par décret (634€ mensuel pour une personne seule, au 1er juillet 2010)[II]. Les modalités de calcul des revenus sont différentes de celles de la CMU de base. Sauf exceptions théoriques (admission immédiate, rétroactivité

[I] La condition de « stabilité » impose un délai minium de présence ininterrompue en France de 3 mois, sauf exception : les demandeurs d'asile et les personnes ayant le statut de réfugié ou protection subsidiaire sont dispensés de cette condition ; la condition « régulière » renvoie au respect du droit au séjour pour les étrangers.
[II] Ce plafond d'obtention de la CMUC exclut par exemple les personnes relevant de l'allocation adulte handicapé (AAH).

pour les séjours hospitaliers), le droit est ouvert suite à l'instruction et la réponse de la caisse d'assurance maladie, il couvre une période d'un an sans reconduction automatique.
Cette protection complémentaire permet la dispense d'avance de frais ; elle couvre, entre autres, intégralement le ticket modérateur (part non prise en charge par la Sécurité sociale qui demeure à la charge de l'assuré, hors les affections prises en charge à 100 %) et le forfait journalier hospitalier.

Au 31 décembre 2008, on comptait 4 186 221 bénéficiaires de la CMU complémentaire sur l'ensemble du territoire, métropole et DOM, soit 6,4% de la population française. On « évalue » à 80 % de la population cible le nombre de bénéficiaires de la CMU-C, selon le rapport du Fonds CMU [23].

Pour pallier l'effet de seuil touchant les personnes dont les revenus dépassent de moins de 20% le niveau fixé pour l'obtention de la CMUC, une **Aide à l'acquisition de la complémentaire santé** (ACS) a été instaurée en 2002, réajustée en 2004. En 2008, le nombre de bénéficiaires, tous régimes confondus, était de 597 000.
Enfin, pour les personnes qui ne satisfont ni le critère socioprofessionnel ni celui d'ayant droit ni le critère de résidence, existe un dispositif d'exception accessible aux personnes étrangères sans titre de séjour.

L'Aide médicale d'Etat (AME) est réservée aux « étrangers sans papiers » résidants en France depuis plus de 3 mois, exclus de l'assurance maladie en raison d'un séjour non régulier. Son obtention est soumise aux mêmes conditions de ressources que pour la CMUC. L'AME est une prestation d'aide sociale, définie aux articles L251-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF), et non une prestation de sécurité sociale (même si ce sont les CPAM qui l'instruisent). Une instruction prioritaire est possible, dans certaines conditions. L'admission couvre une période d'un an sans reconduction automatique. Une contribution forfaitaire de 30 euros, à payer au moment de l'ouverture du droit et lors de son renouvellement annuel, a récemment été instituée par la loi de finances initiale pour 2011.
L'AME fonctionne comme un « 100 % sécurité sociale ». Elle permet donc la dispense d'avance des frais, elle couvre le ticket modérateur et le forfait journalier sur la base des tarifs de l'assurance maladie. En revanche, par rapport à la CMUC, les frais de prothèses et dispositifs médicaux à usage individuel sont pris en charge dans la limite du tarif sécurité sociale ce qui interdit concrètement l'accès aux prothèses (notamment dentaires) et à l'optique ; de même ne sont pas pris en charge les éventuels frais de transports médicaux.

Selon le dernier rapport officiel sur l'AME (novembre 2010) [25], près de 227 000 personnes avaient un droit ouvert à l'AME, en mars 2010, dont 8% étaient des ressortissants de l'EEE[I].

L'ouverture de ces droits (CMU de base, CMUC ou AME) est conditionnée par le dépôt d'une demande auprès d'une caisse d'assurance maladie (sauf exception d'affiliation possible par un autre organisme social, par exemple dans le cadre du revenu de solidarité active -RSA- par les caisses d'allocation familiale), et cette demande est à reconduire chaque année (sauf pour la CMUB). La déclaration d'une domiciliation, si besoin auprès d'une association agréée, est par ailleurs imposée.
Les notions de stabilité du séjour ou de sa régularité peuvent être jugées selon des interprétations diverses, de même que les conditions de ressources, nécessitant des justificatifs parfois soumis à un ordre arbitraire. Les délais et les modalités pratiques d'instruction sont par ailleurs très variables selon les départements. Ainsi, au-delà du droit potentiel, le recouvrement ou l'acquisition de ces droits relèvent de démarches complexes en particulier pour les personnes en situations de précarité, a fortiori étrangères et non francophones. L'accompagnement par un professionnel de l'intervention sociale est dans ces situations indispensable. Or, l'obtention d'un droit à la protection maladie, incluant régime de base et complémentaire et permettant la dispense d'avance de frais, est dans ces situations une condition indispensable pour accéder au système de santé de droit commun et permettre la continuité des soins[II].

Les évolutions de l'assurance maladie, à partir de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004

Le parcours de soins coordonné (article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale) qui institue le statut du médecin traitant (co-déclaré par la personne affiliée avec le médecin choisi, sous la forme d'un précontrat) s'inscrit dans une double logique : l'amélioration de la qualité et de la coordination de l'offre de soins, et le contrôle budgétaire de la consommation des soins. Ce dispositif incite au respect d'un parcours de soins prédéfini avec un recours exclusif initial au médecin traitant. Sauf certaines exceptions : en cas d'urgence, de déplacement, ou de protocole de soins pour les personnes en affection de longue durée, et pour le recours aux spécialités psychiatriques, gynécologiques et ophtalmologiques. L'accès secondaire, à d'autres spécialités par exemple, nécessite une orientation par le médecin traitant. En cas de non-respect de ce parcours de soins coordonné, des sanctions financières ont peu à peu été imposées, l'Assurance maladie majore le ticket modérateur (part non prise en charge par le régime de

[I] Les règles d'instruction de l'Assurance maladie, publiées sur Ameli.fr, mises à jour le 17 aout 2010, excluent pourtant à priori de ce dispositif les ressortissants communautaires de l'EEE (UE et AELE) : http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-des-difficultes-financieres/l-8217-aide-medicale-de-l-8217-etat/a-qui-s-adresse-l-a.m.e..php (page consultée le 20/01/2011).
[II] A structure d'âge égale, les bénéficiaires de la CMUC, quel que soit leur sexe, renoncent deux fois moins que les personnes dépourvues de couverture complémentaire. Sources : IRDES, enquête Santé et protection sociale 2006, traitement DREES.

sécurité sociale de base). Depuis janvier 2009, le montant des remboursements est diminué de 40 % (pour un acte inférieur ou égal à 25 euros) ou de 10 euros (pour un acte supérieur à 25 euros). Cette majoration n'est en général pas prise en charge par la complémentaire santé ; pour les bénéficiaires de la CMUC cependant, la majoration reste prise en charge par la part complémentaire, du fait du tiers payant intégral.

La participation forfaitaire et **les franchises médicales** correspondent à une taxation de la consommation de soins, hors ticket modérateur et non soumis à un remboursement. Elle équivaut à 1 euro forfaitaire par consultation médicale ou acte médical, radiologique ou biologique pour l'une ; à 0,50 euro par boîte de médicaments ou actes paramédicaux et 2 euros par transport sanitaire pour les autres (dans la limite de 50 euros par personne et par an).

Les déremboursements de médicaments, initiés depuis 2003, se sont par ailleurs accélérés, le taux de remboursement étant fixé en fonction de l'évaluation par la Haute autorité de santé (HAS) du service médical rendu (SMR), dont l'objectivité est parfois discutable [26][I].

Les dispositifs de garde, tels la CMUC ou l'AME, qui garantissent un droit fondamental théorique d'accès au système de soins des personnes les plus démunies, restent un élément majeur de limitation des inégalités sociales de santé.

Cependant, si l'usage du droit à l'assurance maladie n'est à ce jour pas soumis à la déclaration du médecin traitant, l'ensemble de ces dernières mesures peut faire craindre un impact négatif sur l'accès aux soins, en particulier pour les personnes en situations de précarité. L'augmentation du reste à charge et le niveau de renoncement aux soins pour raisons financières en témoignent[II]. De même, la persistance voire l'augmentation du nombre de patients consultants sans droits dans des centres de soins gratuits [28; 29] interroge sur la complexité de leur acquisition.

Au-delà de l'aspect financier, si la coordination des soins et l'usage responsable de l'offre de soins sont des principes légitimes, ces réformes évoquées ne se sont pas accompagnées des mesures adaptées pour les promouvoir. En un sens, décréter ainsi la coordination et la responsabilité risque plus d'orienter vers une double culpabilisation des malades (sanctions « maladie » et financières surajoutées, dans le contexte d'inégalités sociales) que vers une démarche éducative[III], en particulier pour les personnes en situations de précarité, eu égard à leurs conditions de vie et aux difficultés de leurs recours aux soins.

[I] La récente polémique autour du cas du Médiator® en atteste en partie.

[II] D'après l'enquête santé protection sociale, en 2008, 16,5 % de la population de 18 à 64 ans a déclaré renoncer à des soins pour des raisons financières lors des douze derniers mois. Le taux de renoncement à des soins pour des raisons financières semble en constante augmentation et est quasiment revenu à son niveau de 2000 (à l'entrée en vigueur de la CMU et CMUC).

[III] La hausse de la fiscalité sur le tabac, telle qu'elle est pratiquée en France, semble d'un impact relativement faible sur la consommation réelle de tabac, par exemple [29].

Enfin **la réforme du financement des hôpitaux**, avec la tarification à l'activité (T2A), semble modifier indirectement les liens avec l'assurance maladie. Elle a entre autres pour conséquences, outre une pression sur les travailleurs sociaux hospitaliers, de peser sur les activités et les comptes de l'assurance-maladie par la hausse du recouvrement des dépenses de soins [25], l'assurance maladie étant le principal bailleur de fonds du système hospitalier.

La mission sociale de l'hôpital et la création des PASS

Selon la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à « la lutte contre les exclusions » [1], confirmée par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 [30], le code de santé publique a redéfini la **mission de service public des établissements de santé**. Ils doivent contribuer « à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professionnels et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ». Il leur appartient de garantir « l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent », de veiller « à la continuité de ces soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement » (articles L.6112-1,7° et L.6112-2).

Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), l'article L.6112-6 du CSP (confirmée par la circulaire DH/AF1/DGS/SP2/ DAS/RV3 du 17 décembre 1998) a prévu **la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé** « visant à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils [les établissements publics de santé] concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes ». La circulaire met par ailleurs en garde contre la création d'un dispositif discriminatoire : « Les Pass pourront être situées à proximité ou dans les services d'urgence pour lesquelles elles serviront de relais. Il ne s'agit, en aucun cas, de créer au sein de l'hôpital des filières spécifiques pour les plus démunis. Au contraire, ceux-ci doivent avoir accès aux soins dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population, notamment dans le cadre de consultations de médecine générale à horaires élargis ».

En 2008, selon l'enquête de la DHOS [30], 288 PASS et 42 autres structures d'accueil assimilées ont été recensées. Les moyens, les modalités d'accueil et d'organisations y sont très variables [31]. Le

financement des PASS n'est par ailleurs pas régi par le principe de la tarification à l'activité, mais dépend d'un budget de mission d'intérêt général (MIG).

Le devoir du soignant

Ce droit à la santé partiellement présenté ici se constitue aussi en devoir pour le soignant : pour les médecins au-delà du symbolique serment d'Hippocrate, le code de déontologie rappelle **« les devoirs d'humanité »** selon l'article R.4127-7 du code de la santé publique: « Le médecin doit, non seulement, soigner mais aussi écouter, examiner, conseiller, avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur origine, leurs mœurs, 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'ils lui inspirent. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances ».

La loi HPST complète, en partie en réaction à la médiatisation des refus de soins aux bénéficiaires de CMUC ou AME, dans son article 18 :« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne en raison de ses mœurs […] ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.» En ajoutant de façon énigmatique : « Le [ce] principe énoncé […] ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins », sans que ne soient précisées les définitions de cette *exigence* dérogatoire ; la loi imposant tout de même l'obligation d'assurer dans ces cas la possibilité d'une continuité des soins par une orientation.

2.3 Droit des étrangers

Le droit des étrangers en France représente un champ complexe et évolutif, particulièrement sensible aux évolutions politiques, voire politiciennes. Certaines populations migrantes ou exilées vivant en France des situations de précarité, l'accès aux soins est alors très lié au droit de séjour ou son absence. De plus, le corps et la maladie peuvent dans certaines situations devenir des enjeux qui interviennent dans la définition de ces statuts du droit au séjour, dans une forme de « biopolitique » relative[I] [33].

[I] Par cette notion de biopolitique issue d'une lecture de l'œuvre de M. Foucault, D. Fassin décrit une forme politique contemporaine dans laquelle « c'est le corps qui donne droit », où s'exerce une bio-légitimité « que l'on

C'est sous ces angles restreints que nous envisagerons ici quelques éléments juridiques actuels, en mentionnant aussi la situation particulière des ressortissants des derniers pays étant entrés dans l'Union européenne.

Les étrangers résidant en France relèvent de deux types de législations, le droit à la protection au titre de l'asile et le droit général de l'immigration, principalement regroupés au sein du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA).

Le droit d'asile et les demandeurs d'asile

Sur un plan juridique, **l'asile** est la protection spécifique qu'accorde un État à un individu sur son territoire pour lui permettre d'échapper aux risques pour sa vie, sa liberté ou sa sécurité, auxquels il est exposé dans son propre pays. Elle tient son origine de l'article 1er alinéa 2 de la Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des Réfugiés. La **protection subsidiaire** (art. L712-1 du CESEDA) est une autre protection « a minima », propre au droit français, mais qui répond à une procédure identique.

Un demandeur d'asile bénéficie durant l'instruction de sa demande par l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA) d'un droit au séjour - en général sans autorisation de travail - accordé par la préfecture du lieu de résidence[I], sous la forme initiale d'une autorisation provisoire de séjour (APS « en vue des démarches auprès de l'OFPRA ») éventuellement précédé d'un « récépissé constatant le dépôt d'une demande d'asile ». Ces documents de séjour nécessitent une domiciliation - les associations agréées en ce sens pouvant ne pas l'être pour la CMU ; ils permettent aussi de justifier du critère de résidence (constituant une exception à l'obligation des trois mois de présence stable et régulière) pour l'obtention de la CMUC. Il existe par ailleurs des procédures d'asile à garantie diminuée dites « procédure prioritaire » et « Dublin 2 »[II], qui ne permettent pas la délivrance ou le maintien d'un titre de séjour et des droits sociaux associés.

La durée d'instruction par l'OFRA est variable (en dehors des procédures prioritaires traitées dans un délai théorique de quinze jours), jusqu'à plusieurs années dans certaines situations [34]; en particulier en cas d'hébergement des personnes demandeurs d'asile en centre d'accueil des demandeurs d'asile

---

tente de faire valoir lorsque tous les autres fondements d'une légitimité semblent avoir été épuisés » [33:240]. Elle s'exprime notamment à travers le passage d'un statut illégitime de "sans-papiers" à la reconnaissance éventuelle d'un titre de séjour par la légitimité d'un corps "malade ou souffrant", mais recouvre plus généralement un ensemble de mesure de *gouvernement des corps.*

[I] Au cours de l'année 2009, les procédures ont été centralisées à l'échelle régionale : le dépôt de la demande d'asile se fait à la Préfecture régionale du lieu de résidence (sauf dans certaines régions où des « sous-régions » sont constituées). Une prise d'empreinte immédiate, avec comparaison et alimentation d'une base de données européennes, est alors effectuée - forme de "triage". En Savoie, le dépôt initial de la demande d'asile se fait à la Préfecture de Grenoble.

[II] Selon cette procédure dite « Dublin 2 » : les personnes, déjà identifiées dans la base de données des empreintes, sont soumises à une procédure "d'externalisation" de leur demande d'asile vers le pays de l'UE d'où le fichier reconnaît leur passage (c'est-à-dire où ces premières empreintes ont été enregistrées).

(CADA), un examen médical est imposé par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), orienté en particulier sur le bilan vaccinal et tuberculeux.

En cas de rejet du statut de réfugié, un recours suspensif de la décision (avec maintien des droits possible notamment à l'assurance maladie) est possible devant la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). Si le statut de réfugié n'est pas accordé, la personne se retrouve en situation irrégulière, et perd entre autres ses droits à la CMU (de base et complémentaire), en pratique à l'issue de la période d'affiliation.

Les personnes reconnues « Réfugié » obtiennent une carte de résidence de 10 ans, et le maintien initial de leurs droits à la CMUC, sous réserve de respecter les conditions de ressources.

En 2009 en France, selon le rapport d'activité de l'OFPRA [34], 47686 personnes (mineurs compris) ont demandé asile à l'OFPRA ou à la CNDA, dont 22% instruites en « procédures prioritaires » ; sur 35490 décisions prises cette même année, 29,4% ont accordé le statut de réfugié ou de protection subsidiaire (dont près de 60% suite à un recours auprès de la CNDA). Donc plus de 25000 personnes - déboutées - ont perdu leur droit au séjour et à la CMU par décision administrative en 2009, dans ce cadre ; comme toute personne étrangère en situation irrégulière (et respectant les conditions d'attribution), elles peuvent cependant bénéficier de l'AME, selon la procédure « normale ».

Indépendamment du droit d'asile, d'autres situations permettent une régularisation du séjour, entre autres pour certains étrangers malades selon la mention « vie privée et familiale ».

Le droit au séjour pour raison médicale

Le droit au séjour pour raison médicale, dont la procédure « étrangers malades » constitue la transposition administrative, se trouve aujourd'hui défini par l'article L313-11 11° du CESEDA. Ce droit permet l'accès à un titre de séjour pour raison « humanitaire » avec droit au travail éventuel pour des étrangers sans titre de séjour atteints d'affection grave, et sous condition d'une résidence habituelle en France (en pratique de un an). Il ne doit pas se confondre avec la demande d'asile. Les modalités de demande de carte de séjour pour raison médicale sont complexes. Les pratiques des préfectures varient selon le département. Le rapport médical doit être rédigé soit par un « médecin agréé » soit par un « praticien hospitalier ».

La procédure prévoit ensuite un double niveau de décision : le médecin inspecteur de santé publique (MISP) donne un avis médical au préfet qui, au vu de cet avis mais sans y être lié, délivre

éventuellement le titre de séjour sous la forme d'une carte de séjour temporaire[I] (CST, de durée minimale et un an maximum, renouvelable); il n'y a en outre pas de liste réglementaire d'affections. Lorsque la condition de résidence habituelle n'est pas remplie, les personnes atteintes d'affection grave peuvent obtenir une autorisation provisoire de séjour (APS) d'une durée maximum de six mois.

La décision est de plus motivée par le pays d'origine de la personne, à travers les capacités de soins estimées localement : la condition de « non accès effectif au traitement approprié dans le pays d'origine de l'étranger » en vigueur actuellement pourrait être modifiée par la seule « indisponibilité du traitement approprié », selon la dernière évolution législative en projet[II]. Un recours contentieux est par ailleurs possible devant le juge administratif. Selon l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE), après refus de la régularisation pour soins, près d'une mesure d'éloignement sur deux est ainsi annulée [35].

Le nombre d'étrangers malades régularisés en France (détenteurs d'un titre de séjour) se situe autour de 28 000 personnes (0,8% des étrangers en France) fin 2008 ; pour plus de 90% d'entre eux, l'affection grave à l'origine de la régularisation a été diagnostiquée en France, selon l'ODSE. La délivrance de tels titres de séjour a par ailleurs fortement diminué de 2004 à 2008 (- 20,6%) [35].

La situation des « nouveaux Européens »

Selon les articles L 121-1 et suivants du CESEDA, les citoyens de l'Union européenne (UE) peuvent « circuler et séjourner librement en France ». Au-delà de 3 mois, les « inactifs » doivent cependant « disposer […] de ressources suffisantes pour ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale français et d'une assurance maladie-maternité ». Pour les **citoyens bulgares et roumains** « actifs », exclusivement, des règles spécifiques s'appliquent, la Bulgarie et la Roumanie ayant été intégrées à l'UE au 1er janvier 2007. Durant une période transitoire, ces « nouveaux Européens » ont obligation de détenir un titre de séjour, avec autorisation de travail, demandée par le futur employeur à la préfecture.

En pratique, les citoyens de l'UE, en particulier roumains et bulgares inactifs, en France depuis plus de 3 mois, sans revenus et sans assurance de santé européenne, sont en **situation irrégulière**, et ne peuvent

[I] En pratique et généralement, une simple autorisation provisoire de séjour (APS) est initialement délivrée, sans autorisation de travail.

[II] Art. 17 Ter du projet de loi relatif à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité enregistré à l'Assemblée nationale le 31 mars 2010.

bénéficier à ce titre ou son absence que de l'AME (et non la CMUC) [I]. Ceci en contradiction avec les règles d'instruction de l'AME par l'Assurance maladie, déjà mentionnées.

La récente affaire sur la « circulaire ministérielle Rom » du 5 août 2010 (visant «en priorité ceux [les camps] des Roms») ne constitue en ce sens qu'un élément médiatisé à associer au champ plus large de certaines discriminations administratives.

3 La situation à Chambéry et alentour

Chambéry, préfecture de Savoie, compte 121300 habitants avec son agglomération, la population départementale est de 405535 habitants[II]. Capitale historique des Alpes, selon les brochures touristiques, la ville est située à 100 kilomètres de Lyon, le département est frontalier avec l'Italie, avec une voie routière et ferroviaire principale par la vallée de la Maurienne.

3.1 Indicateurs sociaux sanitaires

Nous présentons ici quelques données chiffrées générales en rapport avec les éléments de présentation initiaux (sources INSEE[III]):

- le taux de chômage en 2007 était de 12,1% à Chambéry, 9,1% dans l'agglomération (Chambéry Métropole) et de 7,1% en Savoie. En terme de demandeurs d'emploi, cela représentait au 31 décembre 2009 : 4070 personnes à Chambéry, 6714 dans l'agglomération et 20258 en Savoie.
- le taux de pauvreté au seuil de 60% était de 18% à Chambéry, 14% dans l'agglomération et 9,4% en Savoie (13% à l'échelle nationale) en 2006;
- l'espérance de vie à la naissance était de 78,5 pour les hommes et 85,5 ans pour les femmes (soit 1,1 an de plus que moyenne nationale) au 31 décembre 2008.

[I] Nous mentionnons ici expressément les citoyens roumains et bulgares - voire les populations Rroms - parce que ces dispositions se sont progressivement appliquées seulement depuis le courant de l'année 2007, suite à l'entrée de la Bulgarie et de la Roumanie dans l'UE.
[II] Sources Insee 2007.
[III] Données disponibles sur http://www.statistiques-locales.insee.fr issues des sources: Pôle emploi, Dares, Statistiques du marché du travail, dispositif Revenus disponibles localisés (RDL 2008), estimations de population et état civil (page consultée le 20/01/2011).

Selon le rapport du « Fonds CMU » [23], on compte en 2009, en Savoie 11733 personnes bénéficiaires de la CMUC tous régimes confondus (soit 2,8% de l'ensemble des assurés du département, la moyenne nationale est de 6,4%).

Parmi la population étrangère, 143 autorisations provisoires de séjour (APS) pour une demande d'asile ont été délivrées pour des personnes domiciliées en Savoie en 2009 (146 en 2008)[I], selon le rapport 2010 de l'OFPRA [34].

Offre de soins

En terme de démographie médicale, la densité moyenne de médecins généraliste[II] est assez élevée en Savoie: 188 médecins généralistes pour 100 000 habitants (la moyenne nationale métropolitaine est de 174,3), avec cependant de fortes disparités probables à une échelle territoriale fine.

Au centre hospitalier de Chambéry travaillent plus de 300 médecins (y compris à temps partiels, attachés ou internes). L'hôpital compte 1187 lits (dont 414 lits en long séjour et maison de retraite), avec notamment des services de court séjour médecine chirurgie obstétrique (MCO), un centre 15 et un pôle mère enfant avec une maternité de niveau 3.
Le centre hospitalier spécialisé (CHS) est situé à Bassens, dans l'agglomération chambérienne. La Savoie est divisée en 5 secteurs psychiatriques.

En plus de la PASS du CH de Chambéry (dont nous présentons ensuite différents aspects), une équipe mobile psychiatrie précarité (intégrée au réseau Santé Précarité) dépend du CHS. Le centre hospitalier d'Albertville a aussi mis en place un dispositif PASS (sur le plan des ressources: 1 ETP infirmier).

Offre sociale à destination des personnes en situations de précarité (logement et hébergement)

Le taux de logement social locatif (nombre de logements locatifs sociaux sur nombre de résidences principales) était de 33% sur Chambéry et 24% dans l'agglomération chambérienne au 1er janvier 2006[III].

[I] Notons qu'en Isère, le nombre d'APS délivré est passé de 364 en 2008 à 848 en 2009 ; le nombre global de demandeurs d'asile est en augmentation importante et les nouvelles règlementations concentrent ces demandes dans les préfectures régionales ou sous-régionales (par exemple à la préfecture de l'Isère pour les départements alpins).
[II] Selon l'ordre national des médecins, sur http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/densitemg.pdf.
[III] Sources SRU, disponibles sur http://www.chambery-metropole.fr/plh/contenu/fiches_actions_002.html (page consultée le 20/01/2011).

Pour les personnes les plus démunies, un ensemble de structures est géré et coordonné par l' Association Savoyarde d'Accueil des Secours et d'Orientation (SASSON)[I]. De façon non exhaustive, à partir du bilan d'activité 2009 de la SASSON [36], citons ces quelques éléments principaux (dont certains sont représentés sur la carte proposée page suivante):

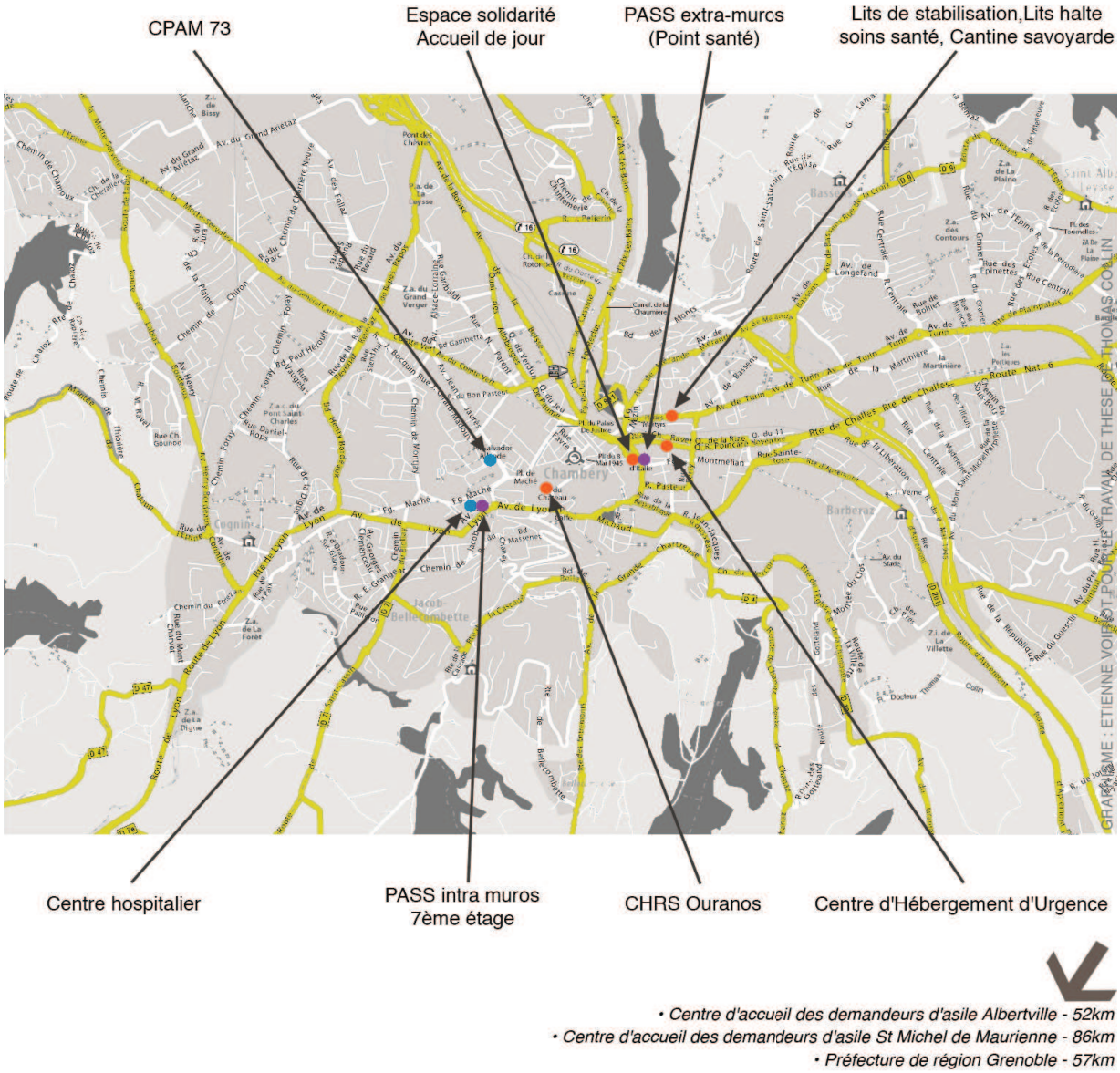
- l'Accueil de jour, ouvert aux horaires de « bureau » (élargis en hiver), au rez-de-chaussée de l'espace Solidarité (qui accueille aussi le Point Santé), se veut un espace de convivialité et d'échanges. Ce lieu met à disposition différentes « prestations »: l'écoute, le petit déjeuner (6383 servis en 2009), des douches, une laverie, la domiciliation (pour 250 nouvelles personnes en 2009), le courrier, le téléphone… Le public y est varié: des jeunes en errance, des SDF et d'anciens SDF, quelques personnes demandeur d'asile (principalement des personnes isolées, mais parfois en famille).

- le Centre d'hébergement d'urgence (CHU) est un lieu d'hébergement collectif, de « mise à l'abri » ou d'attente, ouvert uniquement le soir et la nuit, et pouvant recevoir jusqu'à 28 personnes (20 personnes seulement en hiver où il « déménage » dans un pavillon du centre hospitalier spécialisé, pour « faire place » au relais Grand Froid). En théorie, l'abri est possible pendant 5 nuits consécutives, en pratique cette mesure est adaptée selon les situations. Le bilan décrit 544 personnes (pour 7665 nuitées) ainsi reçues en 2009, auxquelles peuvent être ajoutées les personnes et les nuitées au relais Grand Froid en période hivernale (2905 nuitées de novembre 2009 à mars 2010). La majorité des personnes reçues sont considérées « de passage ». En plus, une équipe dite « équipe de rue », c'est-à-dire une personne salariée (avec un renfort en hiver), est chargée entre autres d'un accompagnement physique, en particulier dans le parcours de soins (43 personnes ont été concernées en 2009, dont 19 pour un suivi chronique, tout au long de l'année).

- les Lits de stabilisation sont une structure alternative d'hébergement, participative et « encadrée », ouverte 24h/24 et pouvant accueillir 34 personnes. La durée de séjour possible est de 2 mois renouvelables une fois. Ces lieux proposent un accompagnement social continu. En 2009, 119 personnes ont ainsi été hébergées (dont 14 enfants accompagnés). Conjoints à cette structure et partageant une partie du personnel, se trouvent les Lits halte soins santé (LHSS). Ils sont chargés d'accueillir et de procurer des soins temporairement à des personnes sans domicile (6 places disponibles) dont l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation mais nécessite une prise en charge médico-sociale adaptée. Ils disposent d'un médecin coordonateur et d'infirmières, chargées des soins quotidiens comme de l'orientation et de l'accompagnement avec les partenaires.

[I] Le terme de Sasson, en patois savoyard, signifie une "grosse femme un peu nigaude", et désigne à Chambéry la statue du sculpteur Falguière située au centre ville.

Cet ensemble constitue **le pôle d'urgence**. Un possibilité de repas gratuite ou à moindre coût est par ailleurs proposée dans les locaux adjacents: la Cantine Savoyarde.



Par la suite, les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) représentent une étape possible dans ce parcours de « rétablissement ». A travers les associations locales La Galoppaz et Ouranos TAP, 82 places sont ainsi disponibles pour un hébergement temporaire en CHRS[I], auxquelles s'ajoutent d'autres structures associatives ou institutionnelles proposant des hébergements de plus longue durée ou selon des modalités et des formes d'accompagnement social différentes. Au total, 287 personnes peuvent ainsi être hébergées de façon temporaire.

[I] Sources: Chambéry métropole, programme local de l'habitat de l'agglomération chambérienne 2008-2013, disponible sur http://www.chambery-metropole.fr/plh/contenu/diagnostic_006.html (page consultée le 20/01/2011).

L'accueil et l'orientation des personnes en situation de précarité sont organisés par le service d'accueil et d'orientation (SAOD) à travers ces différentes structures d'hébergement, puis éventuellement avec le service extérieur départemental (SED) pour des logements plus autonomes, ceci en coopération avec l'ensemble des acteurs sociaux et institutionnels associés à cette problématique.

Pour **les personnes demandeur d'asile**, un service spécifique - le service départemental des demandeurs d'asile (SDDA), est chargé d'une mission «de prévention, d'accompagnement et d'assistance». En 2009, 54 personnes dont 6 familles ont directement bénéficiées de ces services.
Ce service est organisé en «étroite collaboration» avec le Secours Catholique dont une des missions localement consiste en une permanence d'accueil, d'information et d'orientation des personnes en demande d'asile. Une coordination Savoie pour le droit d'asile a été créée en 2OO2.
La Savoie dispose par ailleurs de deux centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA), situés à Albertville (56 places disponibles) et à Saint Michel de Maurienne (60 places disponibles), gérés par la société d'économie mixte Adoma.

3.2 La PASS du Centre Hospitalier de Chambéry

La Permanence d'accès aux soins de santé du centre hospitalier de Chambéry a été créée officiellement en 2000 sous la forme d'une **unité fonctionnelle** rattachée au service de médecine interne et maladies infectieuses. Cette unité fonctionnelle médico-sociale inclut, en plus de la Pass, les soins aux détenus et la prise en charge des toxicomanies[I].

La structure, au-delà de la Loi LCE, s'est appuyée sur les expériences et les réalisations locales entamées notamment depuis le milieu des années 90 avec la création (municipale et associative) d'un Espace Solidarité incluant une structure sanitaire le Point Santé, déjà géré par le service hospitalier.
A présent, la Pass comprend un praticien hospitalier, une infirmière, une assistante sociale et une secrétaire, chacun à mi-temps (0,5 ETP) ; l'UF peut régulièrement accueillir en stage un interne de médecine générale, sous forme de projet personnel. Un comité technique et un comité de pilotage ont été mis en place. Un bilan annuel d'activités est rédigé. La Pass est aussi une antenne CIDDIST, rattachée à l'Espace de santé publique du centre hospitalier. Des réunions de concertations et de

[I] Si ces rapprochements prennent sens à travers les contextes cliniques, pathologiques ou épidémiologiques, nous notons avec bienveillance qu'ils marquent aussi une culture historique [2] du "traitement de la menace ou de la déviance", depuis les lépreux, les tuberculeux ou les sidéens, les marginaux ou les délinquants, les fous ou les toxicomanes…

coordinations, internes et externes, sont organisées ; de même que des séances d'information, de formations des publics et des personnels, voire des travaux de recherches. Ce travail s'inscrit en partie dans ce cadre.
Les professionnels de la Pass de Chambéry participent par ailleurs à l'association des professionnels des PASS de Rhône-Alpes (APPASSRA).

Concrètement, **l'activité globale** de la Pass se définit selon trois axes :

- le Point Santé : structure extra-muros, avec consultations médicales et paramédicales (infirmières), ouverte pendant 1h30 les mardi et vendredi après-midi ; possibilités sur place de soins classiques, de bilans biologiques et de dépistages, de vaccinations courantes et de délivrance gratuite de médicaments (fond d'urgence du CCAS en pharmacie de ville ou depuis la pharmacie hospitalière). La permanence s'est élargie en « Espace santé », avec une consultation dentaire, une équipe du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD) et une équipe de soutien en santé mentale (équipe mobile psychiatrie précarité EMPP). Une assistante sociale (du centre communal d'action sociale CCAS) présente de façon conjointe est associée à l'activité. Selon le bilan d'activité, en 2009, 537 consultations médicales ont été enregistrées, pour 231 personnes [37] .

- la Pass intra muros : une activité de consultations externes, aux horaires élargis et flexibles selon les demandes (disponibilité permanente d'un médecin consultant), située dans l'espace de consultations du service (regroupant consultations de médecine interne, de maladies infectieuses et de dermatologie) avec salle d'attente, salles de consultations et de soins et secrétariat d'accueil communs (le bureau de l'assistante sociale est dans un autre bâtiment), avec la possibilité de délivrance gratuite de médicaments à la pharmacie hospitalière ; une activité mobile dans les différents services hospitaliers, en particulier pour l'infirmière et l'assistante sociale ; en 2009, 1093 consultations médicales ont été enregistrées, pour 312 personnes [37].

- la coordination du réseau santé précarité.

3.3 Le réseau « Santé Précarité »

Le réseau Santé Précarité est né à la fin des années 1990. Non formalisé juridiquement, il s'est développé à travers différentes actions autour de la santé et regroupe des acteurs des champs sanitaires et sociaux, de l'hôpital et de la ville. Trois pôles peuvent être distingués : libéral, hospitalier, associatif

(comprenant entre autres les associations sociales d'accueil, d'hébergement et d'insertion présentées précédemment).
En plus des liens fonctionnels quotidiens ou de rencontres formalisées occasionnellement, le travail en réseau s'applique aussi sous forme de réunions hebdomadaires externes à l'Espace solidarité (avec les acteurs de l'Espace santé, des responsables sociaux du CCAS, de la SASSON) ou hospitalières avec les équipes mobiles de psychiatrie et d'addictologie ou des urgences du centre hospitalier.

La coordination de ce réseau est assurée par la PASS, à travers son médecin coordonateur et le secrétariat.
Une charte du réseau, validée notamment par le conseil départemental de l'ordre national des médecins, est proposée aux professionnels comme aux institutions partenaires ; sa signature intègre de fait au réseau. En 2009, sur 172 signataires, seule une dizaine était des médecins libéraux [37].

2ème PARTIE : Problématique

La mission réglementaire des PASS s'inscrit dans une dynamique. Dans un premier temps, elles sont chargées du « repérage » des personnes en difficultés d'accès aux soins et de la prise en charge immédiate des soins selon les besoins. Ensuite ou conjointement, elles doivent accompagner le recouvrement des droits potentiels en particulier à la protection maladie. L'objectif final étant l'intégration ou la réintégration dans le système de droit commun.

C'est une forme appliquée du principe de reconnaissance et d'usage du droit commun censé garantir le « respect de l'égale dignité de tous les êtres humains » par « l'égal accès de tous aux droits fondamentaux », en particulier le droit à la santé. Idéalement, l'accès à la PASS et l'intégration au système de santé de droit commun peuvent constituer une première marche vers une insertion plus générale ; cette orientation limite aussi le risque théorique d'instaurer un système parallèle, celui d'une filière médicale spécifique pour les plus démunis.

Les modèles d'accès aux soins différencient aussi des étapes : - l' « accès théorique » considéré comme l'accès aux droits, - l'« accès primaire », c'est à dire le premier contact avec le système de soins, et - l' « accès secondaire », à savoir la manière dont se déroulent les soins après un premier contact [16]. A chacune de ces étapes interviennent de nombreuses interactions multifactorielles déterminantes.

Pour les personnes en situations de précarité, cette dynamique schématique de la PASS et les modèles d'accès aux soins apparaissent en partie simplificateurs. Le recouvrement des droits est un élément préalable et indispensable, parfois complexe et soumis à une forme d'arbitraire ; mais leur acquisition ne suffit cependant pas à garantir un accès effectif. En pratique, au-delà des droits, dans des situations de non recours ou de difficultés d'accès aux soins, les PASS doivent avant tout constituer un contact sanitaire, favoriser la confiance et l'adhésion, c'est-à-dire « des conditions de possibilité » (intégrant les conditions d'existence individuelles et sociales) selon M. Joubert [17:62], qui seules peuvent ouvrir la voie vers un possible usage effectif du système de santé.

Mais ces démarches, leurs modalités et le temps nécessaire sont variables. Les trajectoires individuelles et les identités des consultants sont diverses, les nombreuses problématiques associées hétérogènes. Le parcours de soins se construit en interaction avec le parcours de vie.

En 2008, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) proposait des **recommandations** (annexe p.164-165) pour « mesurer l'efficacité de la PASS », et suggérait des pistes d'évaluation de :

- « l'impact de la PASS » par « l'effectivité et le taux de retour au droit commun (droits sociaux et médecin traitant) » avec l'utilisation « de fiches de suivi médicosocial et de transmission »,
- « l'adéquation de la réponse de la PASS aux besoins », avec par exemple « le taux de retour à la PASS en raison de perte des droits sociaux »,
- « la satisfaction des usagers », par des enquêtes qualitatives ponctuelles.

Dans le cadre de l'évaluation du retour au droit commun, aucun indicateur n'était réellement défini.

C'est sur cette base que notre travail, par l'analyse du parcours de soins des consultants, propose une évaluation locale du retour au droit commun. Le passage par la PASS accompagne-t-il réellement vers un accès effectif au système de santé de droit commun ? Des indicateurs pertinents pour l'évaluer sont-ils accessibles ? Et quels sont les déterminants identifiables de la fréquentation de la PASS et du retour au droit commun ? Quelles sont les modalités de cette orientation potentielle ? Tout ceci dans le cadre territorial de Chambéry et alentour, et du réseau Santé Précarité existant.

Avant de présenter les situations particulières de l'évaluation à la PASS de Chambéry, nous préciserons ici les définitions de termes utilisés pour éviter certaines ambigüités. Nous évoquerons les éléments principaux des champs de l'évaluation dans le contexte de notre travail, des données identifiées sur l'accès aux soins des personnes en situations de précarité, et des expériences d'évaluation du retour au droit commun déjà entreprises dans certaines PASS.

Parcours de soins : nous utilisons ce terme à l'intersection de deux notions éloignées: une notion administrative restrictive, celle du parcours de soins coordonné défini par l'assurance maladie (décrite dans les généralités) et une notion plus vaste (voire infinie), celle des itinéraires thérapeutiques. Cette approche anthropologique peut se définir comme l'analyse des choix thérapeutiques, de la quête de soins (et de sens, élargie parfois à l'ensemble des situations d'*infortune*) dans un contexte de pluralisme médical [39]. Elle intègre les logiques relatives individuelles comme les rapports sociaux qui les influencent, les dimensions culturelles et sociales.

En pratique, nous limitant aux recours biomédicaux, nous pouvons ainsi définir le parcours de soins comme la succession des contacts sanitaires (consultations médicales en particulier de médecine générale dans le projet PARAD, élargie à l'ensemble de l'offre « officielle » de soins dans l'enquête qualitative) qu'une personne peut rencontrer au cours de notre période d'étude ou d'observation.

Système de santé de droit commun (ou droit commun): ce terme tel que nous l'utilisons désigne l'ensemble du système de santé français auquel toute personne a potentiellement accès par un droit à l'assurance maladie: médecins généralistes et spécialistes en cabinet libéral, centres hospitaliers publics, centres hospitaliers spécialisés, cliniques privés, centres de protection maternelle et infantile, centres médico-psychologiques… Les PASS, par opposition, sont alors considérées comme un dispositif d'exception, hors du droit commun, de par leurs missions éventuellement, mais surtout par le mode de financement particulier et l'accessibilité théorique indépendante de l'accès aux droits qui les caractérisent.

Effectivité (ou « efficacité pratique », en anglais « effectiveness »): ce terme se définit comme le degré d'accomplissement d'un objectif ou d'une intervention dans les conditions d'utilisation réelles [40], en l'occurrence dans notre travail celui de l'accès aux soins des personnes en situations de précarité et celle de l'orientation depuis la PASS vers le système de santé de droit commun. Il comprend à la fois les conditions et les niveaux d'application d'une politique, d'un droit ou d'un dispositif de santé. L'effectivité ainsi définie se distingue de l'efficience (c'est-à-dire le rapport entre les résultats obtenus et les ressources notamment économiques utilisées) et l'efficacité (ou « efficacité théorique », c'est-à-dire le niveau de résultats bénéfiques produits par une intervention dans des conditions idéales, habituellement déterminés dans le contexte d'un modèle expérimental).

1 Evaluations en santé

Les recommandations DHOS portant sur l'organisation et l'évaluation de l'efficacité des Pass s'inscrivent dans le cadre général de l'évaluation des établissements de santé, dont elles s'inspirent en partie.

1.1 Etablissements de santé et certification

La certification des établissements de santé, décrite sous forme de manuel par la Haut autorité de santé (HAS), vise à apprécier le système de management de la qualité, des aspects spécifiés de l'organisation des soins et les démarches d'EPP [41]. Elle représente un modèle d'évaluation externe. Si cette certification ne s'applique pas aux activités médicosociales, même lorsque celles-ci s'exercent au sein d'un établissement de santé, de nombreux éléments mentionnés semblent repris dans les recommandations sur les PASS.

Si l'efficience des pratiques, les considérations dites "médico-économiques", inspirent de façon transversale cette certification, le manuel souligne aussi l'importance de la prise en compte des observations et des niveaux de satisfaction du patient et de ses représentants, avec la participation effective des usagers aux instances et à la vie de l'établissement, aux démarches qualité et à l'amélioration du service rendu par l'établissement. De même, l'implication du patient dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique est recommandée.

Ainsi, soulignons deux références particulières spécifiées :

- l'évaluation de la pertinence des pratiques, soit l'adéquation aux besoins des patients (réf. 40) ;
- l'évaluation de la satisfaction du patient, de son entourage et des correspondants externes (réf. 43).

Par ailleurs, l'objectif affiché de la HAS « n'est pas tant de promouvoir des méthodes d'évaluation que d'organiser des modalités d'exercice clinique qui portent en elles-mêmes leur volet d'évaluation ».

1.2 Evaluation dans le champ médicosocial

L'ensemble du fonctionnement de **l'action sociale et médicosociale** [42] est redéfini dans la loi du 2 janvier 2002 du code de l'action sociale et des familles (CASF). L'article L. 116-1 donne la cohérence générale de cette action : « promouvoir l'autonomie et la protection des personnes qui ont besoin d'une aide publique, et en particulier des plus vulnérables et des plus démunies ». Les nouveaux mécanismes de planification, d'autorisation et de contrôle des services et établissement sociaux s'inspirent étroitement de ceux qui existent dans le système de santé ; en matière de régulation, les mesures s'inspirent des instruments du dispositif hospitalier, insistant sur les liens entre activité et qualité, cibles des politiques d'évaluation dans ce champ particulier.

Dans le cadre général des **politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé**, le rapport du HCSP déjà cité [16], tout en signalant les carences évaluatives en la matière, invite à « développer les méthodes d'évaluation des interventions dans le domaine des inégalités sociales de santé ». Sur le plan technique, il évoque l'intérêt des « appariements de bases de données dans le système de santé et d'assurance maladie […] de nature à enrichir considérablement l'étendue des données exploitables » (proposition 4). Plus généralement, le rapport recommande « la production de données à un niveau géographique fin », et le développement d' « indicateurs de mesure de l'accès primaire et secondaire aux soins » (proposition 6). Il précise aussi des éléments sur les conditions d'évaluation, citant le cadre

« prometteur de l'évaluation réaliste »[I], ou encore « l'interdisciplinarité […] et la capacité à utiliser conjointement des données qualitatives et quantitatives » (proposition 13).

2 Accès aux soins des personnes en situations de précarité

Même si cette thématique peut sembler marginale dans les champs médicaux ou de l'épidémiologie, les études produites et la littérature apportent cependant de nombreux éléments de connaissance et d'orientations. Nous relevons ici quelques travaux spécifiques qui construisent notre problématique, sous une forme de revue mais sans exhaustivité, et nous limitant aux données françaises.

L'Enquête Soins et protection sociale (ESPS) de l'IRDES apporte une analyse détaillée des déterminants individuels de la santé, de l'état de santé déclaré et des recours aux soins, à l'échelle exclusivement nationale[II] [16]. Un sur-échantillon de patients bénéficiaires de la CMUC est enquêté depuis 2006. Deux nouvelles problématiques sont analysées en 2008: l'accès aux soins des assurés CMU-C selon une approche par le renoncement aux soins, et un rapprochement avec les centres d'examen de santé pour une comparaison des résultats des échantillons ESPS et des centres techniques d'appui et de formation des centres d'examens de santé (CETAF) selon les scores Epices. Si ces éléments confortent une orientation descriptive en direction des personnes en situations de précarité, précisons que seuls les affiliés à un régime d'assurance maladie et disposant d'un logement personnel sont enquêtés, excluant les bénéficiaires de l'AME, les personnes en hébergement collectif ou sans domicile.

S'appuyant en partie sur ces données, la DRESS a analysé le recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUC, en 2006 [44]. Si les données confirment le moins bon état de santé (selon le mini module européen[III]), l'étude rapporte que le renoncement déclaré aux soins (15% pour les hommes, 20% pour les femmes), essentiellement optiques et dentaires, n'est pas significativement différent de celui déclaré par les personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire privée. Un recours moins fréquent au médecin spécialiste est cependant constaté, notamment de la part des femmes, ce recours au spécialiste se faisant plus fréquemment dans le cadre d'une consultation hospitalière (deux fois plus fréquent dans ce cadre que celui des personnes couvertes par une protection complémentaire privée).

[I] L'évaluation réaliste est un concept d'évaluation des interventions (en santé publique) dans des systèmes complexes et auto-adaptatifs, basé sur des études de cas. La question centrale n'est pas "est-ce que ça marche?" mais plutôt "comment ça marche?"[43].
[II] Réalisée tous les deux ans, ESPS est effectuée auprès d'un échantillon d'assurés sociaux de 7 000 ménages, correspondant à 20 000 personnes.
[III] Le mini-module européen est un indicateur de l'état de santé qui comprend les déclarations de l'état de santé ressenti, d'une maladie chronique et d'une limitation fonctionnelle de l'activité.

Une enquête sur les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins a aussi été menée par la DREES à Paris, en Seine-Saint-Denis et au Val-de-Marne en 2007, essentiellement dans des structures hospitalières ou associatives auprès de 1236 personnes consultantes ou hospitalisées et des médecins concernés [45]. Un bénéficiaire de l'AME sur quatre déclare avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois. Le renoncement pour raison financière concerne essentiellement des soins de premier recours : médecin, médicaments et examens médicaux. Plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois a expérimenté un refus de la part d'un professionnel de santé, le plus souvent un médecin ou un pharmacien (de nature donc différente des refus de soins des bénéficiaires de la CMUC). Un besoin de soins urgents en lien avec un retard dans l'accès aux soins (principalement engendré par les obstacles financiers et les refus de soins) est observé pour 15% des consultants, près de 50% des personnes hospitalisées. Les résultats de cette enquête ne sont pas représentatifs de la population bénéficiaire de l'AME dans son ensemble, mais seulement des bénéficiaires ayant un recours aux soins dans les structures enquêtées et ayant accepté de répondre[I].

L'IRDES a mené entre 1999 et 2000, avant la mise en place de la CMU, une enquête dite Précalog auprès des consultants de 80 centres de soins gratuits en France, avec près de 600 patients, sur leur état de santé et leurs modes de recours aux soins [46]. Le recueil de 24 récits de vie qualitatifs a permis de réaliser une analyse sociologique de leurs rapports à la santé et au système de soins. Une appréhension et une méfiance à l'égard des médecins sont observées : une personne sur huit déclare avoir peur d'aller chez le médecin, plus une personne déclare de problèmes avant 18 ans et plus cette peur du médecin est présente[II]. L'analyse multidimensionnelle des données a permis de construire une typologie des recours aux soins, qui révèle trois logiques: « d'adhésion aux soins médicaux », « de résistance à la démarche de soins médicaux », « de refus des soins médicaux ou de renoncement ». Les logiques d'adhésion aux soins correspondent plus souvent à des conditions de vie moins dégradées. Le « cumul des facteurs exogènes et endogènes de la précarité » s'associe à un refus ou un renoncement, en particulier pour les individus ayant déclaré au moins deux problèmes juvéniles, ceux ressentant des sentiments de menace ou d'anxiété dans leurs relations avec les médecins. L'étude relève ainsi « une très forte concordance entre les difficultés à mobiliser les ressources de protection de soi et un état de détresse, d'isolement et de manque affectif fortement ancré ».

Sociologue, I. Parizot a étudié les rapports qui lient les patients de centres de soins gratuits avec leur prise en charge et le personnel de ces centres, les identités et les liens sociaux associés. Dans l'ouvrage « Soigner les exclus » [47], elle analyse « l'influence des cadres de l'assistance socio-médicale sur la carrière morale des patients démunis », cherche à comprendre les « processus de construction

[I] Les maladies infectieuses graves (hépatites virales, infection au VIH, tuberculose) constituent par ailleurs 9 % des diagnostics, alors même que l'incidence de ces pathologies est très faible en population générale.
[II] L'analyse détaillée des réponses indique que des logiques de défiance semblent plus ancrées parmi les populations précarisées. Les entretiens suggèrent néanmoins que cette méfiance, souvent reliée à l'histoire personnelle, reste en général circonscrite à un groupe de soignants (médecins libéraux et psychiatres notamment).

identitaire » et les « rapports de sens », sous l'angle de l'institution de soins. Une typologie dynamique des expériences vécues par les patients se dégage en fonction du mode de fréquentation:

- à la fréquentation ponctuelle s'associe des *expériences d'humiliation* ou *de pragmatisme*,
- à la fréquentation régulière s'associe des modes d'adaptation avec une *expérience d'apprentissage*, puis *d'installation*, puis (et/ou) une phase de *revendication* de la prise en charge,
- à la fréquentation instable, signe d'une distance des institutions, peuvent enfin s'associer une *instrumentalisation des services* ou à l'inverse une *crise dans la marginalité* liée à la stigmatisation et la répétition d'expériences d'échec.

Initialement 3 centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde et un « dispositif précarité » de l'AP-HP, entre 1995 et 1998, ont constitué le terrain de l'enquête ; celle-ci s'est par la suite étendue, et associée à une étude socio épidémiologique: le projet Précar, mené entre autres par P. Chauvin et l'INSERM [48].

Ces équipes élargies, regroupées au sein du programme de recherche « Santé, inégalités et ruptures sociales », ont constitué la cohorte SIRS[I], sur-représentant les personnes des quartiers en difficulté et recueillant des données approfondies sociales, sanitaires et territoriales, objectives et subjectives, en particulier sur le recours aux soins (assurance, préventif, curatif). Les dimensions à la fois transversales et longitudinales sont ainsi explorées, et des facteurs territoriaux et d'intégration sociale mis en lumière.

Enfin, l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde présente un rapport annuel issu du recueil de données relatives aux conditions de vie, aux difficultés sanitaires, d'accès aux droits et aux soins des personnes accueillies dans 21 CASO. En 2009, 25863 personnes (dont 90% étrangères) ont bénéficié de 40341 consultations médicales et dentaires ; 62 % des patients n'ont vu le médecin qu'une seule fois. Un accompagnement social est aussi proposé, orienté principalement sur le droit à l'assurance-maladie. Selon le rapport 2009 de l'observatoire [49], pour près de la moitié des diagnostics posés, les patients nécessitent une prise en charge d'une durée d'au moins 6 mois. Plus de 84 % des patients n'ont aucune couverture maladie lorsqu'ils sont reçus la première fois dans les CASO et 81 % des personnes qui ont droit à une couverture maladie n'en ont aucune. Les problèmes de domiciliation (29%), la barrière linguistique (26 %), la méconnaissance de leurs droits et des structures délivrant des soins (26 %), les difficultés administratives (24 %) sont les obstacles principaux d'accès aux droits et aux soins relevés par les personnes consultantes, traduisant selon les rapporteurs « une complexité grandissante pour accéder aux droits ». En plus des difficultés

[I] Cette cohorte constitue un échantillon représentatif de l'agglomération parisienne (départements 75, 92, 93 et 94) qui compte 3 000 individus interrogés dans cinquante Iris différents. Pour l'étude des déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, l'objectif est de comparer des caractéristiques socio-sanitaires en fonction du type d'îlots de résidence des individus : zone urbaine sensible (Zus), quartier de type « ouvrier » (et non situé en Zus) ou quartier de type « moyen ou supérieur » (et non classé en Zus), au cours de questionnaires menés en face à face. Ces questionnaires ont déjà été réalisés en 2005, 2007 puis 2009.

financières[1] et des refus de soins persistants évoqués, le rapport souligne aussi que «le contexte répressif et législatif a indéniablement pour effet l'éloignement des personnes des structures de santé et du recours à la prévention et aux soins ».

3 Evaluations du retour au droit commun depuis les PASS

Dans le cadre particulier du retour au droit commun des personnes consultantes à la PASS, trois expériences d'évaluation identifiées (là encore, sans exhaustivité) nous ont semblé particulièrement intéressantes :

- PASS de Saint-Etienne et évaluation à 6 mois en lien avec la CPAM locale ;
- PASS de l'Hôtel-Dieu de Lyon, étude de cohorte et entretiens de consultants ;
- PASS de Créteil, analyse quantitative et sociologique de l'orientation vers un médecin relais.

3.1 Expériences identifiées

La PASS du CHU de Saint-Etienne a mené en 2005, en partenariat avec la caisse primaire d'assurance maladie de Saint-Etienne, l'étude "PASS et réintégration dans le système de soins de droit commun" [51].

L'unité disposait en 2005 d'un personnel spécifique (médecin et infirmier à 0,5 ETP, assistant social temps plein) et d'un espace indépendant, mitoyen du service des urgences avec accueil administratif commun. Selon le bilan d'activité 2005, 611 personnes ont été reçues (586 d'entre elles avec au moins une consultation médicale). Moins de 20% des consultants sont français, les étrangers étaient principalement en demande de titres de séjour (38%). Plus de 80% des consultants n'avaient pas de droit à l'assurance maladie, ou une protection incomplète (sans mutuelle). A la fin de l'année, 377 personnes étaient perdues de vue, 110 constituaient la file active de la consultation médicale et un relais avait été proposé à 99 personnes consultantes vers le système de soins de droit commun (relais nominatif ou non nominatif auprès d'un médecin généraliste, ou autre : sage femme par exemple). Ces dernières avaient toutes obtenu un droit à l'assurance maladie (AME pour 27%).

[1] Les effets de seuil semblent notamment déterminants, comme en témoigne l'augmentation récemment constatée de personnes consultantes dans les Caso ne disposant pas de mutuelle complémentaire, et écartées de la CMUC pour des revenus supérieurs aux montants de ressources maximum exigés.

L'étude réalisée porte sur ces 99 personnes. Elle évalue leur recours aux soins 6 mois après le relais, par le recueil des données de remboursement de la CPAM locale. Au cours de cette période de 6 mois, 64% des personnes ont consulté au moins une fois en médecine générale, 34% au moins une fois un médecin spécialiste et 38% en consultation hospitalière. Pour 30 % des patients de l'étude, aucune consultation médicale dans le département n'a été enregistrée. Le type de logement (stable ou instable) n'influençait pas le niveau de recours aux soins, le type de relais nominatif - réalisé pour 67% des personnes - semble favoriser, par rapport à un relais non nominatif ou autre, la consultation d'un médecin généraliste (selon une variable binaire oui ou non), sans démonstration statistique. Les auteurs, E.Rivollier et V.Bourgin (respectivement médecin et assistant social de la PASS de Saint-Etienne), soulignent que seuls « les patients les plus observant » sont concernés par l'étude, « pour les autres, le recours à notre [la] consultation est ponctuel sans que nous puissions enclencher un véritable suivi et sans que nous ayons pu recueillir des données suffisantes pour les inclure dans cette étude ». Ils ajoutent qu' « une durée d'observation de six mois est courte pour évaluer une insertion durable dans le système de soins de droit commun » et concluent « que la prise en charge d'un patient par l'unité PASS peut être un atout supplémentaire pour une insertion ou réinsertion dans le système de soin de droit commun, si nous arrivons dans un premier temps à obtenir une adhésion aux soins dans notre unité », et que cette orientation « dépend en partie de la qualité du relais que nous passons et de la constitution d'un réseau de médecins généralistes partenaires ».

A la PASS de l'Hôtel-Dieu à Lyon, S.Pailhes a réalisé une thèse de médecine: «De la PASS au système de santé de droit commun», soutenue en 2008 [52]. A partir du constat général que la fréquentation de la PASS se poursuit au-delà du recouvrement des droits à l'assurance maladie, et plus qu'une évaluation du retour au droit commun, elle propose une analyse pour « expliquer les difficultés à quitter les services de PASS […] et à entrer dans le système de santé de droit commun », et cherche à identifier « certains éléments permettant de comprendre cet état de fait ».

Par l'étude quantitative d'une cohorte des primo-consultants (médicaux) en 2006, elle propose des facteurs prédictifs ou obstacles influençant le délai supposé du retour au droit commun, défini ici par l'absence de consultation à la PASS pendant plus de quatre mois. Sur 406 patients primo-consultants en 2006, 253 patients ont été inclus, selon l'identification de la date d'ouverture des droits à l'assurance maladie. Parmi eux, 151 furent perdus de vue avant l'obtention des droits, des analyses explicatives sont effectuées sur les 102 patients restant à 2, 3 et 6 mois de la date d'obtention des droits. Selon l'auteur, « 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 » semblent mises en évidence.

Identifiant préalablement des facteurs prolongeant la durée de fréquentation de la PASS (liés au patient et leur environnement, à la PASS et au système de santé de droit commun), S.Pailhes poursuit son étude par des entretiens semi-dirigés avec des patients consultants à la PASS[I] et des professionnels de la PASS. L'objectif 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 », « de décrire les représentations […] le vécu de l'orientation à la fois par les soignants et les soignés » et « de comprendre leur rapport à la santé et à l'autre dans la relation médecin-malade ».

Au regard des facteurs cités, de nombreux éléments étaient discutés :

- pour les facteurs liés aux patients: « l'influence de la pathologie (psychiatrique, sévère ou qu'ils ne comprennent pas) », ou « 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 », « l'instabilité de leur domicile, l'insuffisance de réseau familial ou social, et la précarité de leur statut administratif »;
- pour les facteurs liés à la PASS : « l'accueil, l'écoute, la communication […] la souplesse et le temps pris à la PASS, ainsi que l'existence d'une prise en charge sociale » ;
- pour les facteurs liés aux professionnels de la PASS : « la peur de nuire, la méconnaissance du système de santé d'aval et l'absence de retours » ;
- enfin, pour les facteurs liés au système de santé de droit commun : « la complexité de l'organisation spatio-temporelle, les difficultés administratives […] ; les refus et les discriminations […] la mauvaise coordination entre les différents acteurs et l'absence de réseau formalisé autour de la précarité ».

La PASS du centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC) et le centre de consultations médicales et sociales (CCMS) de "Créteil Solidarité"[II], associés dans le réseau sanitaire et social des pratiques coopératives de Créteil (RSSPCC), développent des évaluations régulières, qualitatives et sociologiques, notamment sur l'orientation des consultants vers le droit commun. Cette orientation repose dans ces structures sur des procédures précisées et appliquées dès le premier accueil[III]. En 2008,

[I] Ces entretiens étaient réalisés avec des patients consultants encore à la PASS plus de 6 mois après l'obtention des droits, dans les locaux de la PASS, avant ou après une consultation.
[II] Créteil Solidarité est une association médico-sociale locale, acteur du RSSPCC, qui propose un accueil administratif, des consultations médicales, un accompagnement social, et une permanence hebdomadaire auprès d'un délégué des Missions Sociales de la CPAM ; c'est une structure "apparentée " PASS mobile.
[III] A la PASS du CHIC, une Conseillère d'Orientation Sanitaire et Sociale (COSS), une fois les droits ouverts, rencontre les personnes pour trouver un médecin généraliste correspondant du réseau (74 médecins généralistes sont ainsi identifiés) et leur transmettre le dossier médical ; celui-ci est adressé en parallèle au médecin choisi par courrier avec un courrier de retour. En cas de non retour, la COSS appelle le médecin relais concerné afin de savoir « si le patient a donné ou non suite à l'orientation en ville ». Au CCMS, un protocole d' « orientation

544 personnes sont venues consulter pour la première fois, dont 467 pour une consultation médicale. Parmi ces patients, un peu moins de 90% sont étrangers dont près de la moitié sans titre de séjour. Seul 10% de l'ensemble des personnes a des droits ouverts à l'assurance maladie, plus de 70% ont des droits potentiels [53].

Selon l'évaluation quantitative du CCMS portant sur 2007, une orientation primaire s'est faite pour 9 personnes (simple accueil et orientation) [54]. Pour 270 personnes comptabilisées (avec dossier administratif, social et médical complet), 128 ont bénéficié d'une ouverture de droits à l'assurance maladie (AME pour 75%) - instruits par la déléguée de la CPAM dans la structure. Et parmi elles, 80 personnes soit 62,5% des personnes bénéficiaires de droits ont été réorientées dans le système de droit commun. Cette orientation secondaire était confirmée par retour de courrier dans près de la moitié des situations.

Une enquête sociologique à la PASS du CHIC a été menée en 2007 par B.Kail : « Parcours de soins des consultants de la PASS – Enquête qualitative » [55]. L'objectif était de « recueillir leur [les consultants] parcours de santé, à la fois dans leur pays d'origine et en France, mais aussi leur connaissance du système de santé afin de comprendre et analyser le vécu et la mise en pratique de l'orientation proposée ». Huit consultants furent interviewés, chacun à deux reprises : lors de la consultation d'orientation puis cinq à six mois plus tard. Tous étaient des étrangers hors UE avec une présence en France très variable, une personne a acquis la nationalité, les autres étaient sans titre de séjour valide, trois poursuivant des démarches en ce sens. Malgré les dispositions en vigueur à la PASS, B.Kail relève que le « dispositif est mal identifié » par les patients, « parfois assimilé à une consultation pour sans-papiers », et que les notions d' « être dans le système de droit commun [ou de] médecin référent » et « le caractère provisoire du dispositif » sont insuffisamment comprises. Concernant le vécu de l'orientation, l'auteur analyse que la « conscience […] d'accéder à une prise en charge se rapprochant du système de droit commun, et […] le sentiment d'intégrer la norme » s'associent à une meilleure acceptation, de même « lorsqu'elle [l'orientation] permet un retour à une pratique antérieure ». Cependant, cette orientation peut « se heurter aux conditions de vie de la personne », en particulier les conditions d'instabilité du logement. Elle peut aussi sembler « venir trop tôt », au regard de l'attachement des personnes avec la structure et en lien avec leur parcours de vie, certaines personnes interviewées évoquant « un sentiment de dette ».

primaire » permet d'orienter directement vers un professionnel en ville les personnes qui se présentent avec des droits ouverts. Pour les autres, après recouvrement des droits, une « orientation secondaire » est effectuée vers un médecin de ville de façon concertée et nominative.

3.2 Situation à la Pass de Chambéry

A la PASS de Chambéry, aucune évaluation spécifique du retour au droit commun n'avait jusque là été engagée. La question de l'orientation et du parcours de soins participait de la réflexion ou des préoccupations quotidiennes dans le cadre de la prise en charge des consultants, mais sans formalisation particulière.

L'activité permanente de la PASS est cependant mesurée par un recueil informatique. Chaque consultation médicale notamment est enregistrée au moyen d'une fiche statistique. Parmi les informations relevées (et au début de notre réflexion), on trouvait: des informations classiques (âge, sexe, nationalité, cause médicale et spécialité concernée), des données administratives générales (titre de séjour, droit assurance maladie, lieu d'hébergement, maîtrise de la langue française, des éléments liés à l'orientation (structure adressant le consultant, orientation secondaire, type de rendez-vous donné selon les niveaux d'urgence et de délai). A partir de ce fichier d'activité informatisé, un bilan résumant les données d'activités médicales, paramédicales et sociales est édité chaque année, couvrant les activités intra et extra-muros.

Mais, au-delà de préciser le nombre de consultations moyennes par consultant, la part des primo-consultants et leurs particularités par rapport à l'ensemble des consultants ou le nombre et la nature des interventions sociales entreprises, le bilan d'activité n'apportait pas d'élément plus précis sur les parcours individualisés. Le recueil entrepris ne permettait pas en l'état un suivi personnalisé social ou médical rétrospectif de l'accompagnement dans le dispositif, en termes d'accès aux droits comme aux soins.

Les patients de la PASS intra-muros, comme tout patient consultant ou hospitalisé à l'hôpital, sont de plus enregistrés dans le dossier informatique hospitalier (avec les observations, les bilans ou les ordonnances éventuelles).

Dans le cadre du recouvrement des droits, en dehors des situations concrètes où les personnes reviennent consulter l'assistante sociale ou un soignant après l'obtention d'une affiliation, aucun élément ne permettait réellement de mesurer l'effectivité de l'accès au droit. Les retours d'informations après une demande d'ouverture de droits n'étaient pas directement disponibles. De plus une partie de ces demandes peut se faire par d'autres assistantes sociales, en particulier du CCAS à l'Espace solidarité où se situe le Point santé.

Par ailleurs, l'orientation vers le droit commun est organisée sans protocole préétabli, de façon individualisée, pour chaque patient, selon les possibilités et les types de fréquentation. Ceux-ci sont en pratique très variés (notamment entre les activités du Point santé et de la PASS intra muros).

Une partie correspond à une population spécifique du dispositif, c'est-à-dire sans droit ou à distance d'un contact sanitaire. Pour d'autres consultants, la PASS peut constituer une sorte de relais complémentaire d'autres professionnels soignants (médecins traitants de ville ou institutions), dans des situations sanitaires ou contextuelles complexes.
Ainsi, certains patients peuvent être orientés vers un médecin traitant de ville avec un courrier d'accompagnement, d'autres reçoivent en main propre les données médicales et les résultats des bilans éventuellement engagés, certains encore peuvent poursuivre un suivi à la PASS, éventuellement en complément ou en coopération avec un suivi dans le droit commun. Enfin, une partie de la population peut être considérée comme perdue de vue, parfois de façon transitoire, sans qu'une orientation dans le droit commun n'ait été en pratique formalisée.

L'analyse de l'orientation vers le droit commun et plus généralement l'observation des parcours de soins des consultants de la PASS relevaient donc plus d'une observation intuitive de la part des professionnels, sans élément objectif plus précis.

L'existence et la fonctionnalité du réseau Santé Précarité chambérien, les liens tissés entre les différents acteurs socio-médicaux participent cependant indirectement d'un certain suivi des parcours de soins à la PASS et à l'intérieur du réseau, dans le cadre de l'accompagnement socio-médical plus général.
Une double évaluation de ce réseau, de la connaissance du réseau par le public ciblé d'un côté [56] et de l'organisation et du fonctionnement entre les différents partenaires d'un autre côté [57], a été entreprise en 2003. Mais cette évaluation ne visait pas spécifiquement le parcours de soins des personnes en situation de précarité, encore moins l'orientation vers le droit commun. La faible mobilisation des acteurs médicaux libéraux était tout de même évoquée, avec des recommandations pour une ouverture du réseau sur ce point.

C'est à partir de ces observations pratiques et des particularités du dispositif chambérien, de l'analyse des expériences d'autres PASS et des données quantitatives et qualitatives sur l'accès aux soins énumérées, que nous avons proposé au regard de cette problématisation notre modèle d'observation et d'évaluation, en lien avec les différentes recommandations dans le domaine, notamment celles de la DHOS.

3ème PARTIE : Étude

Les modèles d'évaluation, dans le cadre des recommandations, proposent de mesurer l'efficacité et l'impact des PASS dans l'orientation ou la réorientation des consultants vers le droit commun, en rapport avec la mission règlementaire définissant ces dispositifs [3].

Une partie des éléments d'évaluation se basent sur la mesure d'indicateurs de l'efficacité, marqueurs d'objectivité et permettant des comparaisons. Ceux-ci se limitent cependant en pratique aux données accessibles. A Chambéry, le fichier d'activités informatique de la PASS apporte certains éléments sur les données initiales de prise en charge à la PASS. Celles du suivi à la PASS et surtout celles du recours aux soins dans le droit commun nécessitaient une recherche supplémentaire.
Selon les PASS, les modes d'organisation et les populations consultantes sont par ailleurs très diverses.

Cette évaluation doit aussi s'inscrire dans une approche temporelle et longitudinale, elle ne peut se limiter à une simple mesure instantanée. Les processus de précarisation ou de rétablissement comme les conditions d'une accroche sanitaire et d'un suivi médical se définissent en effet dans une dynamique, dans la durée. De même, les conditions administratives, qui participent au recours aux soins, évoluent. Les droits à l'assurance maladie ou à un titre de séjour sont réévalués périodiquement[I].
Les possibilités de cette orientation reposent aussi sur des déterminants multiples et interactifs, dans un contexte global, complexe et évolutif. Le caractère socio-médical du dispositif contribue par essence à cette complexité. Une approche transversale apparaît s'imposer.

A Chambéry en particulier, en plus des éléments structurels sociaux ou administratifs, individuels et sanitaires, la présence d'un réseau local Santé Précarité participe activement aux propositions d'accompagnement.
L'analyse des déterminants du recours aux soins, partiellement présentée dans les généralités et dans certains travaux de recherche recensés, identifie en outre des éléments subjectifs fondamentaux.

Ainsi, nous avons proposé un modèle d'évaluation associant une approche quantitative et une approche qualitative de type réaliste, regroupant des dimensions longitudinale et transversale, des indicateurs objectifs et des éléments plus subjectifs et contextuels.

[I] La demande de CMUC est à renouveler tous les ans. Le temps d'instruction d'une demande d'asile par l'Ofpra et la CNDA est très variable, la majorité se situant entre un et 2 ans.

L'analyse des données du fichier d'activités informatique associées aux dossiers médicaux hospitaliers, suivie d'un regroupement avec les données d'affiliation et de consommation de soins de la caisse primaire d'assurance maladie nous ont permis de construire une étude de cohorte historique du parcours de soins à la PASS et dans le droit commun, avec un temps d'observation de 24 mois.
Des observations pratiques, des contacts avec les professionnels de la PASS et les intervenants sociaux, puis des rencontres avec des personnes consultantes ou ayant consulté le dispositif ont participé à l'élaboration de l'étude qualitative sous forme d'entretiens contextualisés.

Nous présenterons donc successivement l'étude quantitative et l'étude qualitative.

1 Etude quantitative : le projet PARAD

1.1 Justification de l'étude et objectifs

Les données descriptives éclairant le parcours de soins des personnes consultantes à la PASS du centre hospitalier de Chambéry sont parcellaires et limitées. L'orientation vers le droit commun n'avait pas été précisément analysée ; seules des impressions intuitives et subjectives témoignaient de cette mission réglementaire, attention pourtant quotidienne des professionnels du dispositif.

Les personnes consultantes à la PASS intègrent-elles (ou réintègrent-elles) réellement le système de droit commun ? En combien de temps, pendant quelle durée, avec quel accès aux soins ?
Au contraire, le suivi à la PASS se prolonge-t-il sans possibilité de recours au droit commun ? Voire, les personnes consultantes perdent-elles le contact sanitaire à la PASS sans autre recours au droit commun ?

En rapport avec les recommandations officielles et les préoccupations des soignants, nous avons donc proposé d'étudier le parcours de soins des consultants de la PASS et l'orientation vers le droit commun. L'objectif principal est d'évaluer l'effectivité du recours au système de droit commun des patients pris en charge à la PASS de Chambéry, et d'analyser d'éventuels déterminants du recours au système de droit commun, de proposer et d'expérimenter des indicateurs. Pour atteindre cet objectif et tenter d'approcher l'éventuel impact de la PASS, une étape intermédiaire consistera en l'analyse du parcours de soins à la PASS et des déterminants associés, avant l'orientation vers le droit commun.

Par convention, mimétisme et un sens discret de la provocation, nous dénommerons notre projet par l'acronyme PARAD (PAss et Retour Au Droit commun).

1.2 Matériel et méthodes

1.2.1 Type d'étude

L'étude est une étude d'observation longitudinale et fixe, de cohorte rétrospective ; la période de suivi s'étend du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2009. Le recueil de données s'est fait à partir du fichier d'activités de la PASS et des dossiers hospitaliers médico-sociaux informatisés, prolongé par les résultats d'une requête auprès de la CPAM 73. Nous suivons des consultants, caractérisés par certains déterminants (individuels, socio-administratifs, sanitaires), et nous cherchons à étudier les « événements d'intérêt »: le parcours à la PASS, l'orientation et le recours aux soins dans le droit commun.

1.2.2 Critères d'inclusion et de non-inclusion

La population cible dans notre étude a été sélectionnée à partir du fichier d'activités de la PASS, selon les critères d'inclusion suivant:

- patient consultant un médecin à la PASS « intra-muros » du CH de Chambéry,
- patient primo-consultant entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2007.

La population choisie est donc exhaustive de l'ensemble des personnes consultant un médecin de la PASS intra-muros pour la première fois en 2007, selon le fichier d'activités informatisé du dispositif. Certaines personnes ainsi identifiées ont cependant été exclues, le recueil des données socio-médicales dans le dossier hospitalier informatisé retrouvant une consultation à la PASS antérieure à 2007. Ceci constituant un critère de non-inclusion. Toutes les données étant complètes, aucun consultant n'a par la suite été exclu.

1.2.3 Considérations éthiques et réglementaires

Cette étude a été effectuée à partir des dossiers socio-médicaux hospitaliers[I], sans « intervention » sur la personne. Elle s'inscrit dans le cadre de l'évaluation des pratiques et de l'organisation des soins, et non dans le cadre d'une recherche clinique. L'accord de la CPAM a permis la transmission des données codées, appariées avec les identifiants autorisés. L'obtention du consentement des personnes n'a donc pas été nécessaire. Un avis auprès du département d'informatique médicale du CH de Chambéry et du responsable de la CPAM a été pris et l'accord de principe ainsi validé.

[I] Toute personne - hospitalisée ou consultante à l'hôpital, autorise de principe et réglementairement (l'information est mentionnée dans le livret d'accueil) son inscription avec identification dans les bases de données hospitalières, soumises aux autorisations CNIL.

1.2.4 Recueil des variables et variables recueillies

Le recueil des variables s'est fait sur la base d'une grille évaluative, avec codage et saisie des variables (annexe p. 166-167) de façon informatique et directe au moyen du tableur Excel©.
Les données initiales, celle du parcours à la PASS, proviennent du fichier d'activité informatisé du dispositif, approfondies par les dossiers médicaux et administratifs hospitaliers, eux-mêmes informatisés. Les données prises en compte sont celles de la première consultation médicale, sauf pour celles relatives à la prise en charge longitudinale à la PASS et les caractéristiques sanitaires. Ces dernières ont été identifiées pour l'ensemble des consultations initiales et suivantes, une variable unique a ensuite été identifiée pour chaque patient.
Ces données ont été recueillies début 2010 à la fin de la période d'étude.

Les données de la CPAM 73 ont été obtenues après une requête du service statistique de la caisse sur la base nationale de données SIIRAM, puis transfert et intégration du fichier codé - avec les résultats présentés sous forme regroupée - vers le tableur Excel©.

L'ensemble des variables recueillies peut être défini selon la classification suivante:

- *caractéristiques individuelles* (sexe, âge, maîtrise de la langue française, origine géographique);
- *caractéristiques socio-administratives*[I] (titre de séjour, logement, droit à l'assurance maladie);
- *caractéristiques sanitaires* (motif et résultat de consultations, par type de pathologies);
- *caractéristiques du passage à la PASS* (type de fréquentation, consultation spécialisée, relais externe nominatif, durée de suivi, nombre de consultations médicales);
- *caractéristiques du recours au droit commun* (identification CPAM, droit à l'assurance maladie[II], déclaration de médecin traitant, nombre de consultations remboursées en médecine générale en 2009).

1.2.5 Méthode d'analyse et présentation

Nous avons réalisé l'analyse statistique *à l'aide* du logiciel SAS© et du Professeur Köhler, responsable du laboratoire SPI-EAO à la Faculté de médecine de Nancy. La présentation graphique s'est faite *grâce* à la participation du Docteur Yasmin Khan, responsable de recherche clinique.

[I] Ces données recueillies sont strictement et exclusivement déclaratives.
[II] Pour des raisons techniques et de moyens, les données relatives à l'assurance maladie recueillies par la CPAM se limitent aux droits de sécurité sociale, sans information sur la part complémentaire.

Analyse descriptive:

En plus du dénombrement des différents effectifs, les variables quantitatives ont été analysées et exprimées en moyennes, étendues, quantiles et écarts-type selon les usages ; la variable d'âge a été discrétisée et des regroupements secondaires réalisés. Les variables catégorielles ont été analysées et exprimées en effectifs, fréquences et fréquences cumulées selon les usages ; certaines de ces variables ont été secondairement transformées en variables dichotomiques.

Analyse explicative:

Nous avons procédé de manière successive: d'abord en effectuant le dénombrement des variables quantitatives en fonction des variables qualitatives, puis à partir de tableaux de contingence et de corrélation, une analyse univariée a été réalisée (test de Khi2 ou Khi2 de Mantel-Haenszel), enfin nous avons construit un modèle de régression logistique avec une analyse multivariée.

1.3 Résultats et analyses

1.3.1 Description de la population

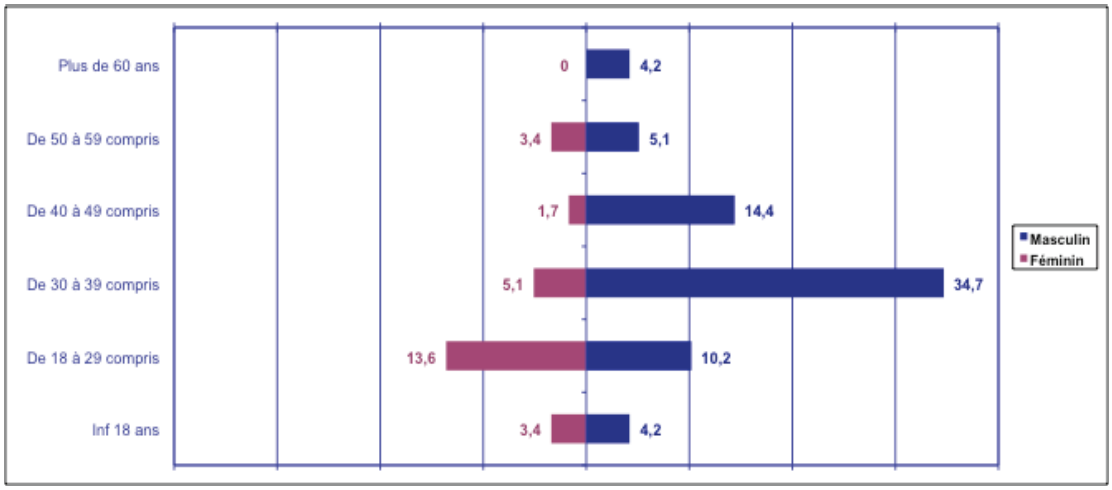
Nous avons inclus 118 personnes dans notre étude, ils représentent de manière exhaustive l'ensemble des primo-consultants à la consultation médicale de la PASS intra-muros en 2007 (127 personnes ont initialement été identifiées à partir du fichier de recueil informatisé, parmi elles 9 ont été exclues, ayant bénéficié d'une consultation antérieure à la PASS selon le dossier de consultations hospitalier).

Caractéristiques individuelles

Le sexe ratio était de 2,8 pour les hommes (soit 26,3% de sexe féminin et 73,7% de sexe masculin).

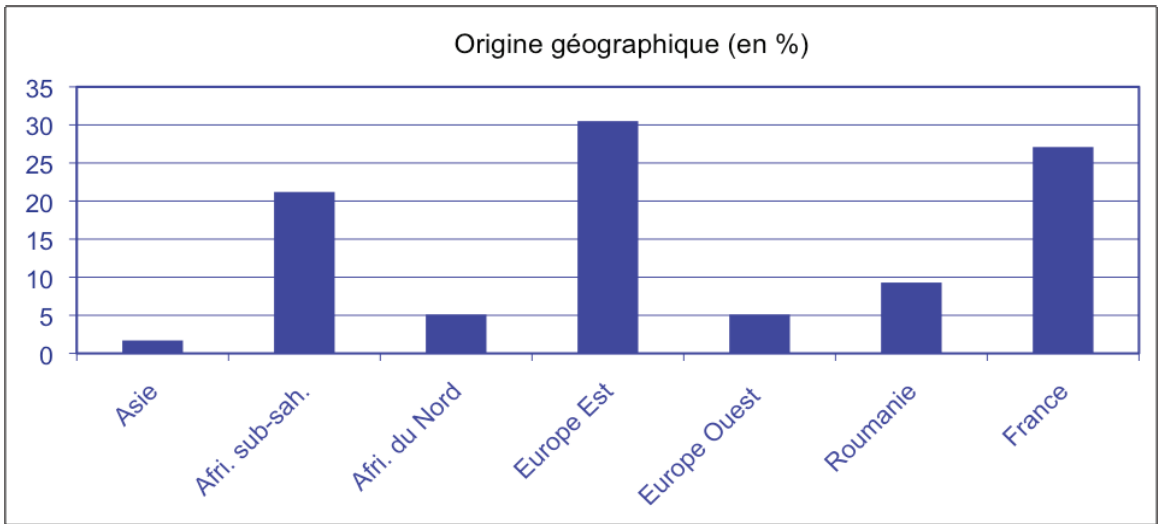
La moyenne d'âge était de 34 ans et 4 mois (à la première consultation), 27 ans et 4 mois pour les femmes, 36 ans et 10 mois pour les hommes.

Figure 1: Distribution par âge et par sexe de la population (en %, N=118)



Plus de 70% des patients étaient âgés de moins de 40 ans, 7,6% étaient des mineurs accompagnés et 4,2% avaient 60 ans et plus (ces derniers étaient tous des hommes).

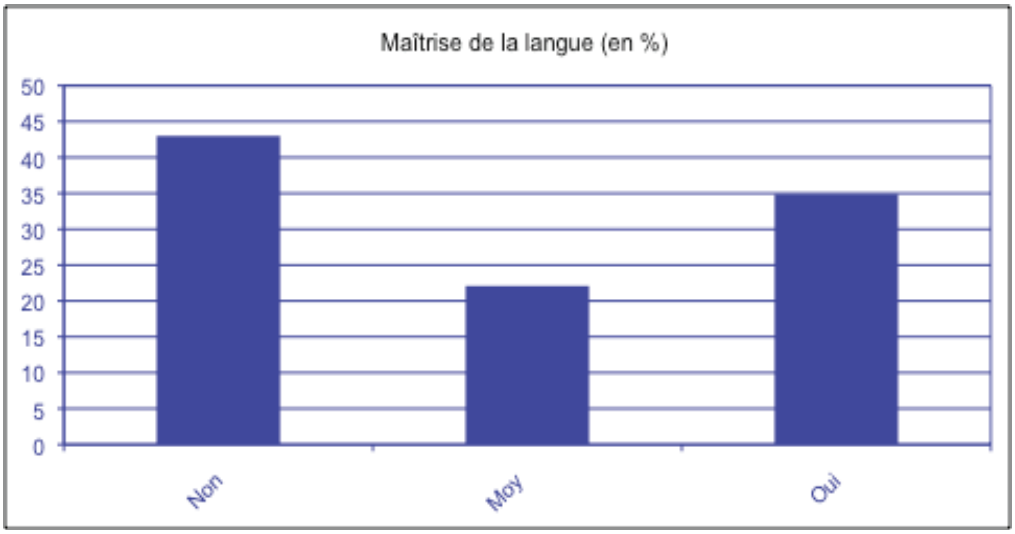
Figure 2: Répartition de l'origine géographique des consultants (N=118)



La population était composée à 72,9% d'étrangers, dont la majorité était originaire d'Europe de l'Est (30,5% de l'ensemble) puis d'Afrique sub-saharienne (21,2%). Les personnes roumaines représentent 9,3% de la population soit 11 personnes (la répartition géopolitique utilisée est présentée en annexe p.) . Les consultants français étaient donc 27,1% soit 32 personnes. Les origines par pays sont variées: Russie, Kosovo, Macédoine, Bosnie, Turquie, Arménie, Géorgie, Azerbaïdjan, Comores, République

démocratique du Congo, Angola, Cameroun, Guinée, Sierra Léone, Côte d'Ivoire, Sénégal, Bénin, Roumanie, Algérie, Maroc, Tunisie, Pologne, Espagne, Portugal, Afghanistan, Chine.

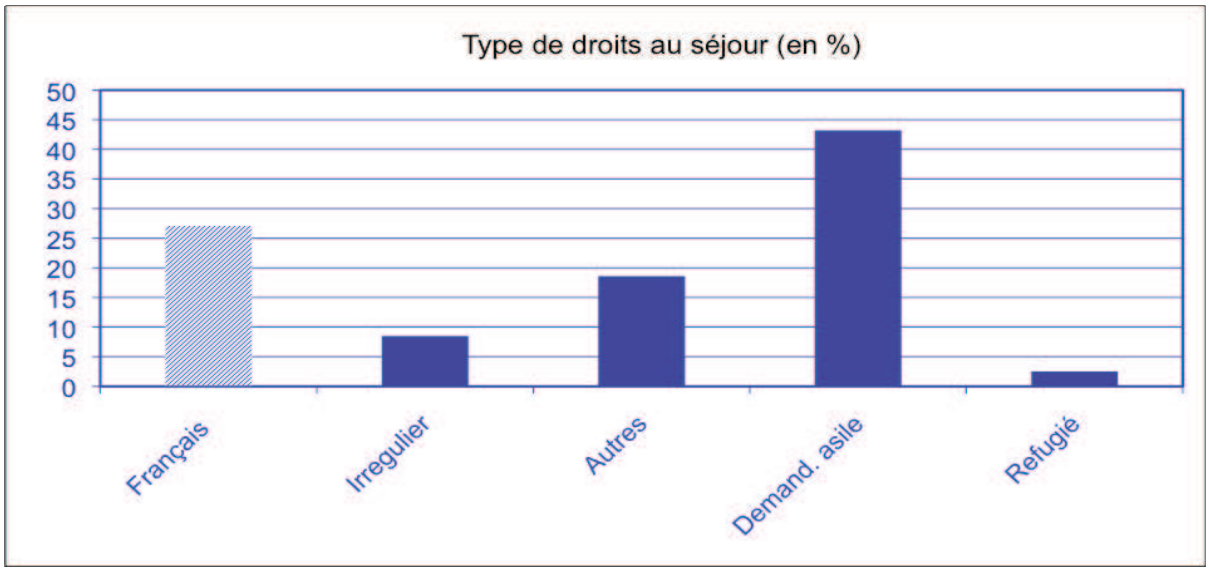
Figure 3: Répartition selon la maîtrise de la langue française des consultants étrangers (N=86)



Près d'un tiers des consultants ne parlaient pas français (31,4% de l'ensemble de la population, « Non » dans le figure). Parmi les consultants étrangers deux tiers ne parlaient pas français ou n'avaient une maîtrise que moyenne (« Moy » dans la figure), respectivement 43 et 22,1%.

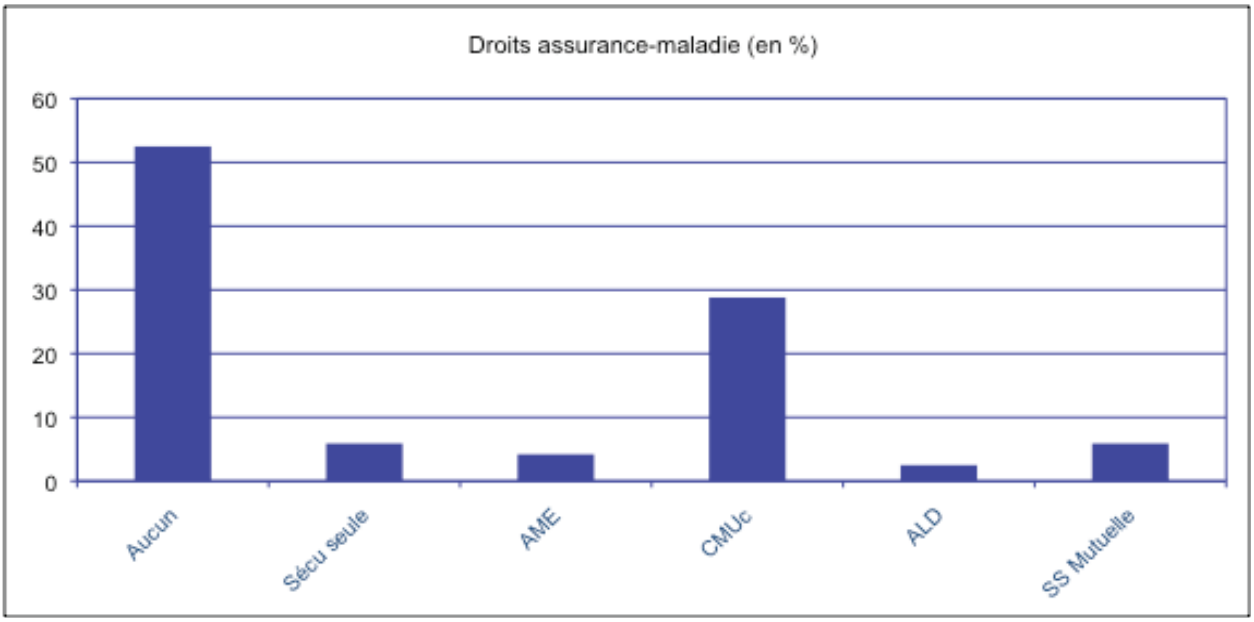
Caractéristiques socio-administratives

Figure 4: Répartition des consultants selon les titres de séjour (N=118)



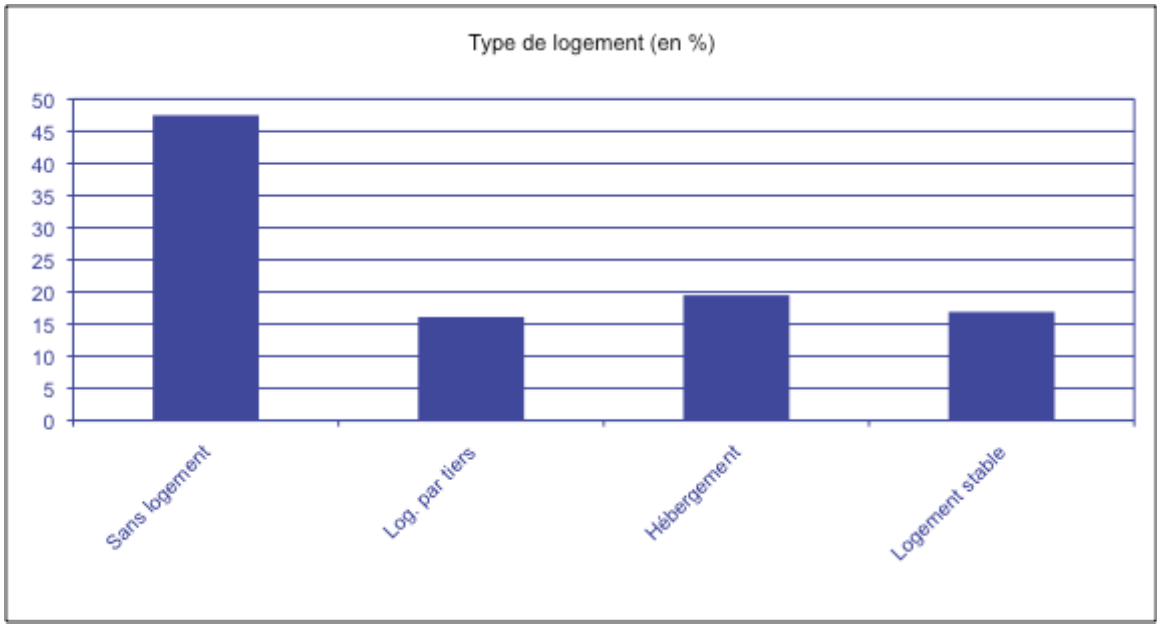
Sur le plan du statut administratif: 43,2% des consultants étaient en demande d'asile (près de 60% des consultants étrangers), 8,5% des consultants étaient en situation irrégulière. Les « autres » étaient essentiellement des personnes de l'UE (inactives) ou des personnes avec une autorisation provisoire de séjour (APS) pour soins.

Figure 5: Répartition des consultants selon les droits initiaux à la protection maladie (N=118)



A la première consultation médicale, 52,5% des consultants soit 62 personnes n'avaient aucun droit d'assurance maladie, 28,8% étaient bénéficiaires de la CMUC, 5,9% bénéficiaient seulement d'un droit de sécurité sociale sans la part complémentaire et 4,2% avaient un droit à l'AME. Nous notons aussi que 7 personnes consultaient malgré un droit de sécurité sociale avec mutuelle, et que 5 personnes présentaient une affiliation avec une affection de longue durée (qui permet une dispense d'avance des frais dans les limites du protocole de soins) sans précision supplémentaire sur le régime de sécurité sociale ni la part complémentaire.

Figure 6: Répartition des consultants selon le type de logement occupé (N=118)



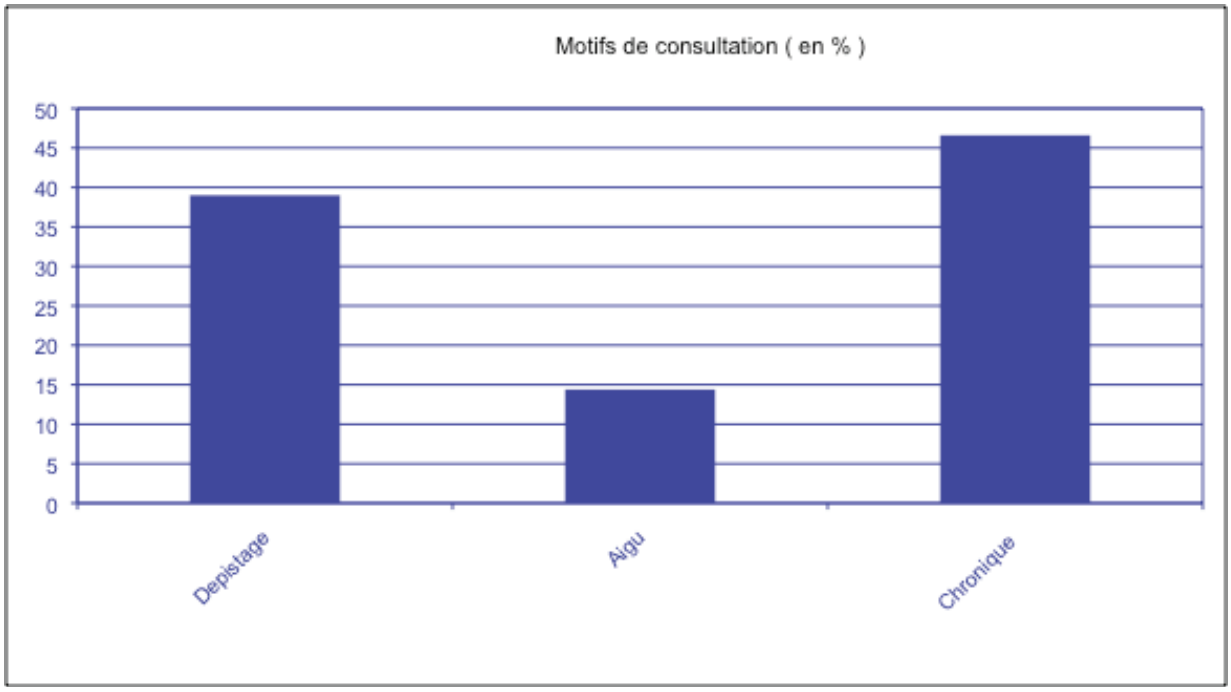
Près de 50% de la population de l'étude était sans logement à la première consultation, c'est-à-dire à la rue, en squat ou en centre d'hébergement d'urgence (CHU). Les autres personnes vivaient chez un tiers pour 16,1% (« Log. par tiers », ce qui reste une situation très précaire et provisoire), en « hébergement » c'est-à-dire de type CHRS ou CADA pour 19,5% (situation là encore transitoire). Seulement 16,1% des personnes avaient un logement personnel stable.

De manière synthétique, la population était donc majoritairement masculine et jeune (34 ans et 4 mois de moyenne d'âge globale). Les personnes étrangères (dont 43% ne parlaient pas français) représentaient près de trois quarts des consultants, principalement originaires d'Europe de l'Est ou d'Afrique sub-saharienne et en majorité en demande d'asile. En terme de précarité sociale, 52,5% des consultants n'avaient aucun droit à l'assurance maladie et seuls 16,1% bénéficiaient d'un logement personnel[I].

[I] Ces données sont celles du recueil propre à la PASS, les éléments de revenus ou de situations professionnelles ne sont pas précisées ou pas retenus ici (en pratique la quasi totalité des consultants au moment de la consultation initiale n'exercent pas d'activité stable et peuvent seulement prétendre aux différents minimas sociaux, selon leurs situations, seuls 3,9% des consultants à la PASS en 2009 avaient un travail stable [37]).

Caractéristiques sanitaires

Figure 7: Répartition selon les motifs de consultation (N=118)



Ces motifs de consultation ainsi décrits sont ceux observés à la première consultation médicale à la PASS. Un motif principal unique a été identifié selon une logique d'orientation. Le « motif dépistage » concerne des consultants pour lesquels une demande de bilan préventif avait été exprimée à la première consultation sans aucune demande curative. Si une pathologie aigüe était présente (y compris quand une demande de bilan était associée, mais sans pathologie chronique identifiée ou exposée initialement), le consultant était défini selon le « motif aigu ». Si la présence d'une pathologie chronique était exprimée (avec ou sans pathologie aigüe et avec ou sans dépistage), le consultant était défini selon le « motif chronique ». La désignation « motif chronique » concernait un ensemble de pathologies qui nécessitent une prise en charge ou un suivi évalués au minimum à 6 mois (décrites ci-après).

Ainsi, pour 39% des consultants (46 personnes), le motif initial et exclusif de consultation était un motif de prévention[I]. Pour 46% des consultants (55 personnes), un motif de consultation chronique était observé.

[I] Une formalité administrative ou une demande de certificat médical, par exemple pour l'entrée en CADA des personnes en demande d'asile selon les règlements de l'OFII, pouvaient à un certain niveau participer à ce motif. Aussi, sont ici intégrées les demandes de certificat dans le cadre d'une demande de titre de séjour pour soins (selon la loi, rédigé par un médecin agrée ou un praticien hospitalier), quand le suivi médical en rapport n'était pas le motif de venue à la PASS.

Le détail des pathologies est ici représenté sous forme de tableau. Ce détail a été analysé cette fois sur l'ensemble des consultations identifiées à la PASS. Une seule pathologie par personne a été retenue même si la plupart des consultants présentaient plusieurs pathologies successives (au cours des différentes consultations) ou lors d'une même consultation. Là encore, ce choix s'est fait selon la sévérité potentielle de la pathologie et la nature de la prise en charge associée selon les recommandations, les pathologies chroniques sont ainsi en quelque sorte « valorisées ».

Résultats de consultations	**Effectifs**	**Pourcentages**
Dépistages	**37**	**31,4**
Pathologies	**81**	**68,6**
Parmi les pathologies:		**100,0**
Hépatite virale	*15*	*18,5*
Addiction	*11*	*13,6*
Symptômes diffus	*11*	*13,6*
Neuro-psychiatrique	*10*	*12,3*
Génital	*7*	*8,6*
Orl Respi. BK	*6*	*7,4*
Peau	*6*	*7,4*
Cancer Hémato. Immuno.	*6*	*7,4*
Digestif Endocrino. Cardio.	*5*	*6,2*
Grossesse planning	*4*	*4,9*

Tableau 1: Distribution des résultats de consultations (N=118)

Les personnes à qui un dépistage a été proposé, pour lesquelles ce bilan s'est avéré négatif ou qui ne présentaient pas de pathologies au cours de leur consultation ont été classées selon le résultat « dépistages » (ce qui explique la différence avec le diagramme précédent: 9 personnes consultant pour un bilan ont présenté soit un résultat positif soit une pathologie intercurrente).

Des propositions de prévention, notamment des vaccinations (initiales ou de rappel: pour le tétanos souvent associé à la diphtérie et la poliomyélite ou le virus de l'hépatite B[1]) ont pu être réalisées dans ce cadre, en plus des éléments d'information et d'éducation à la santé. Nous rappelons que la PASS est une antenne du CIDDIST de Chambéry et donc un lieu de dépistage anonyme et gratuit. L'infirmière et l'assistante sociale de la PASS effectuent de plus leur deuxième mi-temps à l'espace de santé public.

Le dépistage ainsi décrit concerne aussi le bilan tuberculeux éventuellement proposé, en lien avec le centre de lutte anti tuberculose (CLAT) de Chambéry.

[1] D'autres vaccins sont disponibles, par exemple pour la rougeole, les oreillons, la rubéole (non pratiqués pour la population étudiée), ou le vaccin anti-grippal (utilisé mais en général dans le cadre de facteurs de risque et à ce titre, les patients bénéficiaires n'étaient pas définis selon le résultat "dépistage").

Aussi, comme nous l'avons vu, une part importante des consultants est constituée de personnes étrangères, souvent récemment arrivées en France (dans le cadre d'une demande d'asile en majorité), ou dans des conditions de vie à risque sanitaire. Ce bilan initial répondait en ce sens à la fois à un intérêt de « dépistage communautaire » et aux inquiétudes fréquentes des personnes (notamment éloignées d'un contact sanitaire ou vivant dans des conditions difficiles).

Les hépatites virales étaient, selon nos critères d'identification, les pathologies les plus fréquentes (15 patients concernés soit 18,5% des pathologies). Elles concernent les virus hépatite B (VHB) et hépatite C (VHC) et correspondent à des situations médicales très variées. Pour le VHB, il pouvait s'agir de l'identification de l'antigène HBs, d'un portage chronique de l'antigène HBs voire d'une hépatite chronique. Pour le VHC, il s'agissait d'une identification sérologique avec éventuellement une hépatite chronique C. Au minimum un contrôle biologique à 6 mois était donc nécessaire, certains consultants ayant aussi bénéficié par la suite d'un traitement contre l'hépatite C.

Ensuite apparaissent les pathologies liées aux addictions[I] et les pathologies neuropsychiatriques, que nous avons différenciées. En pratique ces situations sont souvent associées (près de 26% des pathologies en association, respectivement 11 et 10 patients). Les pathologies neuropsychiatriques telles que nous les avons définies regroupent un ensemble nosologique large, des troubles anxio-dépressifs aux formes psychotiques, mais aussi des complications neurologiques liées à la consommation d'alcool notamment ou des séquelles de poliomyélite pour un patient.

Les pathologies de la sphère génitale, ORL et respiratoire puis de la peau (toutes essentiellement infectieuses) suivent ensuite dans l'ordre de fréquence. On note ensuite d'autres pathologies chroniques: néoplasies (3 personnes), séropositivité VIH (2 personnes), infections tuberculeuses (latentes ou mutlirésistante pour un consultant). Plusieurs consultants présentaient une hypertension artérielle ou un diabète (parfois associés en pratique). Les grossesses ou les consultations d'orthogénie étaient faiblement présentes, seules 4 personnes étaient concernées. Enfin, pour 13,6% des consultants, des symptômes diffus sans plus de précisions nosologiques étaient identifiés.

Sur le plan épidémiologique, toutes ces situations correspondent bien aux profils pathologiques généralement identifiés dans les contextes de précarité, en particulier pour des populations d'origine étrangère. La présence des pathologies chroniques variées est aussi à souligner, dans la perspective notamment du suivi médical.

[I] La consommation de tabac n'était pas identifiée et donc pas prise en compte dans cette définition.

1.3.2 Caractéristiques du parcours de soins à la PASS

Nous avons défini les caractéristiques du parcours de soins à la PASS selon le nombre de consultations effectuées (à la PASS intra-muros), la durée de suivi (de la première à la dernière consultation), le type de fréquentation, l'orientation vers une consultation spécialisée ou un relais externe nominatif. Tous ces éléments ont été enregistrés au cours des 24 mois de suivi individualisé des consultants, soit au total entre janvier 2007 et décembre 2009.

Le nombre de consultations à la PASS intra-muros

Au total, 523 consultations médicales ont été enregistrées pour l'ensemble des primo-consultants de l'année 2007 au cours d'une période de 24 mois d'observation pour chacun des consultants.
Le nombre de consultations en moyenne est de 4,43 par personne, mais il présente une grande dispersion. L'étendue était de 1 à 35 consultations, l'écart-type (standard) de 5,10.

Nbre de consult. à la PASS	Effectifs	Pourcentages	Pourcentages cumulés
1	24	20,3	20,3
2	*27*	*22,9*	*43,2*
3	23	19,5	62,7
4	10	8,5	71,2
5	6	5,1	76,3
6	*6*	*5,1*	*81,4*
7	4	3,4	84,7
8	7	5,9	90,7
9	1	0,8	91,5
10	3	2,5	94,1
13	1	0,8	94,9
14	1	0,8	95,8
15	1	0,8	96,6
20	1	0,8	97,5
24	1	0,8	98,3
26	1	0,8	99,2
35	1	0,8	100,0

Tableau 2: Distribution du nombre de consultations médicales à la PASS (en %, N=118)

Selon la distribution, 20,3% des consultants n'étaient vus qu'une seule fois, 43,2% n'avaient qu'une ou 2 consultations et autour de 80% des personnes ont consulté moins de 7 fois. Nous observons aussi que 38,2% des personnes avaient entre 3 et 6 consultations. Les consultations des 7 personnes (soit 5,8%) consultant le plus (13 consultations ou plus) représentaient 28% de l'ensemble des consultations. Ces consultants présentaient des situations individuelles et socio-administratives globalement comparables à

celles de l'ensemble des consultants. Les situations sanitaires étaient par contre marquées par d'importantes co-morbidités, de pathologies virales chroniques, addictives[I] ou psychiatriques en particulier (mais pas exclusivement) et des avis spécialisés hospitaliers étaient presque systématiquement associés.

La durée du suivi à la PASS

Durée de suivi PASS (en mois)	Effectifs	Pourcentages	Pourcentages cumulés
0	24	20,3	20,3
1	20	16,9	34,7
2	*15*	*12,7*	*50,0*
3	18	15,3	65,3
4	8	6,8	72
5	8	6,8	78,8
6	*3*	*2,5*	*81,4*
7	2	1,7	83,1
8	2	1,7	84,7
10	2	1,7	86,4
12	1	0,8	87,3
15	1	0,8	88,1
20	3	2,5	89,8
24	*11*	*9,3*	100

Tableau 3: Distribution de la durée de suivi à la PASS (en mois, en %, N=118)

Les personnes qui n'avaient qu'une seule consultation sont associées à une durée de 0 mois. Là encore une grande variabilité est observée. La durée de suivi s'étendait ainsi de 0 à 24 mois, avec un écart-type de 7, 18. La moyenne de durée de suivi était de 5,10 mois. On observe que 50% des patients (médiane) avaient une durée de suivi inférieure ou égale à 2 mois, que 81,4% des consultants étaient suivis au plus 6 mois.

Enfin, 11 consultants soit 9,3% de la population consultante initiale poursuivaient un suivi 24 mois après leur première consultation. Les caractéristiques de ces consultants sont exposées ensuite.

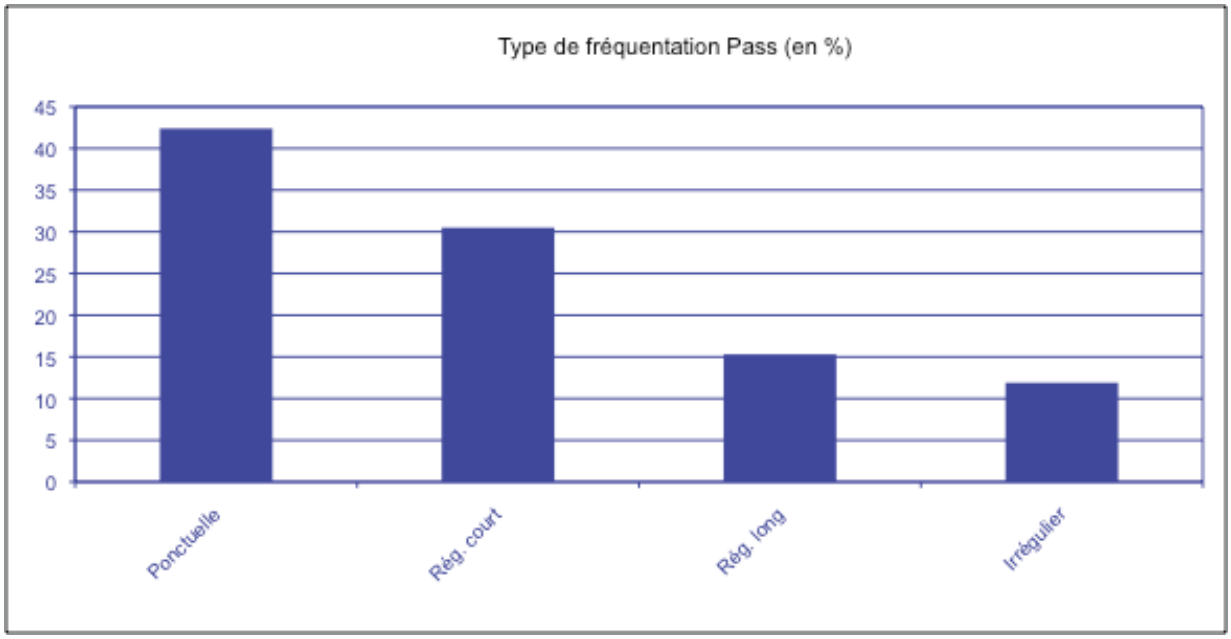
Le nombre de consultations et la durée du suivi ne sont par ailleurs pas totalement corrélés, certains patients consultaient de manière régulière, d'autres avaient un suivi irrégulier ou intermittent (certains dans le cadre éventuel d'un retour à la PASS après une première orientation).

[I] Dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés en particulier, un suivi toutes les 2 semaines peut être nécessaire, relatif notamment à la durée de prescription du Chlorhydrate de Méthadone.

Les types de fréquentation à la PASS

Nous avons défini 4 types de fréquentation: une fréquentation ponctuelle (1 à 2 consultations rapprochées), une fréquentation régulière et de courte durée (3 à 6 consultations séparées chacune de d'un mois maximum), une fréquentation régulière prolongée (plus de 6 consultations séparées chacune d'un mois maximum) et une fréquentation irrégulière ou intermittente (consultations séparées de plus d'un mois ou avec plus de 3 mois entre 2 consultations particulières).

Figure 8: Distribution des types de fréquentation à la PASS (en %, N=118)



Selon ces critères, seuls 11,9% des consultants avaient une fréquentation irrégulière ou intermittente. Pour les autres, la fréquentation était soit ponctuelle pour 42,4%, soit régulière de courte durée pour 30,2%, régulière et prolongée pour 15,3% de l'ensemble des consultants.

Les consultations spécialisées

Nous présentons là les orientations au cours du suivi à la PASS vers une consultation spécialisée, effectuée en général auprès d'un médecin du centre hospitalier. Cela concernait **27,1% des consultants** (32 personnes). Les spécialités concernées étaient variées: pneumologie, cardiologie, neurologie, hépato gastro-entérologie, rhumatologie, néphrologie, gynécologie, oto-rhino-laryngologie et chirurgie viscérale ou orthopédique.

Les relais externes nominatifs

Les relais externes sont identifiés par la présence dans le dossier médical du patient d'un courrier d'orientation adressé nominativement à un médecin, en général un médecin généraliste libéral parfois un médecin d'un autre hôpital. Quelque soit le type de fréquentation, **36,4% de l'ensemble des consultants** bénéficiaient d'un tel relais, soit 43 personnes ; les 63,6% autres n'en ont pas bénéficié.

Par cette mesure, nous n'avons pas pu prendre en compte les relais qui n'étaient pas formalisés par un courrier enregistré dans le dossier du patient, l'ensemble des relais effectifs n'est donc pas comptabilisé.

De manière synthétique, le parcours de soins à la PASS est divers. La moyenne du nombre de consultations était de 4,43 par consultant et la durée de suivi moyenne était de 5,10 mois. Mais, le nombre de consultations variait de 1 à 35 et 43,2% des consultants n'étaient vus à la PASS que 1 ou 2 fois. Si 11 personnes soit 9,3% des consultants étaient toujours suivis à la PASS après 24 mois, 50% l'étaient pendant moins de 3 mois. La fréquentation de la PASS, globalement de courte durée, était aussi majoritairement régulière, suggérant un suivi cohérent. Seuls 11,9% des consultants avaient un suivi irrégulier ou intermittent.
Enfin, 27,1% des consultants ont bénéficié d'une consultation spécialisée et 36,4% des consultants ont été orienté de façon nominative vers un médecin externe.

1.3.3 Caractéristiques du parcours de soins dans le système de santé de droit commun

Au total, 118 patients ont été inclus dans notre étude de cohorte dont nous avons présenté les caractéristiques initiales (individuelles et socio-administratives), les caractéristiques sanitaires et les éléments de leurs parcours à la PASS.
Les données du parcours de soins dans le système de santé de droit commun ont été obtenues par regroupement avec les données de la CPAM de Savoie. Les caractéristiques que nous avons pu observées (« évènements d'intérêts » en terme statistique dans l'observation de la cohorte) sont : types de droits à l'assurance maladie à 6, 12 et 24 mois de la première consultation à la PASS, déclaration de médecin traitant et nombre de consultations remboursées en médecine générale en 2009.

Droits à l'assurance maladie à 6, 12 et 24 mois

Après ce regroupement, 102 consultants ont été initialement identifiés par la CPAM soit 86,4%. Les 16 autres consultants non identifiés ont été considérés comme des perdus de vue. A 12 mois, une personne

supplémentaire était perdue de vue, à 24 mois 5 autres. A la fin de notre période d'observation, pour 96 anciens consultants sur 118, les données étaient complètes, pour 22 patients les données dans le droit commun étaient soit absentes (16) soit incomplètes (5). Les caractéristiques des consultants de la PASS perdus de vue pendant la période d'observation de la cohorte seront précisées ensuite.

Droits AM	**6 mois**		**12 mois**		**24 mois**	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
AME	15	14,71	15	14,85	17	17,71
CMUB	41	40,20	38	37,62	26	27,08
Régime de Sécu.S	42	41,18	47	46,53	46	47,92
Absence de droit	4	3,92	1	0,99	7	7,29
Au total	102	100	101	100	96	100

Tableau 4: Distribution des consultants selon les droits à l'assurance maladie à 6, 12 et 24 mois

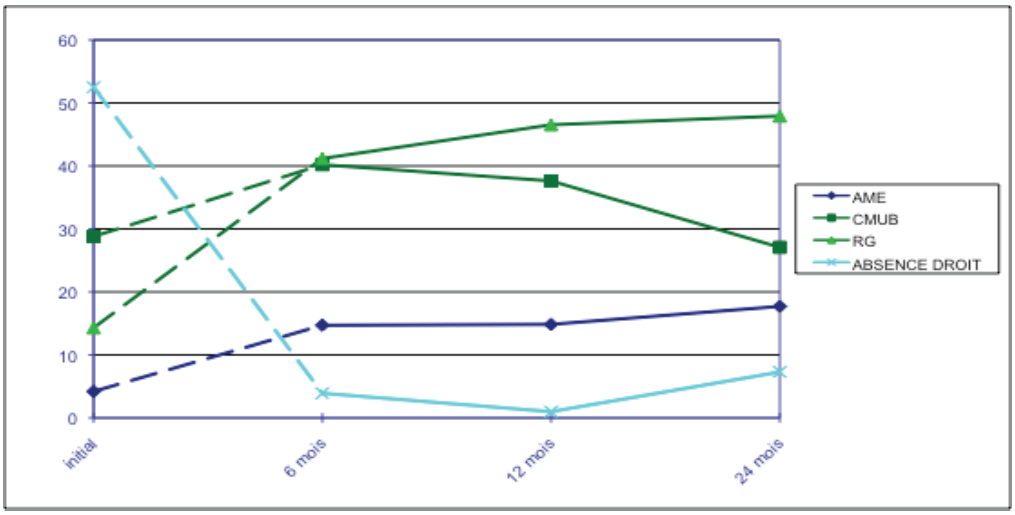
Les données de la CPAM sur les droits d'assurance maladie ne sont pas complètes, elles définissent, en plus de l'AME, les affiliations au régime de sécurité sociale (régime général de sécurité sociale ou CMU de base) mais sans les informations sur la part complémentaire (CMU complémentaire ou mutuelle).
On observe malgré tout que seules 4 personnes de la cohorte n'avaient pas de droit 6 mois après la première consultation (pour rappel ils étaient 62 à la première consultation à la PASS), à 12 mois une seule personne, à 24 mois 7 personnes soit 7,29% des personnes identifiées.

Par une observation générale (Figure 9), parallèlement à l'effectivité importante du recouvrement des droits à 6 mois et la présence d'une seule personne sans droit à 12 mois, nous observons une tendance significative à la baisse du nombre de personnes ayant un droit ouvert à la CMU de base (41 personnes à 6 mois, 26 personnes à 24 mois), le nombre de personnes bénéficiaires de l'AME est assez stable (de 15 à 17 personnes entre 12 et 24 mois), le nombre de personnes affiliées au régime général de sécurité social passe de 42 à 47 puis 46 personnes.

Dans le détail, parmi les 15 personnes bénéficiaires de l'AME (identiques à 6 et 12 mois), 6 avaient perdu leurs droits après 24 mois d'étude (soit 40%).

Pour les 41 personnes bénéficiaires de la CMUB (à 6 mois), l'observation particulière montre que 8 ont intégré le régime général, 6 ont perdu leur droit à la CMUB mais ont été affiliées à l'AME, une n'avait plus de droit et seules 21 personnes ont conservé des droits identiques (5 ont été perdues de vue).

Figure 9: Evolution selon une tendance globale en fréquence des droits à l'assurance maladie[I]



Parmi les 4 personnes qui n'avaient pas de droit 6 mois après leur première consultation à la PASS, 3 ont obtenu un droit au régime général de la sécurité sociale, une personne restée sans droit à 12 mois a bénéficié de l'AME à 24 mois.

Enfin, pour les 42 personnes affiliées au régime général à 6 mois, on note que 6 ont obtenu la CMUB et une personne a été affiliée à l'AME.

De façon synthétique, on observe donc que l'accès aux droits 6 et 12 mois après la première consultation à la PASS est quasi général, après 24 mois cependant certaines personnes perdent leurs droits, essentiellement par la non reconduction de l'AME.

On note par ailleurs une baisse significative des droits à la CMU liée à un basculement vers le régime général[II] ou vers l'AME dans le cadre d'une perte du titre de séjour (personnes déboutées du droit d'asile essentiellement), avec dans ce cas un maintien du tiers payant intégral mais un accès aux soins et une reconduction plus aléatoires a priori.

Au-delà des déterminants liés au titre de séjour, la non reconduction des droits à l'AME et à la CMU

[I] Les données initiales déclarées comportaient la part complémentaire. De façon schématique et approximative, les droits à la CMUB ont été rapprochés des droits à la CMUC initiaux (ce qui compte tenu des demandes effectuées par l'assistante sociale et des revenus estimés des personnes apparaît plausible), les droits au régime général de sécurité sociale ont été rapprochés des droits initiaux à la sécurité sociale seule ou avec mutuelle ou en ALD.

[II] Ce basculement vers le régime général pourrait être interprété comme le signe indirect d'une reprise d'activité. Mais l'absence d'informations sur la part complémentaire limite ici l'analyse. En parallèle un basculement du régime général vers la CMU de base, certes plus limité, est aussi observé.

pourrait nous interroger sur la complexité des démarches (particulièrement dans un contexte d'irrégularité du séjour pour l'AME) et du renouvellement annuel de la demande d'affiliation.

Déclarations de médecin traitant

La CPAM nous a transmis les informations concernant les déclarations de médecin traitant et les dates de ces déclarations.

	Effectifs	Pourcentages	Pourcentages cumulés
Oui avant 2007	10	9,71	9,71
Oui après consult. PASS	*47*	*45,69*	*55,34*
Pas de déclaration	45	44,66	100

Tableau 5: Distribution de la déclaration médecin traitant (N= 102)

Nous observons que 10 personnes seulement avaient déclaré un médecin traitant selon la règlementation du parcours de soins coordonné avant 2007, c'est-à-dire avant leur première consultation à la PASS. Après 2007 et jusqu'au 31 décembre 2009 (fin de la période d'observation), 55% des consultants avaient déclaré un médecin traitant, dont 82% après la première consultation à la PASS. Certaines déclarations médecin traitant ont pu être faites par le médecin consultant de la PASS, soit pour faciliter une démarche de renouvellement, soit dans le cadre d'un suivi de médecine générale. La CPAM n'a pas été en mesure de nous adresser plus de précisions sur ces situations (l'identification des consultants dont le médecin traitant est celui de la PASS ou le nombre de patients dont le médecin de la PASS est officiellement le médecin traitant).
Pour 44 anciens consultants enfin, aucune déclaration n'a été retrouvée malgré une identification initiale par la CPAM. Cependant, nous précisons que la déclaration médecin traitant n'est pas proposée aux personnes bénéficiaires de l'AME (17 personnes à 24 mois).

Nombre de consultations en médecine générale en 2009

Pour 102 personnes issues de notre population initiale (primo-consultantes à la PASS), la CPAM a pu nous transmettre le nombre de consultations en médecine générale dans le système de santé de droit commun identifiées au cours de l'année 2009. De ce fait, la période d'observation ne respecte pas

précisément les mêmes temps d'observation par rapport à la première consultation à la PASS (entre janvier et décembre 2007) pour tous les consultants.

Au total, 466 consultations ont été identifiées, pour une moyenne de 4,57 consultations par personne. La dispersion est très grande, l'étendue est de 0 à 32 consultations, avec un écart-type de 6,31.

Nb consult. 2009	Effectifs	Pourcentages	Pourcentages cumulés
0	30	29,41	29,41
1	15	14,71	44,12
2	*10*	*9,8*	*53,92*
3	12	11,76	65,69
4	1	0,98	66,67
5	4	3,92	70,59
6	*6*	*5,88*	*76,47*
7	2	1,96	78,43
8	4	3,92	82,35
9	1	0,98	83,33
10	3	2,94	86,27
11	2	1,96	88,24
12	1	0,98	89,22
13	2	1,96	91,18
14	1	0,98	92,16
18	2	1,96	94,12
19	1	0,98	95,10
20	1	0,98	96,08
22	1	0,98	97,06
23	1	0,98	98,04
24	1	0,98	99,02
32	1	0,98	100,00
Au total 466	102	100,00	100,00

Tableau 6: Distribution du nombre de consultations en médecine générale en 2009 (en %, N=102)

On retrouve notamment que 30 personnes soit 29,41% n'avaient aucune consultation en médecine générale en 2009, que 53,93% des personnes en avaient 2 ou moins et que pour 76,47% des personnes le nombre de consultations ne dépassaient pas 6 dans l'année. Les 11 personnes (12,74% des personnes) consultant le plus (en moyenne une consultation par mois ou plus) représentaient près de la moitié des consultations recensées (48,92% exactement).

Dans le détail, ces 11 personnes les plus consultantes avaient un profil comparable en terme de caractéristiques individuelles et socio-administratives à celui de l'ensemble de la population étudiée, en dehors d'un sexe ratio plus équilibré. Par rapport à leurs parcours à la PASS, on observe que la plupart ont eu un suivi ponctuel ou régulier et court dans le cadre d'un bilan initial, seule une personne a été suivie de façon prolongée mais n'était plus suivie après 24 mois. En termes de pathologies, on retrouve certes 4 situations d'addiction ou d'hépatite virale. Pour les 7 autres personnes, seul le caractère « dépistage » avait initialement été identifié. Enfin, 5 ont été adressés vers un médecin traitant depuis la PASS et toutes avaient un médecin traitant déclaré.

A l'opposé, parmi les 30 personnes n'ayant aucune consultation, 3 poursuivaient un suivi régulier et donc exclusif à la PASS (part équivalente à l'ensemble de la population). Les autres sont très majoritairement des hommes (sexe ratio 5,75), les personnes étrangères sont sur-représentées (89%, pour moitié demandeurs d'asile, seules 3 personnes étaient françaises). Sur le plan sanitaire, on note que le motif de consultation initial est lié à un dépistage pour près de la moitié de ce groupe (13 personnes sur 27) mais 8 personnes présentaient cependant une pathologie chronique. Tous les types pathologiques définis sont par ailleurs recensés de façon équitable (la distribution était donc différente de l'ensemble de la population). Si 10 personnes n'avaient qu'une ou deux consultations à la PASS, plus de la moitié (14 personnes) avaient un suivi régulier à la PASS, le suivi était plutôt court (en moyenne 4 consultations par personne, au maximum 9 consultations et 12 mois de suivi). Un tiers a bénéficié d'un relais externe nominatif.
On observe enfin pour ces 27 personnes sans aucune consultation en médecine générale dans le droit commun (et non suivies à la PASS en 2009) que 10 d'entre elles avaient cependant déclaré un médecin traitant, que 19 (70%) étaient affiliées soit au régime général soit à la CMU de base, et que 8 (30%) bénéficiaient de l'AME (qui n'a pas été renouvelé pour 6 d'entre eux au cours de l'année 2009).

Parcours de soins particuliers des 11 patients suivis à la PASS à 24 mois

Les 11 consultants qui poursuivaient un suivi à la PASS 24 mois après leurs premières consultations avaient des situations et des parcours variés. Les types de fréquentation à la Pass d'abord étaient différents, 7 avaient un suivi prolongé et régulier, 5 ont eu un suivi intermittent, c'est-à-dire qu'un retour a été enregistré après un passage initial. Au-delà de 2 personnes françaises, les consultants étaient soit des demandeurs d'asile, soit des personnes européennes sans titre de séjour (inactives).
On note aussi que parmi ces 11 personnes, 9 n'avaient aucun droit à l'assurance maladie initialement. Toutes ont obtenu par la suite un droit, avec une proportion relative plus élevée de personnes bénéficiaires de l'AME (5 personnes soit 45,5% contre 17,1% pour l'ensemble de la population). Sur le

plan sanitaire, toutes présentaient des pathologies chroniques, en particulier les plus fréquentes déjà relevées sur l'ensemble de la population d'étude.
Enfin, seules 3 personnes parmi les 11 en suivi prolongé à la PASS, n'avaient pas de consultation dans le système de droit commun, comme nous venons de l'évoquer.

Description des consultants perdus de vue

Parmi les 118 primo-consultants initialement inclus dans notre étude, 16 n'ont pas été identifiés par la CPAM de Savoie ; par rapport à l'ensemble de la population:

- les hommes y étaient plus fréquents (87,5%), l'âge et les origines géographiques étaient similaires (la moitié d'Europe de l'Est ou d'Afrique sub-saharienne, 4 personnes françaises);
- la répartition des droits initiaux à la protection maladie était proche (50% sans droit), de même pour le logement (7 personnes étaient sans logement, 2 personnes avec un logement stable seulement), les droits au regard du titre de séjour montraient par contre une sur-représentation de personnes en situation irrégulière (4 soit 25%);
- les motifs de la première consultation étaient approximativement identiques (la moitié pour une demande de soins chroniques), tous les types pathologiques étaient représentés de façon égale (la distribution n'était donc pas symétrique à l'ensemble de la population);
- le parcours de soins à la PASS était exclusivement ponctuel ou régulier de courte durée (moyenne de consultations 2,31 par personne contre 4,57 à l'ensemble, 6 personnes avec une seule consultation et un maximum de 5 consultations par personne), 2 relais vers un médecin traitant ont cependant été identifiés.

Au-delà des limites techniques du regroupement et de la sensibilité de nos identifiants, on observe que ce sous-groupe avait donc initialement une fréquentation limitée de la PASS, l'absence d'affiliation en Savoie pourrait s'expliquer par une mobilité géographique (en particulier pour les personnes en situation irrégulière). Une autre hypothèse serait l'affiliation éventuelle à un autre régime d'assurance maladie pour les personnes détentrices d'un titre de séjour.

Ensuite, les 6 personnes, pour qui les données à 24 mois (et après une identification initiale) n'ont pas été complétées, ont toutes présenté un changement d'affiliation, soit dans une CPAM d'un autre département (1 personne), soit à un autre régime d'assurance maladie (MSA et TNS pour 5 personnes), et cela au cours de l'année 2009.

De manière synthétique, on observe que l'accès théorique au droit commun est quasi général (accès aux droits). L'accès primaire au système de santé de droit commun apparait globalement réduit à 24 mois de la première consultation à la PASS (où 9,3% des personnes poursuivent par ailleurs un suivi régulier), la moyenne de consultation était de 4,57 par personne mais avec un écart-type de 6,31.
Près de 30% des personnes n'avaient aucune consultation en médecine générale, plus de 50% n'en avaient que 2 ou moins. Quelques personnes par contre présentaient un nombre élevé voire très élevé de consultations.
Une grande variabilité du recours aux soins est ainsi notée à la PASS comme dans le droit commun, en termes de types de fréquentation et de nombres de consultations. Si les motifs sanitaires et le type de droits de protection maladie (en l'occurrence l'AME) semblent des facteurs explicatifs partiels des modes de fréquentation prolongée de la PASS, la situation dans le droit commun semble plus incertaine.
Nous proposons dans la suite d'approcher d'éventuels facteurs explicatifs ou déterminants ces différences de fréquentation selon les caractéristiques présentées initialement.

1.3.4 Analyse explicative des parcours de soins

Nous présentons les moyennes (moy.) de durée de suivi à la PASS, du nombre de consultations à la PASS et du nombre de consultations dans le droit commun en fonction des différentes caractéristiques recensées (présentées avant) et des effectifs (eff.). Les différences de moyennes permettent d'observer seulement des tendances. Les effectifs relativement faibles, la grande variabilité des recours aux soins y compris pour une caractéristique partagée et les faibles différences entre les groupes ici caractérisés rendent les comparaisons statistiques peu significatives. De plus, ces différentes caractéristiques sont très liées, les facteurs de confusion sont donc importants.
Ces éléments sont ainsi décrits à titre indicatif, mais l'interprétation de ces résultats est par nature très complexe, nous soulignerons donc uniquement des tendances qui nous apparaissent importantes.

En fonction des caractéristiques individuelles et socio administratives initiales

L'ensemble des résultats est présenté dans le tableau 7.
Les consultants de sexe féminin avaient un suivi plus court et moins fréquent à la PASS, un nombre de consultations en médecine libérale en moyenne 1,82 fois supérieur à celui des hommes (en terme statistique, après regroupement, ces différences n'étaient cependant pas significatives Khi2 Mantel Haenszel = 1, 3550 avec p= 0,2444).

Caractéristiques	Durée suivi Pass		Nb consult Pass		Nb consult en 2009	
	Eff.	Moy.	Eff.	Moy.	Eff.	Moy.
Sexe						
Féminin	31	4.19	31	3.39	29	6.79
Masculin	87	5.43	87	4.80	74	3.64
Maîtrise de la langue						
Non	37	4.73	37	3.92	31	4.00
Moyen	19	8.32	19	5.74	17	2.35
Oui	62	4.34	62	4.34	55	5.49
Origine géographique						
Asie	2	1.00	2	2.00	1	6.00
Afrique sub-sahara	25	4.72	25	4.20	21	4.29
Afrique du Nord	6	1.17	6	1.67	5	9.40
Europe Est	36	5.08	36	4.64	32	4.34
Europe Ouest	6	6.67	6	6.50	5	1.40
Roumanie	11	9.73	11	4.27	11	4.27
France	32	4.53	32	4.72	28	4.64
Titre de Séjour						
Français	32	4.53	32	4.72	28	4.64
Irrégulier	10	2.30	10	2.60	6	1.17
Autres	22	6.82	22	4.45	21	6.62
Demandeur asile	51	5.06	51	4.45	45	4.07
Refugié	3	8.67	3	7.00	3	2.33
Droit ass. maladie initial						
Aucun	62	5.92	62	4.40	54	3.67
Sécu seule	7	7.00	7	8.00	6	2.00
AME	5	2.00	5	3.20	3	4.67
CMUC	34	3.74	34	3.97	31	6.26
ALD	3	1.33	3	2.00	3	7.00
SS avec Mut	7	6.43	7	5.29	6	4.50
Logement						
Sans logement	56	4.96	56	4.18	50	3.88
Logement chez un tiers	19	6.00	19	5.53	17	3.71
Hébergement	23	3.17	23	3.17	18	3.89
Stable	20	6.85	20	5.55	18	7.72
AU TOTAL	**118**	**5,10**	**118**	**4,43**	**103**	**4,57**

Tableau 7: Comparaison des parcours de soins en fonction des caractéristiques individuelles et sociaux administratives

Selon l'origine géographique, on observe que le suivi le plus long à la PASS concernait les consultants roumains, leurs fréquentations dans le droit commun restaient cependant proches de la moyenne générale. Surtout, en dehors des personnes originaires d'Afrique du Nord ou d'Europe de l'Ouest (respectivement des niveaux plus élevé et très faible, mais avec de petits effectifs), les niveaux de fréquentation dans le système de droit restaient assez proches selon les origines géographiques.

Selon les titres de séjour, on observe que les personnes en situations irrégulières présentaient le plus faible recours aux soins, à la PASS comme dans le droit commun. Les parcours de soins des personnes françaises étaient globalement proches de la moyenne, comme pour les demandeurs d'asile. Les personnes identifiées « autres » (éventuellement en lien avec un titre de séjour pour soins) avaient une fréquentation plus élevée dans le droit commun.

En terme de déclaration initiale (à la première consultation à la PASS) d'assurance maladie, les personnes avec un droit incomplet ou sans droit ou au contraire avec un droit de type mutualiste privé avaient les fréquentations à la PASS les plus suivies (après un regroupement sous une forme binaire: droit incomplet versus droit complet et selon les types de fréquentation à la PASS: on retrouve cependant Khi2 de MH= 2,6434 avec p= 0,1040). Certaines spécificités de l'activité de la PASS de Chambéry, comme le relais complémentaire d'un suivi en libéral (dans des contextes pathologiques et sociaux dégradés), pourraient expliquer ce dernier point. Les éléments sur la suite dans le droit commun en lien avec cette caractéristique sont à interpréter au regard de l'évolution importante des droits. On note cependant que les personnes avec la CMUC au début de l'observation semblaient maintenir une fréquentation moyenne supérieure dans le droit commun en 2009, malgré le basculement secondaire fréquent de ce droit vers le régime général ou l'AME.

Enfin, par rapport au logement, on observe que les personnes en logement stable présentaient les fréquentations à la PASS comme dans le droit commun les plus importantes. Ce sont les personnes en hébergement qui avaient la fréquentation de la PASS la plus courte, le rôle de l'accompagnement social dans les centres d'hébergement pourrait en partie l'expliquer, participant d'une certaine manière à une orientation éventuelle vers le droit commun.
Aussi, comme pour les droits au titre de séjour (et à l'assurance maladie en partie liés), ces dernières caractéristiques sont évolutives, or seules les caractéristiques initiales étaient ici précisées. Pour les demandeurs d'asile en particulier, après un passage éventuel sans logement (hébergement d'urgence), une possibilité d'hébergement peut se présenter en CADA (à distance de Chambéry), parallèlement à l'obtention d'un droit à la CMUC. Ces possibilités restant ensuite soumises à l'instruction par l'Ofpra. Les parcours de soins et les modes de fréquentation résultent en partie de ces éléments et leurs évolutions.

En fonction des caractéristiques sanitaires

En terme de motif de prise en charge, on observe une certaine cohérence[I] entre les motifs initiaux de consultations et le parcours de soins à la PASS (en regroupant « dépistage » et « motif aigu » comparés

[I] Cette cohérence n'est pas le résultat induit par notre mode d'identification, puisque les motifs de consultations initiaux étaient uniquement identifiés à partir de la première consultation, indépendamment de la suite du suivi.

à « motif chronique » selon les types de fréquentation à la PASS, la différence est significative Khi-2= 10,6952 *p*= 0,0135).

Les personnes consultant pour un motif chronique avaient un suivi à la PASS plus important, avec le maintien relatif d'un recours aux soins dans le droit commun (supérieur à la moyenne générale). Les personnes qui consultaient pour un motif préventif présentaient un recours aux soins dans le droit commun plus important que ceux consultant initialement pour un motif aigu.

Caractéristiques sanitaires	**Durée suivi Pass**		**Nb consult. Pass**		**Nb consult. 2009**	
	Effectifs	**Moyennes**	**Effectifs**	**Moyennes**	**Effectifs**	**Moyennes**
Motifs de PEC						
Dépistage	46	2.74	46	2.70	41	4.05
Aigu	17	3.71	17	3.47	15	1.80
Chronique	55	7.51	55	6.18	47	5.81
Pathologies						
Dépistage	37	2.27	37	2.73	35	3.97
Hépatite virale	15	7.20	15	6.73	14	6.43
Addiction	11	7.82	11	7.82	11	6.27
Symptômes diffus	11	6.18	11	4.73	9	2.00
Neuro-psy	10	7.90	10	6.40	7	1.86
Génital	7	2.86	7	3.14	5	7.00
Orl Respi BK	6	8.67	6	3.50	5	2.60
Peau	6	1.50	6	2.00	5	1.00
Cancer hémato	6	6.00	6	4.33	5	4.60
Digestif Metab. Cardio.	5	9.80	5	5.00	4	6.25
Grossesse planning	4	2.75	4	3.25	3	12.00
AU TOTAL	**118**	**5,10**	**118**	**4,43**	**103**	**4,57**

Tableau 8: Comparaison des parcours de soins en fonction des caractéristiques sanitaires

Plus précisément, les parcours à la PASS apparaissent relativement corrélés aux types de pathologies.

Les personnes avec des pathologies infectieuses hépatiques, addictives et neuropsychiatriques en particulier avaient un suivi plus prolongé et plus fréquent à la PASS. Les liens entre ces pathologies et les conditions de grande précarité comme avec les particularités de la PASS de Chambéry déjà évoquées y participent probablement. On note cependant que les recours au droit commun en médecine générale sont nettement plus faibles pour les personnes souffrant de pathologies neuropsychiatriques[I].

Les personnes vues dans le cadre d'un bilan, d'une grossesse ou de pathologies a priori plus bénignes avaient un suivi à la PASS de courte durée mais des recours dans le droit commun très variables.

[I] Un accès au secteur psychiatrique, éventuellement principal, pourrait être imaginé, mais n'a pas pu être observé.

En fonction des caractéristiques de prise en charge (PEC) à la PASS

Les comparaisons par types de fréquentation à la PASS (associés de manière tautologique au parcours de soins à la PASS) montrent globalement que les personnes les plus suivies à la PASS avaient le plus faible recours aux soins dans le droit commun.

Caract. PEC à la Pass	Durée suivi Pass		Nb consult. Pass		Nb consult. en 2009	
	Effectifs	Moyennes	Effectifs	Moyennes	Effectifs	Moyennes
Types Fréquentation						
Ponctuelle	50	1.02	50	1.52	41	5.02
Régulier court	36	3.03	36	3.67	30	4.73
Irrégulier	14	13.14	14	6.29	14	5.43
Régulier long	18	14.33	18	12.61	18	2.33
Relais externe						
Non	75	4.57	75	4.37	62	3.98
Oui	43	6.02	43	4.53	41	5.34
Consultation spéc.						
Non	86	4.22	86	4.02	73	4.01
Oui	32	7.47	32	5.53	30	5.77
Suivi Pass à 24 mois						
Non	107	3.16	107	3.42	92	4.70
Oui	11	24.00	11	14.27	11	3.09
AU TOTAL	**118**	**5,10**	**118**	**4,43**	**103**	**4,57**

Tableau 9: Comparaison des parcours de soins en fonction des caractéristiques de PEC à la PASS

Un éventuel lien de causalité est bien sûr impossible à démontrer. L'hypothèse proposée serait que les personnes dont le suivi est prolongé à la PASS cumulaient des facteurs sanitaires et socio-administratifs négatifs. Malgré (et non à cause de) ce suivi régulier à la PASS, la fréquentation dans le droit commun restait limitée dans ce contexte général défavorable. On observe en effet que les personnes toujours suivies à la PASS 24 mois après leurs premières consultations conservaient une fréquentation même faible dans le droit commun.

De plus, les personnes suivies de façon irrégulière ou intermittente avaient aussi un recours dans le droit commun en moyenne supérieur aux autres, selon un accès que l'on pourrait qualifier comme alternatif ou cumulé, à la PASS et au droit commun.

L'identification d'un relais nominatif ou d'une orientation vers une consultation spécialisée semblait accompagner un recours plus important en moyenne dans le droit commun, mais sans différence statistiquement significative. L'existence d'un relais externe en particulier pourrait apparaitre tel un

facteur favorisant le recours au droit commun, mais les écarts-type restaient élevés (respectivement 7,00 et 7,48 pour la dispersion du nombre de consultations à la PASS en 2009 sans et avec un relais externe).

En fonction des caractéristiques dans le droit commun

La déclaration d'un médecin traitant apparait associée à un accès plus fréquent aux consultations de médecine générale, en particulier quand la déclaration était antérieure à 2007. Un suivi dans le droit commun précédent un passage à la PASS pourrait ainsi favoriser les recours ultérieurs. Dans le même sens nous avions noté la plus grande fréquentation ultérieure des consultants avec un droit initial à la CMUC.

Caractéristiques dans le droit commun	Durée suivi Pass		Nb consult. Pass		Nb consult. en 2009	
	Effectifs	Moyennes	Effectifs	Moyennes	Effectifs	Moyennes
Déclar. médecin traitant						
Non	46	5.59	46	4.28	46	2.63
Avant 2007	12	3.75	12	3.83	12	8.08
Après 2007	45	6.11	45	5.42	45	5.51
Droits à l'AM à 24 mois						
AME	17	9.53	17	6.29	17	5.47
CMU	26	4.81	26	4.81	26	4.42
Régime général	46	4.93	46	4.28	46	5.33
Pas de droit ouvert	7	6.57	7	5.57	7	0.29
Au total	**118**	**5,10**	**118**	**4,43**	**103**	**4,57**

Tableau 10: Comparaison des parcours de soins en fonction des caractéristiques dans le droit commun

En terme de droits à 24 mois[I], avec les approximations déjà soulevées sur la nature incomplète des données et l'évolution des droits, on observe surtout que les moyennes du nombre de consultations dans le droit commun étaient relativement proches.

Les personnes affiliées à l'AME de manière presque inattendue présentaient de façon moyenne un recours légèrement plus important. Compte tenu de l'évolution des droits au cours de la période d'observation (sur les 17 personnes ici présentées en AME, plus de la moitié était auparavant affiliée à la sécurité sociale, le basculement s'étant produit éventuellement au cours de l'année 2009), on peut à nouveau soutenir l'hypothèse de l'influence d'une expérience antérieure de recours aux soins. D'autant que ces personnes bénéficiant de l'AME présentaient aussi le suivi le plus long à la PASS et à l'opposé

[I] Nous soulignons que à travers cette lecture, le parcours de soins à la PASS ici présenté n'est associé à la nature de ces droits que de façon rétrospective.

que les personnes en situation irrégulière au regard du titre de séjour (à la première consultation à la PASS) présentées auparavant avaient le nombre de consultations le plus faible (tableau 7).

Au final, l'impact de la PASS dans le recours secondaire au système de santé de droit commun ne peut être statistiquement démontré dans le cadre de cette analyse (un tel résultat étant par définition aléatoire dans notre contexte). Au minimum, nous observons que la fréquentation de la PASS au-delà de l'accès aux soins qui s'y exerce n'enferme pas dans le dispositif. Une forme de rattrapage des inégalités a priori pourrait même être favorisée dans le recours ultérieur au droit commun.

De manière synthétique, dans les limites de cette analyse étiologique univariée, les caractéristiques étudiées considérées ici comme des déterminants potentiels des parcours de soins étaient globalement peu significatifs. Si le sexe apparaît comme un facteur potentiellement prédictif (parcours à la PASS plus court et recours au droit commun plus important), les autres éléments individuels ou socio-administratifs étaient plus contrastés, les personnes en situation irrégulière selon le titre de séjour restant cependant les plus éloignées d'un contact sanitaire. Les caractéristiques sanitaires semblaient associées (en partie significativement) avec le type de fréquentation de la PASS, de façon moindre dans le droit commun. De façon générale, les personnes présentant les parcours de soins à la PASS les plus longs présentaient aussi des recours au droit commun plus réduits (sans que la fréquentation de la PASS « n'exclut » du droit commun), l'orientation vers une consultation spécialisée ou un médecin traitant relais nuançant ces différences. Surtout, la déclaration d'un médecin traitant, en particulier quand cette déclaration était antérieure au passage à la PASS, apparaît associée à un recours plus important dans le droit commun. Plus généralement, les possibilités de recours aux soins antérieures au passage par la PASS (incluant la déclaration mais aussi les droits initiaux à la PASS) pourraient constituer des éléments prédictifs sur les conditions du recours aux soins dans le droit commun. La PASS favoriserait en partie un rattrapage partiel des inégalités d'accès aux soins dans le passage secondaire vers le droit commun.

1.3.5 Analyse multivariée des parcours de soins

Dans une logique statistique et afin de prolonger notre étude épidémiologique, nous avons développé une analyse par régression logistique des types de fréquentation de la PASS et du nombre de consultations en 2009 selon les caractéristiques étudiées considérées comme des facteurs explicatifs.

L'idée théorique était d'évaluer toutes les caractéristiques indépendamment les unes des autres (« toutes choses égales par ailleurs ») pour identifier des facteurs explicatifs ou prédictifs des parcours de soins.
Les éléments à expliquer étaient les types de fréquentation de la PASS (ponctuel, régulier court, irrégulier, régulier prolongé) puis le nombre de consultations en médecine générale dans le droit commun en 2009.
Les facteurs explicatifs proposés étaient les différentes caractéristiques recueillies: individuelles, socio-administratives, sanitaires, de prise en charge à la PASS (relais externe nominatif, consultation spécialisée) et dans le droit commun (déclaration de médecin traitant, suivi persistant - parallèle ou exclusif - à la PASS).
Le modèle de régression logistique multiple prend en compte les éventuelles associations entre ces variables explicatives. Les coefficients de chaque variable sont « épurés » des contributions fournies par les autres variables et représentent donc des effets indépendants.
Cependant, compte tenu des éléments régulièrement mentionnés, des effectifs faibles et une grande dispersion inter-individuelle pour chaque déterminant, une faible différence inter-groupe, la significativité apparait logiquement peu probante. Les données ici présentées n'ont pas fait l'objet de regroupements secondaires.
Les probabilités sont calculées sur un effectif de 103 personnes.

Au terme d'une analyse intermédiaire dite analyse des effets de type 3 («Type III analysis of effects») du logiciel *SAS*©, des tendances malgré tout peuvent être signalées.

Pour la fréquentation à la PASS

Le sexe, l'âge, le titre de séjour, les types de pathologies et l'orientation vers une consultation spécialisée apparaissaient globalement comme des éléments explicatifs, et indépendamment des autres variables (« toutes choses égales par ailleurs »).

Les différences au sein de la variable (pour sexe entre les femmes et les hommes, pour l'âge entre les différentes classes d'âge...) et entre les valeurs des types de fréquentation (de ponctuel à régulier court, à irrégulier...) ne sont pas précisées à ce niveau.

FACTEURS EXPLICATIFS des types de fréquentation à la PASS	Khi-2 de Wald	*p* (Pr>*Khi-2*)[I]
Caract. individuelles		
Sexe	5.4894	0.0191
Age	10.7760	0.0560
Maîtrise du français	0.6907	0.7080
Origine géographique	10.5350	0.1039
Caract. socio-administratives		
Titre de séjour	6.4956	0.0898
Droit initial assurance maladie	7.3653	0.1949
Type de logement	4.1046	0.2504
Caract. sanitaires		
Motif de consultation	1.4519	0.4839
Résultat de consultations (types pathologies)	18.8979	0.0416
Caract. de PEC à la PASS		
Consultation spécialisée à PASS	3.5503	0.0595
Relais externe nominatif	0.0967	0.7558
Caract. dans le droit commun		
Déclaration médecin traitant	1.1899	0.5516
Suivi PASS à 24 mois	15.1704	<.0001

Tableau 11: Analyse de type 3 des types de fréquentation à la PASS

Pour le nombre de consultations en médecine générale en 2009 dans le droit commun

Selon une lecture identique, on retrouvait: le sexe, l'origine géographique, le titre de séjour, le motif initial de consultation à la PASS, la persistance du suivi à la PASS comme des facteurs explicatifs du nombre de consultations.

Là encore, les probabilités sont calculées sans précision des différences observées au sein de chacune des caractéristiques (considérées comme des facteurs explicatifs potentiels), indépendamment les unes des autres.

[I] Pour p <0,05, le test est significatif selon un intervalle de confiance à 95%. Ce qui signifie que la caractéristique concernée intervient significativement dans le type de fréquentation "toutes choses égales par ailleurs" (c'est-à-dire indépendamment des autres caractéristiques ici présentées, avec un risque d'erreur inférieur à 5%).

FACTEURS EXPLICATIFS du nombre de consultations en 2009	Khi-2 de Wald	*p (Pr>Khi-2)*[I]
Caract. individuelles		
Sexe	13.1773	0.0003
Age	6.9436	0.2249
Maîtrise du français	1.1866	0.9109
Origine géographique	18.8433	0.0044
Caract. socio-administratives		
Titre de séjour	15.1125	0.0017
Droit initial assurance maladie	7.0101	0.2199
Type de logement	3.9376	0.2683
Caract. sanitaires		
Motif de consultation	8.2100	0.0165
Résultat de consultations (types pathologies)	16.5793	0.0842
Caract. de PEC à la PASS		
Consultation spécialisée à PASS	0.2605	0.6098
Relais externe nominatif	0.5287	0.4671
Caract. dans le droit commun		
Déclaration médecin traitant	4.1417	0.1261
Suivi PASS à 24 mois	4.5052	0.0338

Tableau 12: Analyse de type 3 du nombre de consultations en médecine générale libérale

A l'issue de l'analyse complète, les résultats de la régression logistique multiple étaient moins significatifs. Les intervalles de confiance des rapports de côtes (odds ratio) étaient trop étendus, incluant la valeur d'équilibre 1 et donc sans significativité statistique (annexe p. 168-169).

L'analyse confirmait néanmoins que le sexe apparaissait bien comme un facteur explicatif des 2 « évènements »: les personnes de sexe féminin avaient significativement moins de « risque » d'un recours prolongé à la PASS et en corrélation plus de « chance » d'un nombre de consultations en ville supérieur par rapport aux hommes (respectivement 9,7 et 8,2 fois), ceci « toutes choses égales par ailleurs ».

Le fait d'avoir un médecin traitant déclaré (précisément après la première consultation à la PASS) par rapport aux personnes sans déclaration de médecin traitant et le fait de ne pas être suivi à la PASS après 24 mois de la première consultation par rapport aux personnes encore suivies étaient associés à plus de « chance » d'un nombre plus élevé de consultations en 2009 en médecine générale dans le droit commun (respectivement 3,0 et 7,19 fois), là encore « toutes choses égales par ailleurs ».

[I] Pour p <0,05, le test est significatif selon un intervalle de confiance à 95%. Ce qui signifie que la caractéristique concernée intervient significativement dans le nombre de consultations en médecine générale en 2009 "toutes choses égales par ailleurs" (c'est-à-dire indépendamment des autres caractéristiques ici présentées, avec un risque d'erreur inférieur à 5%).

1.4 Discussion réflexive

1.4.1 A propos de cette étude

Avec le projet PARAD, nous avons étudié pendant 24 mois les parcours de soins de 118 consultants à la PASS du CH de Chambéry sous la forme d'une cohorte rétrospective. Ces consultants étaient définis initialement selon des caractéristiques individuelles et socio-administratives puis par des données sanitaires relatives à leurs passages à la PASS. Les événements d'intérêts observés concernaient des indicateurs du passage à la PASS (nombre de consultations médicales, temps de suivi, consultation spécialisée, orientation nominative vers un médecin relais) suivis d'éléments du recours aux soins dans le système de santé de droit commun à partir des données de la CPAM (accès aux droits à 6, 12 et 24 mois de la première consultation PASS, nombre de consultations en médecine générale libérale en 2009).

Ce type d'étude nous a semblé un modèle pertinent et objectif pour notre évaluation et tenter de répondre à notre problématique: mesurer après un passage à la PASS l'effectivité du retour au droit commun.

Le choix de notre population cible, couvrant l'ensemble des primo-consultants médicaux de l'année 2007 à la PASS intra-muros, permet une analyse représentative non pas de l'activité globale de la PASS, mais du parcours longitudinal des consultants médicaux de la PASS intra-muros en général. Chaque consultant ayant été un primo-consultant.

Les éléments intermédiaires du parcours de soins à la PASS n'étaient jusqu'à présent pas disponibles sous cette forme. Les indicateurs que nous avons identifiés semblent significatifs des différents recours au dispositif, leur reproductibilité apparaît peu contraignante, des comparaisons internes ultérieures pourraient se développer. Les données sociales relatives aux interventions de l'assistante sociale de la PASS ou certaines dimensions sociales ou psycho-sociales des consultants (et leurs évolutions) n'ont par contre pas pu être identifiées. La nature rétrospective de notre projet nous a en ce sens et par essence contraint pour définir notre population à nous limiter aux données initiales recueillies par la PASS.

Le temps d'étude de 24 mois a permis une observation à moyen terme intéressante. S'il est associé à un risque de perte de données, nous avons observé que la plupart des consultants perdus de vue l'étaient au cours des 6 premiers mois après leur passage à la PASS.

Ceci a constitué le principal biais de sélection secondaire, son influence sur les résultats relatifs du recours au droit commun est à considérer.

Néanmoins, dans le cadre de notre projet, ce temps d'observation apportait des indices adaptés aux contextes administratifs (assurance maladie et titres de séjour) et éclairait avec une certaine fidélité les possibilités d'une réelle continuité des soins.

Les données issues du regroupement avec la CPAM (accès aux droits, déclaration de médecin traitant et consultations de médecine générale) nous apparaissent sensibles et pertinentes pour l'analyse des accès théoriques et primaires au système de soins. Ces informations constituent des éléments précis et objectifs pour mesurer l'intégration dans le système de santé de droit commun depuis la PASS, ils définissent la dimension effective du recours aux soins en terme doublement positif[I].
Mais ces indicateurs sont d'accessibilité difficile. Au-delà de l'accord officiel, la mise en place pratique de cette requête par la caisse s'est faite sans moyen spécifique supplémentaire. La procédure complète a nécessité près d'un an.
Les données transmises sont restées par ailleurs limitées. Les informations sur les droits d'assurance maladie obtenus ne comportaient pas d'éléments sur la part complémentaire. Aucune donnée sur l'accès secondaire, en particulier l'accès aux spécialités, n'a pu être analysée.
Et, au-delà, les données socio-administratives utilisées sont celles recueillies à la première consultation à la PASS, les données sanitaires liées uniquement au parcours à la PASS. L'évolution des statuts socio-administratifs ou la présentation de pathologies intercurrentes ou non définies à la PASS n'ont pu être identifiées au cours de notre période d'observation.

Aussi, la comparabilité externe de ces indicateurs est délicate, au regard des caractéristiques initiales et sanitaires de la population étudiée et surtout du contexte général et particulier de ces recours aux soins. Dans le cadre des évaluations du retour au droit commun depuis les PASS, nous n'avons pas identifié d'études réellement similaires, seuls des indicateurs intermédiaires portant sur le passage à la PASS et l'accès aux droits pourraient être justement comparés. Si l'accessibilité des données était améliorée, de telles mesures répétées à Chambéry apporteraient cependant des éléments de comparaisons internes, contextuels et d'évolutivité intéressants pour la pratique.

Enfin, **la dimension explicative ou étiologique** n'a pu apporter d'éléments statistiques déterminants et encore moins de liens de causalité fiables.
Pour une part, les biais de confusion, à travers les liens entres les caractéristiques (« d'exposition ») recensées, entre elles et avec le recours aux soins, sont majeurs. L'analyse par régression logistique, justifiée dans ce contexte, n'a pas été très significative. Les types de variables initiales recensées, les

[I] Dans le cadre de notre recherche sur l'effectivité de l'accès aux soins, ce double sens positif s'exprime par opposition aux études sur le renoncement aux soins présentés dans la problématique d'une part (décrivant le "non" recours), et d'autre part, considérant de principe comme bénéfique une consultation médicale, même si la qualité (par exemple en lien avec sa durée, son efficacité) voire son impact sur la santé ne peuvent être précisés en pratique.

effectifs réduits et les variabilités (inter-individuelles importantes, inter-groupes faibles) en sont une explication partielle. Une approche plus pragmatique, notamment dans la constitution de regroupement pourrait ultérieurement être affinée.

D'autre part, c'est aussi l'hétérogénéité et la diversité de notre population d'étude qui est mise en lumière, à la fois en terme d'identités, de situations et de dynamiques.

Une approche plus fine des déterminants, intégrant des éléments psycho-sociaux, du capital social ou des degrés de disqualification sociale (en durée et en intensité), proposée par ailleurs, pourraient potentiellement éclairer cette dimension étiologique secondaire, dans un cadre peut-être plus de recherche que d'évaluation.

1.4.2 A propos de nos résultats

Les caractéristiques initiales de notre population d'étude peuvent être en partie comparées aux données générales issues du recueil national ou particulières à certaines PASS dont nous connaissions les bilans d'activité (les PASS de Saint-Etienne [51], de l'Hôtel-Dieu à Lyon [52] et de Créteil [53] ou l'enquête nationale réalisée en 2003 [50]).

Notre population était un peu plus jeune (34 ans et 4 mois contre 41 ans au niveau national, 36 ans à la PASS de l'Hôtel Dieu à Lyon en 2006, 37 ans à la PASS de Créteil en 2008), le sexe ratio était proche. La part des étrangers était plus importante qu'à l'échelle nationale (73% contre 50,5%), proche de celle de la PASS de Saint-Etienne (67% en 2007) mais plus faible qu'à Lyon (90%) ou à Créteil (plus de 96%)[I]. Celle des personnes en situation irrégulière, seulement 8,5% à Chambéry, évolue dans des proportions similaires. Et de façon en partie liée, les droits d'assurance maladie à la première prise en charge étaient très variés: les personnes sans protection maladie représentaient 52,5% à Chambéry, 39% en moyenne nationale, 80% à Saint-Etienne ou 93% à Lyon. Les personnes avec un droit complet (sécurité sociale et mutuelle, dont AME) étaient 37% en moyenne nationale, 37,9% à Chambéry.

Les différences observées de profils des consultants, les types d'organisation particuliers et de fonctionnements liés pour chaque dispositif PASS [50] rendent les comparaisons d'activités ultérieures moins opérantes. Les effets de contexte et le modèle spécifique de notre évaluation y participent aussi.

Les données générales obtenues sur les parcours de soins à la PASS comme dans le droit commun sont avant tout marquées par une grande variabilité. Aussi, une approche par des indicateurs de moyenne s'avère moins significative, de même pour leurs comparaisons.

[I] Pour la maîtrise de la langue française, la distribution reste très liée à la définition du critère, à Chambéry 52,5% des consultants parlaient couramment le français en 2009 [37], dans l'enquête nationale, 90% comprenaient la langue française et 57,5% l'écrivaient [50].

Le premier élément qui nous apparaît intéressant concerne **le nombre de personnes perdues de vue**. Celui-ci dépend de la définition qu'on lui attribue. Dans notre étude, les perdus de vue regroupent les primo-consultants à la PASS qui n'ont pas été identifiés dans le droit commun (c'est-à-dire non identifiés par la CPAM - primaires - ou seulement partiellement - secondaires). Ce ne sont pas les perdus de vue de la PASS (non identifiés ici), qui seraient des patients à qui un suivi ou une consultation ultérieure à la PASS aurait été proposée mais non effectuée. Ces deux définitions peuvent cependant en partie se confondre.

Les consultants perdus de vue primaires dans notre cohorte sont 16 soit 13,6% de la population initiale (118 personnes), ce qui apparaît peu au regard de la mobilité et de l'instabilité supposée des personnes consultantes[I]. L'observation relative des parcours de soins qui construit notre étude et nos résultats reste liée à ce biais de sélection partiel, on ne peut réellement préjuger de la nature de la continuité des soins pour ce sous-groupe. Pour 9 personnes qui le composent en particulier, aucun droit n'était déclaré initialement, le recouvrement potentiel éventuellement par un autre régime d'assurance-maladie ou dans un autre département reste aléatoire et hypothétique. Nos observations à la PASS se limitant aux activités médicales, une prise en charge sociale a pu intervenir (par la PASS ou ailleurs) sans que ses résultats ne soient confirmés par notre requête. L'hypothèse de « mobilité » apparaît aussi en partie probable, pour les personnes en situation irrégulière au regard du titre de séjour et en hébergement d'urgence notamment (4 personnes), compte tenu de la conditionnalité relative imposée dans ce type d'hébergement[II].

Les consultants perdus de vue secondaires n'étaient que 6 (un présentant un changement de département, les 5 autres un changement de régime). Tous avaient donc un droit, et pour tous, un relais a été enregistré par la CPAM de Savoie, ce qui apparaît positif dans l'optique du parcours de soins.

Enfin et dans ce sens, à propos de la « mobilité », nous précisons que 7 autres personnes, dont les résultats à 24 mois étaient complets, ont bénéficié ultérieurement d'un transfert de leurs dossiers vers une caisse primaire d'assurance maladie d'un autre département (les données du nombre de consultations dans le droit commun, relevées sur une base de données nationale n'étaient donc pas minorées, selon la CPAM).

Au total, pour 8 personnes seulement sur 102, une « mobilité effective » au regard de l'identification des droits d'assurance maladie a été ainsi enregistrée, sur une période totale de 2 à 3 années d'observation. Les possibilités d'un parcours de soins continu et cohérent apparaissent ainsi favorables

[I] Dans l'enquête longitudinale à la PASS de Saint-Etienne, sur 586 consultants médicaux en 2005, 377 étaient désignés "perdus de vue" et l'étude ne portait que sur 110 personnes considérées dans la "file active" [51].

[II] Les centres d'hébergement d'urgence ont pour mission d'héberger tous les publics, y compris étrangers et sans autorisation de séjour. Cependant, pour les personnes "sans papiers", la durée officielle de 5 nuitées d'hébergement consécutives s'appliquent particulièrement, avec une orientation en pratique vers d'autres structures similaires mais distantes.

dans une dimension géographique ou territoriale large, et indépendamment des conditions générales de précarité.

Ensuite, à l'opposé de l'hétérogénéité globale qui définit nos résultats, un point déterminant et partagé est **l'accès effectif aux droits d'assurance maladie** (partiellement nuancé par cette notion de perdus de vue), quasi généralisé à l'ensemble de notre population et quelles que soient les caractéristiques initiales des consultants. Dans l'étude de Saint-Etienne, tous les patients avaient obtenu un droit d'assurance maladie, dont 27% à l'AME. Mais cet élément était d'une certaine manière un critère d'inclusion (les autres études présentées identifiaient l'accès aux droits seulement à la constitution d'un dossier de demande). La capacité théorique du système de santé à garantir une protection est donc ici localement mise en évidence.

Mais cette protection nécessite des interventions sociales nombreuses et répétées, en particulier de la part de l'assistante sociale de la PASS mais aussi d'autres acteurs associatifs ou institutionnels en général du réseau Santé Précarité (comme nous l'avons exposé, les activités médicales et sociales à la PASS de Chambéry ne sont pas totalement conjointes).
De plus et de façon en partie associée, la pérennité de cet accès théorique n'est pas totalement assurée, le renouvellement des droits nécessitant une nouvelle instruction d'une demande à reformuler. Les limites apparaissent selon nos résultats à partir de 24 mois de la première consultation à la PASS, en particulier pour les personnes bénéficiaires de l'AME dont le renouvellement apparaît le plus « irrégulier »[I].

Pour compléter à titre indicatif cette discussion, seule l'effectivité de l'accès aux droits ayant pu être décrite dans notre projet, le recueil de données sociales récemment institué au CH de Chambéry relatives aux interventions sociales de la PASS révèle par exemple et sans représentativité[II]: - une demande de CMUC pour une famille en demande d'asile a pu nécessiter 25 appels téléphoniques (3 vers l'équipe soignante, 22 vers les partenaires externes), 15 rendez-vous et 5 courriers (postaux, mail ou fax), - une demande initiale d'AME 20 appels téléphoniques, 16 rendez-vous et 9 courriers, - un renouvellement d'AME 10 appels, 12 rendez-vous et 2 courriers (annexe p. 170).
Si l'effectivité quasi générale est mise en évidence, l'efficience du recouvrement des droits apparaît donc plus limitée (au minimum en terme de ressources humaines et d'interventions[III]). Autrement dit,

[I] Ici encore, la place d'une mobilité secondaire reste envisageable.
[II] Ces données de 2010 nous ont été transmises par l'assistante sociale de la PASS, choisies de façon aléatoire par ses soins.
[III] Les coûts sanitaires supplémentaires induits par un retard de prise en charge dans le cadre de l'absence de protection maladie semblent à présent économiquement établis, en terme de ressources et d'activités sociales ou administratives, la situation pourrait être comparable: l'obtention de l'AME soumise à une contribution de 30 euros annuellement s'avérerait par exemple, selon une estimation globale présentée dans le rapport de l'IGF et l'IGAS sur l'AME en 2010, économiquement défavorable [25].

cela interroge secondairement (et peut-être avant tout) sur les dysfonctionnements administratifs, procéduriers voire politiques du système d'assurance maladie, qui rendent si complexes le recouvrement des droits et participent pour une part du recours initial à la PASS.

Les modes de recours aux soins et leurs fréquences à la PASS étaient par la suite très variables selon les consultants. A Chambéry, 43,2% des consultants n'étaient vus qu'une ou 2 fois (à Saint-Etienne, 22% des consultants n'étaient vus qu'une seule fois en consultation médicale) et 9,3% de la population (11 personnes) étaient encore suivis après 24 mois. Si ces types de fréquentation semblent répondre aux demandes des consultants et s'adapter aux besoins sociaux ou sanitaires, ils interrogent sur la mission règlementaire d'orientation vers le droit commun au-delà de l'accès aux droits, ses possibilités et son sens, comme ceux de son évaluation.
La PASS de Chambéry permet avant tout aux consultants de bénéficier d'un contact sanitaire, pour une part importante d'un bilan de nature préventive (39% des consultants). L'organisation et les spécificités du dispositif y participent ou en témoignent aussi: à la fois intégré au service de médecine interne et de maladies infectieuses ou la constitution en antenne du CIDDIST (lui-même rattaché à l'espace de santé publique du CH, et relié administrativement au service) mais aussi le lien étroit avec le CLAT.
Pour les personnes étrangères en particulier, si la PASS constitue un lieu d'accueil sanitaire, elle peut aussi s'établir en pratique comme un lieu d'informations sur le système de santé français[I] au-delà des interventions sanitaires ou de recouvrement des droits.

En ce sens, nous observons qu'à l'obligation d'une « visite médicale pour les étrangers autorisés à séjourner en France »[II], par décret et régie par l'OFII, répondent des modes de *gouvernement*[III] variables. Définissant le contenu de cette visite, le décret précise : « des conseils et des informations sanitaires adaptées ainsi que les adresses des structures de soins et de prévention seront dispensés aux bénéficiaires de ces visites médicales. » (art.1), et : « l'examen médical visé à l'article 1er est effectué par les médecins appartenant au service de santé publique et d'assistance médicale de l' Office français de l'immigration et de l'intégration ou, à défaut, par les médecins agréés par le directeur de l' Office français de l'immigration et de l'intégration. » (art.2). En pratique, les personnes en demande d'asile sont principalement orientées vers la PASS, parfois même depuis la préfecture de Savoie ; à titre de comparaison, les étudiants étrangers aussi concernés par cette mesure reçoivent en Savoie une convocation pour réaliser cette visite auprès d'un médecin agréé en libéral (la visite étant organisée et

---

Au-delà, on peut s'étonner naïvement de l'efficacité technique des rapprochements administratifs appliqués au contrôle de certains droits ou de la fraude, mais plus rarement pour l'affiliation *de droit*.
[I] Les informations relatives à la connaissance du système de soins et au-delà au temps de présence en France ou localement, non recueillies dans notre travail, pourraient ici être indicatives.
[II] Selon l'intitulé de l'arrêté 2006-01-11 art. 1 du décret n°2009-331 du 25 mars 2009 entrée en vigueur le 28 mars 2009, disponible sur «http://www.legifrance.gouv.fr/» (page consultée le 20/01/2011).
[III] Le terme de gouvernement ne se limite pas à la désignation courante du pouvoir en particulier de l'Etat, il est ici utilisée dans un sens général tel que l'utilise et le définit D. Fassin (« tout le spectre des interventions publiques possibles sur le vivant et les populations » [32:20] dans une lecture moderne de la pensée de M. Foucault.

prise en charge directement par les services administratifs de la Préfecture et de l'OFII). Certes, les conditions de migration et d'accueil en France sont différentes entre des étudiants et des demandeurs d'asile, les statuts sociaux d'origine par contre peuvent l'être beaucoup moins. D'une certaine manière, un tel usage de la PASS résulte aussi en partie d'une forme de ségrégation qui pourrait se définir là encore à un niveau administratif (supérieur - préfectoral, ministériel, de l'assurance maladie, ou direct - par des agents de service), mais aussi à un certain degré au niveau des intervenants sociaux voire des soignants eux-mêmes.

Le suivi et l'orientation sont ensuite dépendants de la nature de ce premier contact, des conditions, des possibilités individuelles ou des contraintes pratiques, que les caractéristiques recensées ne permettent pas d'appréhender très précisément.

Nous observons tout de même que les personnes suivies, au-delà de celles vues ponctuellement, conservaient en grande majorité une fréquentation régulière du dispositif. En terme d'adhésion aux soins et dans la recherche d'une continuité des soins, cet élément apparaît comme un indicateur de cohérence du parcours de soins. Il renseigne en parallèle sur une forme de qualité de l'offre de soins dispensés à la PASS de Chambéry, conjointe à l'accessibilité.

Par ailleurs, pour les consultants revus de manière prolongée à la PASS, des éléments sanitaires (co-morbidités, situations mêlées de pathologies virales chroniques, addictives ou psychiatriques en particulier) apparaissaient essentiels, en lien avec les particularités du dispositif, mais pas totalement déterminants (puisque d'autres patients, avec des situations sanitaires proches selon nos critères, n'empruntaient pas le même parcours).

Sur le plan quantitatif, 27,1% des consultants ont bénéficié d'une consultation spécialisée relevant de spécialités très diverses, en général au CH de Chambéry[I] (après orientation par le médecin de la PASS). Sur le plan national, cette situation concernait 38,5% des consultants en moyenne.

Les relais externes nominatifs, dont notre définition était arbitraire et non exhaustive de l'ensemble des relais, représentaient 27,1% des personnes primo-consultantes en 2007 selon notre étude, 67% dans l'étude de Saint-Etienne [51], mais seulement 25% en moyenne nationale (sans précisions des critères) [49]. Ce relais était associé à Saint-Etienne à un recours plus important dans le droit commun, la tendance dans notre étude apparaît aussi discrètement (5,33 contre 3,99 consultations de médecin généraliste dans le droit commun, avec et sans relais), mais sans démonstration statistique dans les 2 cas. Surtout les facteurs de confusion de ce type de relations restent majeurs.

Plus que l'existence d'un protocole d'orientation (comme nous l'avons décrit par exemple à la PASS de Créteil), dont moins de 40 PASS disposaient en 2003 sur le plan national, ce sont surtout les liens et les

[I] L'exception concernait la rhumatologie, qui n'est présente au CH que sous forme de vacations de spécialistes externes.

partenariats possibles avec les médecins généralistes libéraux qui pourraient constituer des éléments du relais, et signifier un impact potentiel de la PASS. A Chambéry, les limites de l'ouverture du réseau Santé Précarité aux praticiens libéraux ont déjà été soulignées. Notre travail n'a pas en ce sens permis d'établir une cartographie des praticiens relais concernés. Les pratiques et les liens privilégiés avec un nombre limité de praticiens risquent en outre de participer à une forme de concentration secondaire, dans le système de droit commun, des anciens consultants de la PASS. Cette hypothèse de concentration rejoint les descriptions objectives de « sélection » de la clientèle (et donc d'exclusion associée) par les praticiens libéraux[I] [58], identifiées pour les patients affiliés à la CMUC, au-delà des disparités territoriales de ces patients [59], mais aussi pour les patients toxicomanes [60].

Un autre point que nous mettons en évidence, éclairant notre problématique de l'orientation vers le droit commun et son évaluation, concerne l'usage non exclusif de la PASS. Les consultants qui présentaient à la PASS une fréquentation irrégulière ou intermittente présentaient en moyenne le plus de consultations dans le droit commun (11,9% des consultants avec 5,43 consultations de médecine générale, contre 4,73 et 2,33 pour les personnes avec une fréquentation régulière courte ou prolongée). Les différences étaient minimes, mais ce résultat indique surtout que le recours à la PASS n'exclut pas d'un recours parallèle ou alternatif dans le système de santé de droit commun[II]. De même, parmi les patients qui étaient toujours suivis à la PASS (11 personnes), à l'issue des 24 mois de notre période d'observation, 8 maintenaient ou retrouvaient (distinction que notre étude ne permet pas de préciser) un recours dans le droit commun. Si le recours à la PASS n'enferme pas dans le dispositif, notre étude objective aussi cette particularité énoncée préalablement de l'usage du service à Chambéry, celle d'un recours complémentaire, d'une certaine manière spécialisée en partenariat potentiel avec un suivi en médecine de ville.

L'accès primaire au système de santé de droit commun est lui aussi marqué par une grande hétérogénéité. Globalement, au regard des éléments sanitaires relevés (notamment la présence d'une pathologie chronique pour 46% des consultants), le nombre de consultations en médecine générale en 2009 semblait réduit, mais très dispersé: 30% des personnes n'avaient pas consulté, 53,92% n'avaient qu'une ou 2 consultations, seules 11 personnes avaient en moyenne une consultation par mois au minimum (et parmi elles, quelques unes beaucoup plus). A la PASS de Saint-Etienne, l'étude de 2006 retrouvait, après 6 mois d'observation, 37% de personnes sans consultation en médecine générale et 29% avec une à 3 consultations.

[I] Comme le souligne cette enquête de C. Desprès et M. Naiditch réalisée en 2006 dans le Val de Marne pour le Fonds CMU, les argumentaires présentés par les praticiens limitant l'accès à leur clientèle s'accompagnent « d'a priori négatifs envers les bénéficiaires de la CMUC, parfois décrits comme des exclus ou des fraudeurs ».
[II] Une question sous-jacente dans une autre logique - de "responsabilisation" des patients selon les termes administratifs - serait celle de la cohérence de ce type de double recours.

La moyenne de consultations par personne, en médecine générale libérale dans le projet PARAD, était de 4,52 pendant l'année 2009. Malgré l'apparente pertinence de cet indicateur pour mesurer l'effectivité locale du recours au système de santé, de tels éléments (populationnels et territoriaux) sont encore peu diffusés. Les données de l'évaluation du recours aux soins sont définies surtout globalement, en terme de consommations de soins (c'est-à-dire de dépense ou de coût financier par bénéficiaires, qui d'une certaine manière limite l'approche des inégalités d'accès aux soins en surreprésentant les soins les plus couteux en particulier hospitaliers, plus fréquents dans les catégories défavorisées), ou en terme de recours spécifique par exemple préventif (taux de recours à la mammographie ou au frottis cervical par exemple). L'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) publie cependant des données de comparaisons internationales portant sur cet indicateur, reprises par la direction de la sécurité sociale dans son programme intitulé « de qualité et d'efficience «maladie» »[I]. Ainsi à titre indicatif, le nombre de consultations médicales (généralistes et spécialistes) par habitant en France était estimé à 6,9 en 2008 [61]. Une comparaison plus fine imposerait ensuite une analyse approfondie des différences d'états de santé et des inégalités multiples, individuelles, sociales et territoriales liées.

La disparité des recours aux droits communs souligne donc simplement que l'orientation vers le droit commun des anciens consultants de la PASS peut être effective pour certains, et pas pour d'autres.
En particulier, les statuts sanitaires tels que nous les avons définis (les motifs de consultations et des données de morbidité principale) si ils s'associaient de façon cohérente au parcours de soins à la PASS, apparaissent moins déterminants sur les niveaux du recours aux soins dans le système de santé de droit commun. Malgré les limites liées à la construction de ces statuts (liée aux résultats de consultations de la PASS), la capacité globale du système de droit commun à répondre aux besoins sanitaires de notre population d'étude apparait en partie limitée.

Les autres caractéristiques proposées montraient par ailleurs et là encore la grande variabilité des recours. Nous retenons que les femmes[II], les personnes bénéficiant initialement d'un logement stable ou ayant déclaré un médecin traitant conservaient les recours les plus fréquents dans le droit commun. A l'opposé les personnes initialement en situation irrégulière au regard du titre de séjour avaient la plus faible fréquentation. Ces résultats correspondent aux données générales du recours aux soins, en lien avec les déterminants du recours aux soins, identifiés classiquement dans la littérature [62]. Mais parallèlement, nous observons aussi que globalement des possibilités d'un recours aux soins étaient

[I] Ces données compilent les informations du système national inter-régimes (SNIR géré par la CNAMTS), celles de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les données de population de l'INSEE. Les consultations libérales et hospitalières, généralistes et spécialistes sont recensées.
[II] D'après l'étude de D. Raynaud pour la DREES, en 2002 (mais de façon continue), à structure d'âge égale, les dépenses des femmes en médecine de ville sont supérieures à celle des hommes et pas uniquement du fait du recours aux soins gynéco-obstétricaux (en terme de consommations d'omnipraticiens+ 21 %), pour les dépenses hospitalières la situation est inverse.
Disponible sur « http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er378.pdf» (page consultée le 20/01/2011).

accessibles, quel que soit le droit de protection maladie des personnes, y compris l'AME dont les bénéficiaires observaient le contact sanitaire en médecine générale le plus important.

Les hypothèses et les interprétations que nous proposons sont alors multiples.
D'abord, les caractéristiques générales que nous avons pu identifier apparaissent insuffisamment déterminantes, elles ne constituent pas des facteurs explicatifs pleinement significatifs des modes de recours aux soins depuis la PASS vers le droit commun. De façon basique, nous rappelons donc quelques évidences. Etre étranger Africain ou Européen de l'Est, psychotique ou non francophone, Roumain ou alcoolique ou sans-abri n'entraîne pas un frein essentialiste aux soins. En regard, le système de soins peut à un niveau relatif répondre à certains des besoins sanitaires considérés dans ces cadres particuliers.

D'une manière indirecte, cela confirme l'intérêt d'une approche plus fine et cumulée des déterminants, notamment dans le cadre de notre sujet d'étude, les populations en situations de précarité voire de grande précarité et leur accès aux soins. Des indicateurs de cumuls de grande précarité, plus spécifique que le score Epices, tels que ceux utilisés dans l'enquête Précalog[I] apparaissent plus sensibles [63]. Les notions déjà présentées de capital social au sens large, de ressources psycho-sociales incluant des perceptions subjectives (de soi, de la santé et des institutions), liées aux dimensions temporelles et territoriales (durée de présence localement, réseau d'intégration local) comme aux expériences traumatisantes ou positives (en particulier liées à la santé et aux structures de soins), que développent des équipes de recherches comme celles du SIRS pourraient être réappropriées, de façon simplifiée, dans le cadre des activités et leur évaluation à la PASS de Chambéry[II].

De plus, l'hypothèse de l'expérience de soins antérieure favorisante transparait dans nos résultats. A travers la fréquentation relative supérieure des personnes ayant déclaré un médecin traitant avant le passage à la PASS ou bénéficiant d'un droit initial à l'assurance maladie (voire indirectement les personnes vivant en logement stable), semble se confirmer le bénéfice pour l'adhésion aux soins «lorsque [l'orientation] permet un retour à une pratique antérieure», comme l'analysait B. Kail dans l'enquête sociologique à la PASS de Créteil [55:19]. L'impact potentiel de la PASS dans la mission d'orientation s'en trouve dans ce cas plus relative.
Pour les personnes sans expérience de soins en France ou dont les expériences ont pris un sens plus négatif, que l'enquête Précalog (dans les centres de soins gratuits) décrit en terme de «résistance aux

[I] L'indice utilisé était construit de façon statistique en intégrant la situation professionnelle, le niveau des ressources financières, les conditions de logement, le degré d'isolement, l'existence d'une protection sociale et, pour les étrangers, la position administrative conditionnant la régularité du séjour sur le sol français, avec pour chaque dimension une classification "peu", "moyennement" ou "très" précaire.
[II] Dans le cadre du renouvellement de la fiche statistique de consultation, une réflexion a ainsi été menée fin 2009, parallèlement à notre travail, avec l'équipe soignante de la PASS de Chambéry (annexe p. 173).

soins» ou de «sentiments de menace ou d'anxiété dans [leurs] rapports avec les médecins» [46], la PASS peut constituer un contact sanitaire de rattrapage. Si ce contact sanitaire se structure en une expérience positive de soins (la régularité de la fréquentation observée à la PASS peut en être un indicateur), des possibilités d'un recours dans le droit commun - même réduites - peuvent se faire jour.

Par ces analyses, dans le cadre de notre problématique, le projet PARAD nous permet dès lors d'établir que le dispositif de la PASS de Chambéry, qui permet un accompagnement vers le droit commun, apparaît fondamentalement comme un dispositif plus palliatif et de rattrapage que d'exception, favorisant la construction et les conditions d'une expérience de soins. Mais sans que les notions d'orientation ou d'intégration dans le droit commun en particulier (qui comportent d'autres éléments complexes[I] et surtout rejoignent globalement le contexte des inégalités inhérentes au système de soins) ne puissent être totalement appréhendées.
L'étude qualitative qui suit présente l'ambition d'une compréhension plus fine de ces conditions de possibilités et des modalités des relations de soins recherchées, du sens général de l'orientation ou de l'intégration aussi.

Enfin, cette réflexion nous oriente ensuite vers un développement autour des facteurs d'accessibilité et d'adhésion particuliers à la PASS en rapport avec les pratiques qui s'y exercent. Mais aussi sur les dysfonctionnements structurels du droit commun ou l'inadaptation relative non pas des personnes en situations de précarité mais du système de soins en général à accueillir les consultants reçus à la PASS, voire les logiques de leur mise à l'écart, à partir de ce que nous avons partiellement évoqué.
Et c'est finalement à travers ces développements que la mission règlementaire de la PASS d'orientation vers le droit commun pourrait être pleinement évaluée, et peut-être en un sens apparaître légitime ou au contraire injustifiée.

[I] Par exemple, «lorsque l'orientation se heurte aux conditions de vie» [54:20] comme le constate B.Kail, ou quand ce sont les conditions de vie qui déterminent l'orientation, pour les personnes en demande d'asile hébergées en CADA notamment (les CADA en Savoie se situant à Albertville et Saint-Michel de Maurienne).

2 Enquête qualitative: les entretiens

2.1 Justification de l'étude et objectifs

Le projet PARAD par une étude de cohorte et une analyse statistique a mis en évidence de façon objective des parcours de soins, à la PASS et dans le système de santé de droit commun. Les indicateurs utilisés permettent une évaluation quantitative d'une forme de « qualité » du dispositif et de ses usages: nombre de consultants reçus, droits obtenus, moyenne de consultations et durées de suivi ainsi qu'une approche restrictive des recours aux soins dans le droit commun: déclaration de médecin traitant, nombre de consultations en médecine générale.

Les caractéristiques initiales recensées n'apportent par contre pas d'éléments déterminants expliquant les usages et la fréquentation de la PASS ou du droit commun, ni surtout leurs modalités. Les déterminants classiques utilisés ne permettent pas d'appréhender la diversité des dynamiques et des situations. De plus, l'enquête se limitait pour la PASS aux consultations médicales intra-muros (sans analyse de l'activité extra-hospitalière au Point Santé), pour le droit commun à l'accès primaire.

Sous l'angle du parcours de soins, et particulièrement le retour au droit commun, nous souhaitions donc interroger les modalités possibles de ces recours aux soins: comment, pour qui et dans quelles circonstances (les conditions d'existence par exemple pouvant évoluer) s'organisent et se construisent-ils ? Secondairement, la question des rapports aux institutions de soins, mise en évidence par ailleurs et évoquée précédemment, devait aussi être conjointement explorée comme hypothèse explicative: quels sont les rapports des consultants au système de soins en général, à la PASS, à l'assurance maladie ou aux systèmes hospitalier ou libéral ?
Les expériences vécues par les patients (et leurs discours), plus qu'une simple enquête de satisfaction, nous semblaient des éléments signifiants pour répondre à ces interrogations sur les modalités pratiques du parcours de soins autant que sur les rapports (voire les représentations) aux structures de soins.
Nous avons bénéficié au cours de ce travail spécifique de l'appui de Madame Pascale Ancel, maître de conférences en sociologie à l'université Pierre Mendès France de Grenoble.

2.2 Matériel et méthodes

2.2.1 Type d'étude

Nous avons donc réalisé une étude descriptive transversale de type qualitative, avec la réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de 14 personnes, ayant consulté à la PASS du CH de Chambéry. Des observations et des discussions informelles, notamment avec les intervenants sociaux sur les lieux de

vie et d'hébergement des personnes ou lors des nombreuses réunions de professionnels partenaires auxquelles nous avons assisté (sorte d'observation participante), ont à un certain niveau participé aussi à ce travail. L'ensemble constituant ainsi une forme relative[I] d'enquête « monographique ».

2.2.2 Constitution de l' "échantillon"

L'objectif n'étant pas de respecter une représentativité de la population des consultants de la PASS mais d'interroger des subjectivités individuelles, des spécificités et leurs diversités, notre « choix » s'est donc fait de manière indirecte mais orientée, pour des raisons à la fois pratiques, éthiques et d'analyse (avec le souci de conserver le plus possible une relative neutralité).

Le seul critère d'inclusion théorique utilisé était: avoir bénéficié d'au moins une consultation médicale et/ou sociale à la PASS (Intra-muros ou Point Santé). En pratique, les « possibilités de contacts » avec la population cible ont été déterminantes.

Au total, 14 personnes ont donc été rencontrées: 11 personnes par l'intermédiaire des intervenants sociaux des lieux d'hébergements et selon leurs « identifications », 2 autres par l'intermédiaire des professionnels de la PASS selon une « identification » concertée, et une personne de manière fortuite dans un lieu d'accueil (que nous avions reçu plusieurs mois auparavant en consultation).

2.2.3 Recueil des données et modes de recueil

Tous les entretiens ont été réalisés entre le 14 et le 27 décembre 2010, en rencontre directe et individuelle[II], sur rendez-vous (sauf un entretien, réalisé par téléphone, suite à une mise en contact par la PASS[III]). Les entretiens pour la plupart se sont faits sur les lieux de vie des personnes (salles communes ou chambres des centres d'hébergement, appartement), deux entretiens ont eu lieu dans les locaux (bureau d'un « médecin tiers » et salle de consultation) de l'unité de consultation du service de médecine interne et des maladies infectieuses - dont la PASS est un élément. Nous portions une tenue civile.

Les entretiens se sont faits en langue française, deux en français avec un appui en anglais et un en anglais exclusif.

De façon la plus neutre possible mais adaptée selon la « confiance ressentie » (par nous-même) des personnes, nous présentions notre travail : un travail d'évaluation de l'accès aux soins, dans le cadre

[I] Une relativité est ici mentionnée pour souligner que ce travail ne se revendique pas d'une compétence socio-anthropologique (ni professionnelle ni universitaire), mais seulement d'une tentative d'approche de notre objet d'étude, selon une forme identifiable, et dans les limites de notre expérience.

[II] Un entretien s'est fait avec un couple d'interviewés, en présence de leurs enfants en bas âges, un autre en présence du fils de l'interviewé, lui-même interviewé seul précédemment.

[III] Cet entretien téléphonique s'est fait dans le prolongement de la présentation téléphonique de notre étude à la personne concernée. Ce mode de rencontre n'a pas semblé modifier ni la confiance ni le contenu de cet entretien, la personne suivie régulièrement à la PASS ayant été informée préalablement par l'infirmière de la structure.

d'un travail universitaire en lien avec l'hôpital ou le service de la PASS voire le médecin coordonnateur (nommément précisé). De même, notre identité n'était pas totalement fixée: étudiant, « thésard », interne, médecin… Les personnes intermédiaires (infirmière de la PASS, intervenants sociaux) connaissaient notre travail, soit pour avoir suivi et participé à sa progression régulière, soit après une présentation officielle. Elles ont participé de façon essentielle à cette présentation aux personnes interviewées, sans que nous ne maitrisions totalement cette dimension.
Une typologie des personnes interviewées, dont la précision fût l'objet d'interrogations, est présentée en annexe. Par souci de respecter l'anonymat et la confidentialité, les noms ont été remplacés par de simples lettres prises au hasard (malgré le sens péjoratif apparent), d'autres éléments d'identification ont été modifiés et ainsi reproduits dans les résultats[I].
Sauf pour l'entretien téléphonique, nous proposions systématiquement d'enregistrer les rencontres (par un dictaphone numérique), une personne a préféré ne pas être enregistrée (à priori sans influence sur le contenu de l'entretien).

Un guide d'entretiens suivi de manière distante a été utilisé (annexe p.171), les questions évoluant au fur et à mesure de la conduite et des expériences des entretiens précédents, en voici la trame:

- le passage à la PASS: quand, comment, pour quelles raisons et combien de temps…
- le système de droit commun et les droits à l'assurance-maladie: connaissance, compréhension et modalités d'usage des droits et du système de santé, lien avec la PASS…
- les rapports aux structures de santé: fréquentations antérieures, différences entre l'hôpital, la médecine de ville, la PASS et rapports aux médecins…

Les entretiens ont duré de 15 à 50 minutes. Après chaque entretien, nous rédigions une note d'entretien, précisant (en plus des conditions de la rencontre) les impressions immédiates, les thèmes abordées et les expressions marquantes.
Une transcription écrite s'est faite ensuite de façon sélective et limitée, après des écoutes répétées et une imprégnation progressive des récits et de leur sens.

2.2.4 Considérations éthiques et réglementaires

La confidentialité des entretiens et l'anonymisation des résultats étaient un élément indispensable et préalable pour obtenir la confiance et les confidences des personnes interviewées. Ces principes étaient précisés avant chaque entretien aux personnes interviewées et aux intervenants sociaux intermédiaires. De ce fait, les résultats et la typologie des personnes rencontrées (annexe p. 172) sont présentés avec les modifications nécessaires pour éviter au maximum une identification.

[I] Par souci de lisibilité, nous avons discrètement réécrit certains passages, quand la langue française était mal maîtrisée ou pour faciliter le passage de l'oral à l'écrit.

De plus, l'identification des personnes interviewées à distance de leurs passages par la PASS nous a interrogé: si notre objectif n'était certes pas d'intervenir sur les parcours de soins mais d'obtenir des éléments descriptifs, un « fichage » indirect s'est exercé[I]. Les intervenants sociaux, qui partagent le quotidien de certaines personnes interviewées, participent cependant activement au parcours de soins dont ils connaissent une partie des étapes. En ce sens, un partage d'une forme de secret professionnel s'est appliqué, sûrement facilité par notre fonction médicale et la prise de responsabilité du médecin coordonnateur de la PASS.

2.2.5 Analyse des entretiens

En plus des notes d'entretiens immédiates, des écoutes répétées et attentives des enregistrements (avec prise de notes) nous ont permis de nous en imprégner et de cibler les passages les plus porteurs de sens pour une transcription écrite (dont certaines parties enrichissent le corps de notre texte).
Nous avons alors analysé à partir des thématiques initiales proposées chaque entretien, puis de manière transversale et comparative. Peu à peu, une analyse et une synthèse possible se sont dessinées, qui sont ici proposées.

2.3 Résultats et analyses

2.3.1 Présentation générale des personnes rencontrées

Afin de préciser les situations des personnes rencontrées, nous reprenons en partie des éléments caractéristiques individuels et socio-administratifs du projet PARAD, en soulignant à nouveau que le souci de représentativité ne s'imposait pas ici. Toutes ces informations proviennent des personnes elles-mêmes, et uniquement. Elles ne sont en ce sens que déclaratives, et pour certaines non exhaustives.

Seules 2 femmes ont été interviewées, les 12 autres personnes étaient des hommes. Les âges au moment des entretiens se situaient entre 22 et 57 ans, en moyenne 40 ans.
Sur le plan familial, 2 personnes - rencontrées en couple - vivaient avec leurs enfants ; 2 autres - père et fils - vivaient aussi ensemble. Une personne vivait en concubinage. Toutes les autres vivaient seules sur ce plan. Trois autres personnes avaient eu des enfants, mais sans contact régulier avec eux.
Aucun n'avait de plus de lien fraternel régulier (au sens littéral).

[I] Pour les personnes étrangères en particulier, notamment en situation de sursis par rapport au droit de séjour, déjà soumises à une forme de contrôle administratif, cette notion pouvait être sensible.

Neuf personnes étaient étrangères: 4 étaient originaires d'Europe de l'Est, 2 d'Afrique sub-saharienne, 1 d'Afrique du Nord, 1 d'Asie centrale et 1 d'Europe de l'Ouest (UE), les autres étaient français et nés en France. Parmi les étrangers, 2 personnes étaient en France respectivement depuis 10 et 5 ans, les autres vivaient en France depuis à peine plus d'un an, leur maitrise du français initiale (à leur arrivée en France) et au cours des entretiens était variable (seule une personne s'exprimait très peu en français, certaines parfaitement).

Sur le plan du droit au séjour, 6 personnes étaient en demande d'asile (dont 5 en attente du recours devant la CNDA après un refus par l'OFPRA). Une personne avait une carte de résidence « vie privée et familiale » et une autre, originaire de l'UE, avait un statut professionnel.

Sur le plan professionnel, au moment des entretiens, seule cette personne avait ainsi un emploi (précisément un cumul de temps partiels), 2 autres personnes travaillaient aussi dans le cadre d'ateliers d'insertion[I], ce qui ne constitue un emploi réel ni sur le plan financier ni sur le plan administratif. Sur l'ensemble des personnes interviewées, 13 bénéficiaient ainsi de minima sociaux en rapport avec leur situation administrative ou socio-médicale[II].

Nous soulignons que parmi les personnes étrangères, 6 personnes n'avaient pas d'autorisation préfectorale de travail. Par ailleurs, 5 personnes présentaient des pathologies les écartant au moment de l'entretien de la possibilité d'un emploi.

Les niveaux d'étude étaient par contre plus variés. Quatre personnes avaient bénéficié d'un enseignement et d'un diplôme universitaire ou équivalent dans des domaines vastes (parfois cumulés), de l'ingénierie au journalisme et à la psychologie, du commerce aux sciences juridiques. Ces personnes étaient toutes en demande d'asile. D'autres avaient des formations techniques professionnalisées et étaient diplômées en mécanique, électricité ou cuisine. Seules 3 personnes, étrangères, étaient sans formation.

Toutes les personnes rencontrées avaient exercé une activité professionnelle, selon des formes, un cadre et dans des milieux divers, depuis des « petits boulots » de vendeur ou de peinture à des postes d'enseignant universitaire ou d'ingénieur d'état.

En terme de logement, 2 personnes bénéficiaient d'un logement personnel en location, 1 personne vivait en « appartement relais », 6 personnes étaient en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS ou structure proche), 5 étaient en CADA. Une personne dormait en centre d'hébergement d'urgence, sans autre possibilité d'hébergement (et dans une situation prolongée).

[I] Ces activités faiblement rémunérées s'exercent par exemple selon la dénomination administrative dans un CAVA: centre d'adaptation à la vie active, dont l'intitulé apparaît en soi "instructif".

[II] Dans le détail, les minima sociaux concernés (calculés ici pour une personne seule, au 01/01/2011, en considérant l'absence d'autres ressources récentes) étaient: le RSA de base soit 469,99 euros mensuels, l'AAH 711,15 euros maximum mensuels, l'allocation temporaire d'attente (ATA) 10,83 euros par jour pour les personnes en demande d'asile sans place en CADA ou allocation mensuelle de subsistance (AMS, d'un montant inférieur à l'ATA et fonction des conditions d'hébergement) pour celles hébergées en CADA.
Données disponibles en ligne sur «http://www.service-public.fr/» (page consultée le 20/01/2011).

Toutes les personnes avaient au moment de nos rencontres un droit à l'assurance maladie, CMUC principalement ou sécurité sociale avec mutuelle complémentaire (respectivement 9 et 5 personnes). Une personne était aussi sous protection juridique.
Les éléments de morbidité n'ont pas été, par principe, spécifiquement recherchés même s'ils transparaissent partiellement dans la suite de nos résultats. Celle-ci se construit ensuite à partir des données du parcours de soins constitutives de nos entretiens.

2.3.2 Les relations d'enquête

Si notre fonction médicale constituait une légitimité peut-être nécessaire, elle a pu sous une forme influencer de manière interactive nos rapports avec les personnes interviewées. De notre part, une sorte d'interventionnisme professionnel a pu s'exercer. D'autre part, la nature de nos entretiens aurait pu se confondre avec une relation thérapeutique ou entretenir le doute sur un bénéfice secondaire possible.
Globalement et selon nos impressions, ces relations d'enquête sont apparues cependant bien maîtrisées dans le cadre de notre approche. Deux personnes interviewées par exemple présentaient des douleurs bénignes au moment des entretiens, mais aucune demande de soins n'a été formulée. Une autre personne, à la fin de l'entretien, nous a demandé: «Si vous pouviez regarder mon ordonnance, quel jour ils ont changé mon traitement, et quelle dose ?», un simple renvoi au médecin traitant a été bien accepté.

Par ailleurs, les personnes rencontrées, y compris celles hébergées en collectivité, semblent toujours vivre dans un relatif isolement. Le temps de nos échanges était aussi une occasion de relation et de discussions nouvelles. M. C par exemple a insisté pour réaliser l'entretien en français malgré sa maîtrise moyenne de notre langue (mais bien meilleure de l'anglais), il nous précisera ensuite qu'il avait un examen de français l'après-midi (dans le cadre d'une formation au CADA). Notre entretien pouvait constituer selon lui un bon exercice en ce sens.

Enfin, nous répétons que nos questions se limitaient à une approche du parcours de soins mais incluant les éléments de contexte et d'environnement. Nous ne cherchions pas à être trop intrusifs, ni sur les parcours de vie ni sur les états de santé. Cependant, les histoires personnelles sensibles et l'expression de « récits de vie » ont parfois marqué le contenu de nos échanges.
Or, pour les personnes en demande d'asile ou dans le cadre des systèmes d'assistance sociale, ces récits peuvent prendre un sens ambigu (par exemple associé à la déclaration de la demande d'asile à l'OFPRA ou une demande d'aide sociale d'urgence). La quête d'une reconnaissance ou d'une assistance peut parfois obliger les personnes concernées à répéter des expressions de traumatismes ou de persécutions

qui les ont poussés à l'exil ou à exprimer à partir d'éléments de souffrance biographique une forme de supplique[I]. Celle-ci étant imposée par ce que M. Foucault définissait dans un autre contexte comme un régime de «confession laïque», réactualisé dans des situations contemporaines[II].
De même, des éléments « confidentiels » sur les pathologies ont parfois été rapportés.
Tels n'étant ni nos objectifs ni nos intentions (au moins conscientes), quand les discours tendaient à s'orienter ainsi, nous nous permettions d'engager discrètement une digression.

2.3.3 Parcours de soins et parcours de vie: conditions et modalités

En reprenant ici une expression classiquement utilisée à propos des personnes sans-abris, nous observons que la fréquentation initiale de la PASS ne répond « ni [au] hasard, ni [à la] fatalité ». Nos entretiens nous ont permis de mesurer l'inscription de ce premier contact avec la PASS dans les trajectoires de vie multiples et variées des personnes, faites de successives ruptures sociales ou territoriales, de l'errance à l'exil, de conditions de vie très difficiles, pour certains de traumatismes biographiques (parfois évoqués avec une pudeur relative). Ces parcours de vie qui mettent à mal les ressources morales et physiques des personnes.
En parallèle, les parcours de soins à partir de la PASS témoignent aussi d'une grande diversité où des formes plurielles de fréquentation et d'adaptation se construisent et surtout des modes d'accompagnement variés interviennent et se développent.
Nous préciserons donc ces éléments: dans quelles situations peuvent se rejoindre les parcours de vie et de soins, c'est-à-dire les «conditions de possibilités»[III], puis les modalités pratiques du parcours de soins dans le contexte de l'accompagnement socio-médical, depuis la PASS vers le droit commun.

<u>Les conditions du parcours de soins selon les conditions d'existence</u>

Toutes les personnes rencontrées ont consulté à la PASS, selon des modalités et une fréquence variables. De façon schématique, nos observations et les entretiens nous ont cependant permis d'identifier et de confirmer une sorte de **parcours « idéal typique »**[IV] de la fréquentation initiale de la PASS et de la suite du recours aux soins, où s'affichent ces liens entre les parcours de soins et de vie.

[I] Une situation sanitaire dégradée est aussi un élément qui peut participer par ailleurs et indépendamment à une reconnaissance administrative, comme nous l'avons déjà présenté avec cette notion actualisée de *biopolitique*.
[II] Certains auteurs comme D. Memmi, en analysant les nouvelles formes politiques de régulation ou de contrôle sociaux, parlent ainsi d' «inquisition biographique» ou de «police de l'aveu» [64].
[III] Selon la notion évoquée dans notre problématique et d'après M. Joubert [17:62].
[IV] L'idée du parcours idéal-typique fait référence aux travaux du sociologue Max Weber (*Essais sur la théorie de la science*). L'idéal-type vise à construire un modèle pour étudier un phénomène social, cette méthode permet de dresser un " tableau de pensée homogène", un guide dans la construction des hypothèses.

Ce parcours « idéal typique » ne se réfère pas à un quelconque jugement, mais à une reconstruction utilisée pour mieux comprendre les parcours observés.

Par leur maîtrise moyenne du français, M. C et M. G le résument justement avec clarté dans un enchaînement d'événements et de sens (au-delà de leur situation particulière de demandeurs d'asile):

> **M. C:** «Quand je suis arrivé à Chambéry, j'ai demandé asile politique, j'ai habité au CHU [centre d'hébergement d'urgence], je suis parti à Grenoble pour les…[il montre le bout de ses doigts], après ils m'ont donné le récépissé, je suis parti à l'Accueil de jour à l'assistance sociale, après elle a écrit quelque chose, après 1mois/1mois et demi est arrivée mon assurance-maladie […] Après le récépissé, 4 ou 5 jours, je suis arrivé ici au CADA, [l'intervenante sociale citée par son prénom] m'a donné le rendez-vous pour l'hôpital [en pratique la PASS]. Mais maintenant je l'ai [l'assurance maladie]!».
>
> **M. G:** «Quand je suis arrivé en France, je suis resté 9 mois sans voir de médecin. J'ai rencontré quelqu'un, au foyer, à l'Accueil de jour, il m'a dit... [orienté vers le Point santé]. On a pris un rendez-vous pour l'hôpital de Chambéry.»

Dans une situation très différente, M. H expose lui aussi au fil de l'entretien et à rebours ce parcours de vie et de soins:

> **M. H:** «Je suis resté assez longtemps sans voir de médecin. [Quand ?] Au début où je suis arrivé ici [hébergement en CHRS], ça fait un peu plus d'un an. [Et avant le médecin de la PASS, vous aviez un médecin?] Non. Pendant plus de 10 ans, j'ai fait la route comme ça. [Vous n'aviez pas de médecin?] Non. Et au contraire, je me laissais aller complètement, à la boisson, tout ça, avec les copains, coucher dehors, ivre mort... Oh, j'en ai eu des aventures.». Plus tard dans l'entretien, au moment d'évoquer l'époque antérieure, sa formation et son travail de mécanicien, il précise: «Mais, à la mort de mes parents, j'ai tout abandonné [...] Là j'avais un boulot, je travaillais dans le BTP, et puis j'ai coupé les ponts et puis je suis parti sur les routes...».

Ce parcours « idéal typique », dans des situations différentes, comprend ainsi des étapes successives et répétées dont l'ordre peut varier. Dans une trajectoire de précarisation parfois profonde, où une distance progressive d'un suivi de soins s'est installée, un autre cheminement possible peut se développer sous la forme de ce parcours « idéal typique ». Il comprend notamment: la rencontre avec un intervenant social pour un soutien et une orientation, une possibilité d'hébergement (y compris en centre d'hébergement d'urgence), l'intervention d'une assistante sociale pour le recouvrement d'un droit à la protection maladie puis un contact sanitaire qui se structure en un parcours de soins.

De même, d'autres personnes interviewées évoquent cette forme de cheminement:

Mme E: «Une voisine m'a demandé de parler avec une assistante sociale, j'ai parlé avec une assistante sociale [de secteur], elle m'a envoyée à la SASSON[I]… et c'est comme ça que j'ai connu la PASS. Le Docteur [nom du médecin de la PASS] a accepté de me recevoir… j'ai rien payé… Parce que là… je touchais là-bas [en montrant sa main descendre vers le sol]…».

M. L: «Puis, j'ai fait le va-et-vient, va-et-vient, va-et-vient jusqu'à ce que je reste ici, à Chambéry. Après une semaine [au CHU] je parle avec Mme de la SASSON…ils m'ont emmené ici...[CHRS]», puis il poursuit: «Quand je suis venu ici, j'avais pas de docteur, on m'a dit… on m'a présenté ce Docteur là [médecin de la PASS]».

M. J: «J'ai fait un mois à côté de l'hôpital de Bassens [CHU en période hivernale]… après je logeais au « Lit de stabilisation » le soir, à midi j'allais à la cantine savoyarde. J'allais voir le médecin [PASS Point Santé] à l'Accueil de jour […] La dame qui travaille à l'Accueil de jour, elle est médecin [en fait l'infirmière de la PASS], elle m'a écrit l'adresse, et je suis allé au 7ème étage [consultation de la PASS intra-muros]».

M. B: «J'ai dit au responsable du CHU [que j'avais un problème de santé]… Il m'a dit: *il faut attendre le mardi ou le vendredi… ce sont les jours de consultations du médecin pour les demandeurs d'asile qui n'ont pas encore les droits*[II]». Ensuite, décrivant sa consultation au Point santé, il précise: «[le médecin:] *Du fait que vous êtes un demandeur d'asile, c'est bien que je vous recommande chez un médecin*…il m'a remis un document de rendez-vous […] en consultation avec le Docteur [nom du médecin de la PASS], c'est le premier jour que je l'ai vu…et puis il m'a consulté.»

Dans cette suite d'évènements, de fortes contraintes liées aux situations de précarités s'expriment et des déterminants classiques sont identifiables:

- financiers, exprimés au moins par Mme E ou M. et Mme A,
- de logement pour M. C, M. L, M. J, M. B, M. et Mme A, M. H...,
- administratifs liés à la protection maladie pour M. C, Mme E, M. B, M. et Mme A, M. J... ou aux titres de séjour pour M. C, M. B, M. et Mme A, M. J... Sur ce dernier point, le statut de « demandeur d'asile » est parfois réaffirmé pour l'accès aux soins (cible de nos questions) dans une quête de légitimité (M. B: «Puisque je suis demandeur d'asile...») ou simplement dans la dynamique de la logique administrative (M. C).
- sanitaires selon que le bilan de santé est rassurant, qu'une intervention est nécessaire ou que des pathologies chroniques se sont installées (notamment de souffrance psycho-sociale ou addictives).

[I] Nom de l'association d'accompagnement social et d'hébergement, dont la présentation est précisée dans la première partie.
[II] Les passages en italique correspondent aux expressions rapportées par la personne interviewée et exprimées par son interlocuteur (ici le « responsable du CHU»).

Dans cette suite de contacts, des repères peu à peu se dessinent ou se redessinent alors: à travers les lieux et les personnes intervenantes citées (par leurs noms ou prénoms autant que par leur fonction). Les dates - des rencontres, des visites ou des courriers - sont aussi parfois précisées particulièrement pour les étrangers (ces événements remontant pourtant à plusieurs mois, voire années). D'autres par contre gardent un souvenir plus vague dans le temps (notamment quand des éléments de souffrance psycho-sociale ou de prises de toxiques s'interposent).

Ce cheminement initial devient alors en partie balisé, par une intégration des contraintes quotidiennes (mêmes persistantes), des déterminants évoqués et des « interventions » des acteurs professionnels médicaux et sociaux.

Les éléments déterminant la suite des parcours sont alors moins identifiables: entre refus, résignation ou soumission, adaptation, assimilation et prises d'initiatives personnelles. Ces éléments plus subjectifs semblent relever entre autres des niveaux de « capacités » individuelles, des ressources intimes, de la durée ou des degrés de précarisation et de disqualification sociale (que les modèles SIRS précédemment évoqués décrivent comme des atteintes de l' «image de soi» ou des «ressources de protection de soi», ou selon l'enquête Précalog en lien avec des «cumuls de facteurs endogènes et exogènes»), et des formes pathologiques (en partie associées). Un ensemble environnemental évolue ainsi, au fur et à mesure.

En voici des expressions possibles:

> **M. et Mme A**, décrivent ainsi, après leur arrivée en CADA: «On n'avait pas encore l'assurance maladie, c'était en train… Notre assistante sociale nous a dit que c'était très obligatoire d'aller [à la PASS, en rapport avec le certificat de l'OFII] », avec un recul certain ils précisent ensuite: « C'était notre premier contact avec le système médical [français]», et se réapproprient cette obligation: «On n'avait pas de possibilité, c'était la seule possibilité d'évaluer tout ça [bilan tuberculeux et vaccination], pour nous aussi c'était intéressant, on était passé en centre d'hébergement, on avait passé 2 mois dans des pays étrangers… de savoir que tout est normal… On est passés [à la PASS] et on était tranquille après.» Par la suite, à propos de la CMUC, M. A reprend: «Pour l'instant, c'est la situation, c'est la période [...] J'ai entendu aussi qu'il existe la mutuelle, tu payes 30% des charges... Nous, on a payé 100% [dans leur pays d'origine], alors...». Mme A confirme avec humour et « philosophie »: «Pour l'instant, on travaille pas [titre de séjour sans autorisation de travail], ça nous arrange...[rire]», puis ils résument: « On est déjà « assurés » par l'Assurance maladie [CMUC], c'est un mot qui dit son équivalent [...] L'homme est plus estimé si sa santé est assurée, c'est plus avantageux. Dans notre situation, c'est mieux d'avoir l'assistante sociale qui s'occupe de nous, à côté de nous pour montrer le chemin...».
>
> **M. K:** logé à présent dans un « appartement relais », exprime avec pudeur le poids de son parcours, de l'accompagnement et de son ressenti: «[parlant de la PASS] Il m'avait convoqué 2 ou 3 fois...», puis plus tard dans l'entretien: «Il y avait un suivi... Il y a eu des améliorations…et puis… Si un jour ça

recommence… on ira peut-être le revoir [le médecin de la PASS].» Semblent ainsi évoqués le risque de la « rechute » possible (sous la forme d'un pronom impersonnel) et à nouveau le lien entre le parcours de vie et de soins.

M. H: «[A propos de ses premières consultations à la PASS] On m'a forcé un peu la main pour aller le voir [médecin de la PASS], au début, pour voir si ça allait bien.», ensuite : « Des fois où je me sentais pas bien, j'allais causer un peu, il écoute bien [...] Je m'en plains pas... Je me sens revivre.». Cependant, au cours de notre entretien, il évoque uniquement son suivi régulier à la PASS. À notre question sur la possibilité d'une orientation vers un médecin traitant libéral, il répond: «Non. Justement on me l'a conseillé, de prendre un médecin traitant. On m'a dit qu'il faudrait le faire. [Vous ne voyez pas d'autres médecins que celui de la PASS ?] Non, non. C'est pour ça, il faudrait que je trouve un médecin traitant, souvent il [le médecin de la PASS] m'en a parlé...». L'entretien terminé, notre discussion ayant peut-être soulevé quelques interrogations[I], l'intervenante sociale viendra me préciser (après en avoir discuté avec lui) que M. H est pourtant suivi par un médecin traitant de ville régulièrement, en parallèle et en coopération avec le médecin de la PASS.

M. F: (par téléphone) il évoque d'abord une longue période d'errance, il est suivi alors irrégulièrement par les dispositifs de soins (PASS et alcoologie notamment). C'est à l'occasion d'un nouveau contact sanitaire avec le médecin de la PASS (et l'équipe d'alcoologie), que selon son récit, une sorte d'opportunité s'est présentée: la possibilité d'une cure en alcoologie à condition de disposer d'un logement dans les suites. Fort de quelques contacts préservés, il explique (a postériori et en enchaînant) avoir alors loué sans encombre un appartement, être allé en cure, avant de s'installer chez lui pour ne plus jamais retourner dans la condition d'avant. Il a choisi à présent le médecin de la PASS comme médecin traitant et bénéficie d'un suivi classique.

M. B: à une question sur l'orientation possible vers un médecin de ville, il répond: «Pour moi... pour le moment, du fait que je ne suis encore pas vraiment installé... c'est mieux que je reste ici [suivi à la PASS]. Le jour où je serai vraiment installé, là... [s'interrogeant lui-même] je chercherai les bonnes conditions pour m'installer... Je ne suis pas encore installé, comment je vais prendre un docteur là ou bien là. C'est mieux que je reste ici!». Dans la suite, il exprime ainsi l'évidence de sa condition: «Un an et 2 mois à la rue, c'est difficile. Je suis à la rue !».

La suite du parcours de soins s'inscrit ainsi selon ces échanges possibles avec les intervenants sociaux comme avec les structures de soins. Dans ces conditions d'environnement («conditions de possibilités», de vie et de soins), ces contacts répétés qui peuvent s'affirmer, se confirmer ou parfois se distendre à nouveau définissent pour les professionnels l'accompagnement socio-médical[II], en un sens littéral,

[I] Notre rattachement au dispositif de la PASS et à son médecin, selon la présentation de l'intervenante sociale à M. H, a aussi pu influencer une partie de cet oubli.
[II] Du fait de notre point de vue et de notre fonction, nous utilisons ici cette hiérarchie socio-médicale. En cas de citations ou quand le point de vue est avant tout social, l'ordre médico-social est utilisé.

concret comme légal (selon les textes règlementaires par exemple). Pour les personnes interviewées, les limites pratiques et subjectives entre l'assistanat, l'assignation ou l'opportunité de choix sont parfois ambigües et évoluent. Ces limites apparaissent aussi telle une préoccupation constante des acteurs professionnels. Des formes d'adaptation interactive tentent alors en permanence de se construire, que dévoilent en partie les discours et l'analyse des modalités du parcours de soins.

A l'opposé de ce parcours « idéal typique » (dont nous soulignons qu'il reste pour chacune des personnes interviewées particulier, individualisé), nous présentons un **parcours d'exception**[I] choisi à travers le prisme de notre regard médical et de notre problématique:

> **M. D:** en anglais, «[Vous connaissez la PASS ?] Non. Je ne sais pas... [Vous avez vu un médecin à Chambéry ?] Oui, j'étais au centre d'hébergement d'urgence [demande d'asile initiée], j'ai vu un docteur à l'hôpital [médecin de la PASS]. J'ai fait des examens cardiaques, tous les éléments qui étaient nécessaires...». Après 2 ou 3 consultations en cardiologie à Chambéry et des explorations complémentaires rapidement effectuées, il a été orienté vers le centre hospitalier universitaire de Grenoble: « [Et quand avez-vous obtenu vos droits à l'assurance-maladie ?] C'est le [il donne la date], le jour de mon opération... Le professeur a dit à l'hôpital de Chambéry [à l'assistante sociale de la PASS]: *cet homme a besoin d'une chirurgie rapidement*! [Toujours citant le professeur] *Peu importe quelle assurance-maladie, il la nécessite pour l'intervention!* C'est un autre médecin qui parlait russe qui m'a traduit... Ils ont fait le mieux qu'ils pouvaient faire. Le même jour!!! [Ouverture des droits et intervention chirurgicale]».

Pour M. D, au-delà de sa situation administrative précaire, c'est la pathologie dont il souffrait (avec son caractère d'urgence, peut-être aussi une forme de « noblesse » de la spécialité concernée et de la chirurgie spécialisée) qui a été déterminante dans son parcours de soins et les interventions des différents médecins, à partir de la première consultation médicale à la PASS. L'accès aux droits (légitimité médicale et au « nom du professeur »), l'intervention chirurgicale et le séjour hospitalier ont suivi dans une logique biomédicale respectée. Son parcours de soins se poursuit dans cette lignée, entre les consultations spécialisées au centre hospitalier et le médecin de ville «pour les médicaments et l'ordonnance» (à proximité du CADA où il est hébergé). Sa situation administrative reste par contre en suspens.

[I] En un sens, un "parcours d'exception" parmi ces parcours d' "exceptions".

Les modalités du parcours de soins

Nous avons entendu et observé dans quelles conditions de vie des conditions de recours aux soins peuvent se construire. Nous présentons à présent les éléments se rapportant aux modalités pratiques du recours aux soins. Le recours aux soins (qui est globalement effectif pour l'ensemble des personnes interviewées) est très lié à l'accompagnement quotidien des intervenants sociaux. L'expression de ces modalités par les personnes interviewées traduit aussi une forme de ressenti (subjectif) de ces liens d'accompagnement.

Nous précisons les modalités selon l'ordre suivant:

- à la PASS
- dans le système de droit commun (pour la protection maladie puis pour l'accès aux soins)

À la PASS

Nous avons déjà montré le cheminement initial des consultants depuis les structures d'accueil et d'hébergement d'urgence (Accueil de jour et CHU) vers le Point santé (M. B, M. J), pour certains du Point santé vers la PASS intra-muros (M. J, M. B, M. G) ou encore depuis le CHRS (M. H, M. L) ou le CADA vers la PASS intra-muros (M. et Mme A, M. C).
En voici d'autres expressions, où l'accompagnement physique est souligné:

> **Mme E:** «La première fois, je suis venu ici avec quelqu'un de la SASSON».
>
> **M. K:** «Ils m'avaient convoqué 2 ou 3 fois pour me demander comment ça allait [...] On m'a demandé d'aller le [médecin de la PASS] voir [...] On m'a emmené là-bas».
>
> **M. et Mme A:** «La première fois, l'assistante sociale [du CADA] nous a accompagné, la première fois elle est venue avec nous, puis on est allés tout seuls...».

Pour les personnes étrangères, récemment en France, cet accompagnement à la PASS (et de la PASS) est vécu avant tout comme un apprentissage facilité, pratique et rassurant (même si une forme d'obligation - déjà exposée - intervient notamment depuis la CADA):

> **M. J:** «Pour moi, c'est difficile [en ville], parce que je parle et je lis pas bien le français».
>
> **M. et Mme A:** Mme A se souvient: «La première semaine [en France] je suis allé chercher des antibiotiques [pour les enfants], je suis allé [à la pharmacie], on m'a expliqué que sans ordonnance, on ne donne pas». Elle précise à propos de son bilan à la PASS: « On [la PASS] sait que tu es débutant, on faisait le service avec l'apprentissage...», elle décrit ensuite sa recherche dans les différents bâtiments de

l'hôpital par cette image, amusée : «[Retrouvant l'infirmière de la PASS] Elle était comme l'oiseau qui garde ses petits: *Ah je les ai trouvés...*», pour conclure: « Maintenant, on peut s'arranger nous-mêmes».

M. B: «Ils passent 2 fois par semaine [Point santé] dans les lieux où moi je me trouve, c'est plus facile...».

Pour les autres personnes consultantes interviewées, ce lien d'apprentissage n'existe pas ou peu. Les sens de l'accompagnement sont alors diversement vécus (comme nos questions): M. H dit «on m'a un peu forcé la main», M. K utilise le terme «convoqué» ou «on m'a demandé de» qui apparaissent porteurs de sens.

Ces formes d'accompagnement ressenties parfois comme des assignations ne se limitent cependant pas à la fréquentation de la PASS ou à l'accompagnement socio-médical. Elles concernent l'ensemble des relations sociales comme nous l'avons présenté au regard des caractéristiques socio-administratives des personnes rencontrées. Elles pourraient de façon générale se définir plus comme des formes d'assistance qui peuvent s'associer en regard à des vécus de dépréciation ou de disqualification sociale, et qui s'établissent dans une longue trajectoire de vie. Le discours de M. K par exemple traduit bien ces rapports ambivalents notamment à travers les justifications qu'il emploie à propos du logement, du travail ou de l'assurance maladie (précisées ensuite).

Pour M. F et Mme E, suivis presque exclusivement à la PASS (leur médecin traitant est le médecin de la PASS) et qui avaient été orientés et accompagnés initialement, le recours aux soins se fait à présent selon un mode classique et indépendant, sans intermédiaire. Leur discours ne contient pas ces éléments d'assistanat ou de stigmatisation, l'appui reçu est au contraire valorisé.

Ainsi, les modalités du recours aux soins évoluent avec ces formes d'accompagnement et surtout leur ressenti essentiel. Cet accompagnement, qui détermine ici le premier contact à la PASS, n'est de plus pas spécifique de la fréquentation de la PASS, il peut se poursuivre (voire s'accentuer) parfois avec insistance dans le système de droit commun.

Dans le système de santé de droit commun

Le droit à la protection maladie

Au moment de nos entretiens, toutes les personnes interviewées avaient un droit complet à la protection maladie. Pour tous, le recouvrement et le renouvellement ultérieur de ces droits semblent se faire avec (ou par) les intervenants sociaux accompagnateurs, en dehors du dispositif de la PASS (sauf pour M. B et M. D).

L'expression de ces situations (pour M. et Mme A ou M. B) a déjà été relatée, avec la demande des droits et l'intervention de l'assistante sociale du CADA ou de l'accueil de jour. D'autres personnes décrivent aussi ces positions par rapport aux droits:

> **M. C:** «C'est [prénom de l'intervenante sociale] qui fait tous les papiers».
>
> **M. J:** «Tous les papiers, c'est l'éducateur qui me les fait», pour autant et malgré son français débutant, l'usage du droit apparaît bien compris: «[Chez le pharmacien] Il y a pas besoin de payer, je donne le papier [attestation de droit CMUC] et il me donne les médicaments. [S'interrogeant] Je ne sais pas trop comment ça marche... c'est bien, je ne paye pas. Après, je crois qu'il y aura à payer... [anticipant une activité professionnelle]».
>
> **Mme E:** «[Quels étaient vos droits à l'assurance maladie?] Moi avec la SASSON, j'ai toujours été... Comment je vais dire... Je n'ai pas eu de problèmes. Avec l'aide de la SASSON, j'avais toujours les droits, je ne sais pas comment ils ont fait. [C'est à la SASSON qu'ils se sont occupés de vos droits?] Ils se sont occupés de moi... Mais je sais pas...». Là encore, l'usage est bien intégré: «[Qu'est ce que ça signifie pour vous ces droits?] Je ne sais pas bien dire. Par exemple, si je tombe malade, on peut venir chez moi, je paye rien... Mais maintenant j'ai la mutuelle, c'est pour ça que je ne paye pas. [En aparté] Il y a beaucoup de choses qui ont changé. [Reprenant] C'est la dame de la SASSON qui m'a dit de le faire».
>
> **M. K:** «[Et vos droits à l'assurance maladie?] Je suis à la CMU, depuis que j'ai réintégré [le lieu d'hébergement]... Mais je suis pas du genre à prendre 300 kg de médicaments!».

Pour M. J ou M. et Mme A (étrangers récemment en France, un peu plus d'un an), le tiers payant intégral avec dispense d'avance des frais est vécu comme un bénéfice apprécié au regard de leurs situations. Ils anticipent cependant avec intérêt la possibilité d'une affiliation professionnelle.
Pour Mme E et M. K, l'expression de la gratuité («je paye pas» ou «à la CMU») s'accompagne immédiatement d'une justification (le tiers payant mutualiste ou une consommation de soins modeste), témoin possible de cette forme de discrimination ou au moins de stigmatisation que nous suggérions.
Sur ce point, ce que nous disent certaines personnes interviewées de l'absence de carte vitale est significatif. Toutes les personnes étrangères interviewées, en particulier, disposent seulement d'une attestation (sous une forme papier) du droit à l'assurance maladie. Le droit est le même, mais l'usage de l'attestation oblige au remplissage manuscrit d'une feuille de soins ou de médicaments. Ainsi, sans parler de l'impact symbolique de la carte vitale (notamment pour les personnes en attente d'un titre de séjour plus pérenne)[I], on retrouve:

[I] On retrouve aussi cet élément avec le carnet de vaccination personnalisé, délivré par exemple lors du bilan de vaccination à la PASS.

M. A: qui a lui-même tenté des démarches pour l'obtention d'une carte vitale qui n'ont pas abouti: «[A propos de l'attestation] C'est un peu compliqué, pour le médecin généraliste, à la pharmacie... Mais on est habitué... Et puis, tout le monde sait aussi notre situation... Il n'y a pas de souci avec ça».

L'expression d'une stigmatisation là encore pourrait transparaître, mais le recul et peut-être certaines ressources intimes poussent à la percevoir plus comme une sorte de bienveillance que sous la forme d'un regard culpabilisant. La présence familiale conservée semble aussi participer à cette projection:

M. A: « [A propos de l'assurance] C'est pas compliqué, pour nous c'est un peu étrange, mais... Mes enfants, ils seront déjà habitués.»

L'accès aux soins

L'accompagnement dans l'accès aux soins du système de santé de droit commun s'opère toujours pour la plupart des personnes interviewées. Mais la nature de cet accompagnement est multiple, de l'aide à la prise de rendez-vous à l'accompagnement physique partiel ou complet sur le lieu de soins, voire à la délivrance directe de médicaments. Elle tend aussi à évoluer dans le temps pour chaque personne, en fonction des situations et des formes possibles d'adaptation.

M. K: «[Vous avez un médecin traitant?] Oui! A [ville du cabinet médical], depuis que je suis venu m'installer ici [...] [Comment vous l'avez connu?] C'est rapport à [nom du CHRS], ça doit être le docteur de la maison un peu...[I]».

M. D: «Je vais voir mon assistante sociale pour qu'elle me donne rendez-vous [pour une consultation avec le médecin de ville]».

M. J: « [Vous avez vu un médecin en ville?] Oui, à côté de [lieu], il y a un médecin [...] C'est l'éducateur [prénom] qui a téléphoné, après je suis parti le voir 2 ou 3 fois comme ça...».

Cet appui téléphonique à la prise de rendez-vous en fonction notamment de la maîtrise de la langue et d'un apprentissage progressif peut peu à peu s'estomper. M. A, dont les enfants étaient malades le jour de notre entretien, m'explique ainsi qu'il a appelé le matin le cabinet de son médecin traitant et obtenu dans la journée un rendez-vous. De même, les cabinets de ville qui accueillent sans rendez-vous facilitent l'accès, selon les expressions recueillies, par exemple:

[I] L'allusion apparaît là encore porteuse de sens (en plus d'une référence personnelle détaillée ensuite), le médecin traitant désigné est aussi vu comme celui du lieu d'hébergement et des personnes qui y sont hébergées, ce qui semble rassurant autant que stigmatisant. Les intervenants sociaux confirment orienter vers ces contacts médicaux privilégiés les personnes hébergées pour éviter selon eux une mise en difficulté voire des refus de soins.

M. B: suivi régulièrement à la PASS répond: «[Vous allez parfois voir un médecin en ville?] Oui, 2 fois, c'est quel docteur? Euh, dans l'avenue..., le jour où j'ai eu [affection bénigne aigue], je n'avais pas eu le temps de prendre un rendez-vous ici [à la PASS]. C'est un cabinet juste à côté de [proximité], le fait que j'ai les droits, je me suis dit je peux aller prendre une ordonnance là».

M. L: qui revendique un usage autonome des soins, explique: « Ils [les intervenants du CHRS] m'amènent à la gare de [lieu précisé]. Quand je reviens, j'appelle et ils viennent me chercher». A propos de son médecin et de la consultation en ville, il décrit: «[Qui vous l'a présenté?] Moi-même. Oui! [...] Je vais à son cabinet, et puis j'attends comme tout le monde, et puis je rentre...[a priori sans rendez-vous]».

L'appropriation de son suivi par M. L est exprimée ainsi de façon répétée en même temps que se manifeste ces expressions de « normalité ». Par exemple, M. L a repris l'expression «comme tout le monde» 4 fois au cours de l'entretien: ici pour l'attente au cabinet puis à propos du logement, du titre de séjour ou de l'hôpital général («pour tout public»).). Dans la suite, il explique encore:

M. L: «Avant je voyais le docteur [nom 1]. [C'est qui?] Comme le docteur [nom 2], un médecin généraliste. Et puis, j'ai arrêté le docteur [nom 1] pour aller voir le docteur [nom 2]». Puis à propos de son suivi et de son traitement: «Parce que j'ai fait le contact entre le docteur [nom du médecin de la ville où il vivait avant] et le docteur [de la PASS] au téléphone. Ensuite, ils ont décidé ensemble du traitement... J'ai repris l'ancien». Cependant, la prise de son traitement est soumise à une délivrance directe par l'intervenante sociale du lieu d'hébergement.

Pour M. H, les différents recours aux soins se font selon l'intervenante du lieu d'hébergement par un accompagnement complet, à la fois physique (d'orientation) et de soutien moral (peur du contact sanitaire et institutionnel). La délivrance des médicaments se fait aussi par le personnel du lieu d'hébergement. Au cours de l'entretien, la possibilité d'une orientation vers un médecin de ville (effective en pratique) revenait de façon régulière:

M. H: «[Comment allez-vous à la PASS] Ils m'emmènent directement là-bas», puis: « [Si on vous présentez à un médecin en ville?] Oui, pourquoi pas. Bien sûr. Ca éviterait de faire les voyages à l'hôpital, et puis ça coûte cher l'hôpital [...] Ca éviterait à [prénom de l'intervenante sociale] de m'emmener, revenir. Elle a pas mal de choses à s'occuper...» ou « C'est pas la peine de déranger l'hôpital juste pour une babiole, parce qu'il y a assez de monde à l'hôpital», pour finir par: « Non, un jour il faudra bien que j'y passe [rencontrer un médecin traitant]. Ce sera bien pour moi», comme pour s'en persuader lui-même.

Par ailleurs, en dehors parfois d'un suivi régulier en secteur psychiatrique public[1], les personnes rencontrées bénéficient peu d'un suivi spécialisé, ou du moins ils ne l'ont pas présenté. M. D reste suivi occasionnellement par un médecin spécialiste hospitalier, dans les suites de son intervention. Mme E par contre, dont le médecin traitant est le médecin de la PASS, l'évoque:

> **Mme E:** «[Vous allez voir d'autres médecins? En ville?] Quand le docteur [nom du médecin de la PASS] me demande de le faire, j'y vais. Maintenant, je fais tout ici à l'hôpital, la mammographie... [Et en ville?] Pas trop, je sens que je n'en ai pas besoin... J'avais besoin de consulter un cardiologue, un ophtalmologue. Quand c'est comme ça, je vais directement les voir [littéralement, sans passer voir le médecin traitant juste avant, mais de façon coordonnée]».

Enfin, le recours chez le dentiste a été évoqué par certaines personnes: M. J par exemple, suite à une prise de rendez-vous par «[son] éducateur [prénom]», ou M. C qui en témoigne ainsi:

> **M. C:** «C'est une personne qui habite ici au CADA qui m'a donné ses coordonnées [...] Je suis parti en centre ville, mais c'est pas bien [il avait toujours mal], je suis allé voir un deuxième mais c'est toujours pas bien. [Le voyant grimacer, la douleur visiblement persistante, vous allez y retourner?] Non, il travaille pas bien». Le mode d'orientation vers le dentiste comme le regard critique sur les soins reçus nous semblent ici surtout les signes d'une forme d'autonomie, de libre arbitre plus qu'une revendication.

Ainsi, de façon synthétique, à travers les discours des personnes interviewées, les parcours de soins s'inscrivent avant tout dans les parcours de vie. Dans certaines conditions liées à un accueil ou des rencontres avec des professionnels sociaux, des possibilités d'hébergement et une "stabilisation" dans l'errance ou l'exil, un contact sanitaire peut s'initier à la PASS et un nouveau parcours de soins se développer.

Les interventions socio-médicales ou médico-sociales qui accompagnent alors les personnes sont importantes. Pour les étrangers récemment en France, elles constituent surtout une forme d'apprentissage, pour les autres personnes des ressentis plus ambivalents peuvent s'exprimer. Le parcours dans le droit commun, dont l'orientation est liée à des éléments variés mais plutôt imposés, reste par la suite marqué par ces formes d'accompagnement qui ne se limitent donc pas à la fréquentation de la PASS. Si les modalités évoluent avec des niveaux d'adaptations variables, il nous apparaît que le recours dans le système de soins après le passage par la PASS reste ici très dépendant des interventions sociales persistantes, d'un système qui reste en partie assistanciel. Le positionnement et les ressentis des personnes sont alors déterminantes pour le parcours de soins, et aussi pour les rapports qui se reconstruisent avec les structures de soins que nous précisons ensuite.

[1] Le recours aux soins psychiatriques n'a pas été spécifiquement étudié. Les questionnements sur l'accès secondaire spécialisé se faisaient sous une forme ouverte, l'accès au secteur psychiatrique a rarement été évoqué malgré son effectivité "manifeste" pour certains patients, ce "non-dit" apparaissant là aussi significatif.

2.3.4 Les rapports aux structures de soins

Les rapports aux structures de soins sont identifiés comme des éléments participant aux déterminants du recours aux soins, nous l'avions développé dans les premières parties de ce travail. A partir de nos entretiens, différentes analyses peuvent apparaître.

Certains points liés à une forme de stigmatisation notamment ont déjà été évoqués, à travers les expressions de M. H ou de M. L par exemple. Cette forme de stigmatisation et de dépréciation sociale ne se limite cependant pas à la consultation médicale ou au recours aux soins, elle semble se vivre à travers l'ensemble de la *carrière d'accompagnement ou d'assistance* et dans toutes les sphères sociales. Des expériences d'apprentissage, de réconfort ou de soutien ont aussi été rapportées.

Plus concrètement, nous avons observé les regards et l'attente des personnes rencontrées envers les soignants et les structures de soins, la nature des relations qui se développent. Les expériences de relations de soins antérieures ont aussi parfois été discutées, elles semblent influentes.

À la PASS

Même si toutes les personnes interviewées sont venues en consultation dans le dispositif, peu en connaissent le nom. A la question qui débutait généralement nos entretiens: «vous connaissez la PASS ?», la plupart des personnes répondaient non.

Les personnes suivies régulièrement depuis plusieurs années, Mme E et M. F (qui connaissent le nom PASS mais ne l'utilisent pas), se référent exclusivement au nom du médecin de la PASS (leur médecin traitant), tout comme M. H et M. L dont le suivi est plus complémentaire.

> **M. H:** «[Vous connaissez la PASS?] Non. Je n'ai pas de souvenir de ça [Nom du médecin de la PASS?] Oui, à l'hôpital, au 7ème en consultation, oui».

> **M. L:** «[Vous connaissez la PASS?] Non, pas du tout. [Vous allez en consultation à l'hôpital à Chambéry?] Oui, avec le docteur [nom du médecin], au 7ème étage, une fois par mois».

M.B qui est aussi suivi par le médecin de la PASS (médecin traitant) utilise le nom PASS seulement pour désigner la consultation extra-muros au Point santé.

> **M. B:** «[Vous êtes suivi à la PASS?] Non, pas à la PASS! Ici [en consultation au 7ème]».

Parmi les autres personnes en demande d'asile, pour qui la fréquentation de la PASS s'est limitée à un bilan, seuls M. et Mme A et M. G en connaissaient le nom[I].

Les personnes étrangères vues ponctuellement avant l'obtention des droits à la protection maladie comprennent ainsi le dispositif comme un service sanitaire d'accueil et de passage avant le recouvrement des droits. Ainsi pour M. et Mme A, M. C, M. G ou M. J, des relations d'attention ou de protection (l'image de « l'oiseau mère » protégeant ses petits a déjà été présentée), de gentillesse et d'amabilité sont reconnues qui favorisent la compréhension et une sorte d'apprentissage:

> **M. et Mme A:** « Nous, nous sommes des étrangers. Si on trouve quelqu'un gentil, aimable, on peut avancer».

Mais ces expériences et ces attentes se retrouvent aussi dans le droit commun, à un certain point.

Pour les autres personnes, la PASS est comprise avant tout comme un service de consultations de médecine générale à l'hôpital, en tout cas elles l'expriment ainsi. La situation géographique du dispositif, intégré à la consultation du service de médecine interne et de maladies infectieuses avec un secrétariat d'accueil et une salle de consultation communes, participe probablement à cette représentation partagée. La PASS est ainsi souvent dénommée «la consultation du 7ème étage».
Nous l'avons déjà noté, M. K évoque avec une certaine distance ses consultations anciennes à la PASS, qu'il associe en partie à ses difficultés de vie passées et la perte d'autonomie associée. Pour M. L, une forme d'adaptation à ce risque de stigmatisation passe par la réappropriation de l'usage de la consultation et l'assimilation à la norme (déjà mentionnés), ensuite une relation d'écoute et de confiance se dessine, qu'il présente:

> **M. L:** « [A propos de l'hôpital] C'est l'hôpital généraliste, ça veut dire l'hôpital pour tout public», dans la comparaison avec la consultation en ville: «[L'hôpital] C'est mieux, je parle avec le docteur [nom du médecin de la PASS] pendant longtemps. Pour tous les problèmes, elle me connaît. Le docteur [médecin de ville] c'est juste pour les médicaments et c'est tout».

Ainsi, la nature et les fonctions du dispositif ne sont pas clairement identifiées, ou plutôt ne sont pas identifiées selon les critères administratifs et professionnels. Cette identification varie selon les types de fréquentation, selon les modalités et le vécu de l'accompagnement socio-médical ou médico-social général à une étape du parcours de vie et de soins des personnes, au-delà de la nature particulière du dispositif.

[I] Pour M. G, originaire d'un pays anglophone, il nous a semblé que le nom PASS se confondait parfois avec le nom du médecin coordonnateur: il traduisait médecin "de PASS" en médecin "de go(er)".

Les types de relations qui s'y construisent dépendent aussi de ces ressentis. Les relations à la PASS ne sont de cette manière pas spécifiques au dispositif, l'accompagnement se poursuivant largement dans le système de santé de droit commun.
Si des différences dans les modes de relations apparaissent, elles se rapportent plus aux diverses formes de relations médecin malade possibles, selon l'investissement affectif et interactif, la connaissance mutuelle, la durée du suivi, les pratiques de soins ou les distinctions entre une fréquentation hospitalière et de médecine de ville. Les expériences antérieures influencent aussi ces relations.

Les relations de soins médecin malade

Pour les personnes suivies régulièrement à la PASS, toutes depuis plus d'un an et certaines depuis plusieurs années, c'est le lien de confiance, de proximité et la connaissance mutuelle avec les professionnels de la PASS qui apparaissent déterminants dans les discours. L'intensité de ces relations s'exprime ainsi:

> **Mme E:** «[Qui est votre médecin?] Le docteur [nom du médecin de la PASS] [vous l'avez choisi?] Oui, parce qu'il me connaît déjà très bien... Et j'ai pensé: c'est lui. C'était le meilleur pour moi, parce qu'il connaît toute mon histoire... Il est, comment je vais dire, il est très très gentil, compréhensif. Pour moi c'est le mieux.», puis parlant de l'infirmière de la PASS: « Je connais [prénom de l'infirmière]... Elle me connaît depuis le premier jour où je suis arrivé...», puis :« [Les deux sont importants?] Pour moi, oui. Il est mon médecin, elle l'infirmière, mais en même temps ils sont des amis, je les aime beaucoup... Je les considère comme ma famille».
>
> **M. F:** « Il [le médecin] connaît tout mon dossier [...] Il me connaît par cœur».
>
> **M. B:** « Je sais où je peux voir [prénom de l'infirmière]. Ce sont deux personnes [avec le médecin] qui me connaissent très bien. Je peux la voir et chaque fois si je la vois, ça me fait du bien, c'est un relais, j'ai confiance, je ne doute pas. Il y aura un relais avec le médecin [...] On vous connaît un peu, tu as de la chance...».
>
> **M. H:** « Je parle facilement avec lui, je discute plus avec ce docteur, je parle franchement, de ce qui m'arrive [...] Avec docteur [nom du médecin], je suis ouvert davantage, je vais lui parler de choses et d'autres plus facilement. Faut que je sois sûr du médecin. Comme lui, il me fait confiance, je lui explique ce que j'ai et puis il y a pas de problème. [Et la première fois où vous l'avez vu?] Mais je l'ai trouvé bien. Le type d'homme qu'il est, je l'ai trouvé bien. J'ai pas eu peur de le voir. C'est comme je vous disais, si j'allais voir un autre médecin, je ne saurais pas comment je vais entamer la conversation, comment je vais discuter avec lui, lui dire tout ce qui m'est arrivé... Je ne suis pas certain. [Il faut avoir confiance?] Faut avoir confiance, voilà! Mais cette confiance, elle est dure à réaliser».

Ces liens de confiance, de connaissance et de compréhension mais aussi de soutien et de réconfort se sont construits peu à peu, avec le temps. Pour M. H, ces liens se déterminent aussi clairement par rapport à la peur ou l'appréhension qu'il décrit à propos d'autres contacts sanitaires possibles, en rappelant que M.H consulte aussi régulièrement en ville mais toujours accompagné (et sans l'avoir exprimé au cours de l'entretien). Au-delà d'une forme de dissuasion symbolique ou peut-être indirectement, il explique:

> **M. H:** «Et puis les médecins, je suis pas trop attiré par eux... j'ai toujours peur qu'il me découvre quelque chose de ...».

La relation avec le médecin de la PASS est donc ici rassurante. Dans une situation très différente, M. B aussi semble la vivre ainsi: «je ne doute pas».
Pour Mme E, M. F ou M. H, ces relations de confiance avec les soignants sont aussi amplifiées par le rapprochement avec leurs parcours de vie et l'amélioration ressentie de leurs conditions, à l'inverse de M. K pour qui l'évocation d'une rechute possible le ramènerait à la PASS. Une forme de reconnaissance (au minimum) qui dépasse le cadre de la relation thérapeutique s'affirme :

> **Mme E:** « J'oublie pas ça, jamais... Mais je sais pas quoi faire pour ce qu'elle [l'infirmière de la PASS] a fait pour moi... [Plus que son travail?] Oui, je crois...», puis racontant l'attention particulière de son médecin dans une situation médicale difficile, elle reprend: «C'est une chose que j'oublie pas... Jamais.»

> **M. B:** « Chez nous, on dit: s'il y des moments difficiles, la personne qui vous a assisté, il faut la respecter. Je respecte beaucoup monsieur [nom du médecin]. Si je suis comme ça, c'est grâce à lui. Depuis que je connais M. [nom du médecin], je me retrouve très bien.»

A travers ces expressions fortes, la reconnaissance des soins et de l'attention apportée peut aussi conduire à un sentiment de dette envers les professionnels (mis en évidence aussi par B. Kail à partir de ses entretiens avec les consultants de la PASS de Créteil), d'autant plus fort que les conditions de vie passées ou persistantes sont dégradées et que l'aide ressentie est vécue positivement.

Mais cette reconnaissance presque extrême se dessine avant tout dans la relation aux soignants. Elle n'implique pas une dépendance ou une assistance plus générale. A nouveau, nous soulignons que pour Mme E, M. H ou M. F, le recours aux soins (en l'occurrence le suivi à la PASS) se fait de manière autonome et sans accompagnement extérieur, dans le cadre d'un suivi thérapeutique de modalité classique.
Ainsi, l'attachement au dispositif apparaît d'abord comme un attachement aux professionnels soignants et l'expérience d'une reconnaissance réciproque. Il correspond à ces liens construits avec le temps, des

liens qui peuvent être qualifiés selon des définitions sociologiques[I] de *liens d'intégration ou de liens de participation élective* voire presque *de liens de filiation adoptive ou sociale* (quand le réseau familial d'origine a disparu et selon les expressions de Mme E).
En ce sens, comme pour les personnes étrangères suivies ponctuellement à la PASS qui débutent dans le système de soins français, une sorte d'apprentissage mais cette fois de resocialisation ou de "revalorisation sociale" s'exerce finalement aussi.
Nous retrouvons là une fonction sociale de la relation de soins, bien décrite dans d'autres travaux. Quand les conditions de vie fragilisent et mettent à mal le capital social, «recours aux soins et création de lien social» peuvent se rejoindre [18:72].

Pour Mme E et M. F, la poursuite de leur suivi médical à la PASS répond de plus à une sorte de négociation de leur part avec le médecin. Cette négociation signifie autant la reconnaissance de la relation de soins et des liens sociaux associés que la capacité à assumer la confrontation avec un modèle administratif ou pratique, à affirmer une sorte de libre choix dans sa relation avec le médecin.

Le rapport à l'hôpital peut aussi participer à cet attachement, parfois en le renforçant:

> **Mme E:** «Je me sens plus en sécurité avec un médecin qui travaille à l'hôpital. Je sais pas pourquoi.» Les expériences antérieures de Mme E peuvent en partie préciser le sens de ce ressenti.

Pour les autres personnes rencontrées, à la question «Voyez-vous une différence entre la consultation à la PASS et en médecine de ville ?», la réponse immédiate était en général: «Non, il n'y a pas de différence», en dehors de cette phase d'apprentissage initiale décrite pour des personnes récemment en France. On retrouve par exemple:

> **M. K:** «[Parlant de son médecin traitant (libéral)] Elle est très très bien, très gentille» avant qu'il ne se lève pour me montrer une ordonnance et retrouver le nom du médecin. Puis à une question sur les différences qu'il ressent entre une consultation hospitalière et en ville: « Je préfère en cabinet médical qu'à l'hôpital. Mais bon, c'est pareil. Mais c'est moins loin, c'est plus pratique [...] Si vraiment c'est nécessaire que j'aille passer une visite à l'hôpital, si mon docteur me dit qu'il faut approfondir, et bien j'y vais. On n'a pas le choix.»
>
> **M. L:** à propos de son médecin traitant en ville: «[Qui vous l'a présenté?] Moi-même. Oui! Je le connais depuis longtemps, avant que je ne m'installe à Chambéry, je le connais bien» et après avoir décrit les modalités, il présente les raisons de ses recours: « Si j'ai mal à la tête, à l'estomac, si je suis blessé ou

[I] Serge Paugam définit en fonction des formes de protection et de reconnaissance différents types de liens sociaux [65]: le *lien de filiation* (familial), le *lien de participation élective* (proches choisis), *lien de participation organique* (dans le cadre du travail), *liens de citoyenneté* (communauté nationale). Les liens de participation pouvant par ailleurs être regroupés en liens d'intégration.

quelque chose comme ça, ou pour me signer une feuille pour aller à la préfecture, je vais à ce docteur là» avant de conclure: «[Comment ça se passe?] Il m'aide de temps en temps, et c'est tout...»

M. et Mme A: qui ont choisi un autre médecin traitant de ville que celui habituellement présenté par les intervenants du CADA: « Il est plus attentif, sociable. En fait, il y a beaucoup de médecins. Ca dépend du caractère aussi, c'est mieux quand on trouve les deux choses en même temps [technique et humaine]», puis: «Chacun a son métier. Je pense que tous sont professionnels». A propos de l'hôpital général de leur lieu d'hébergement, Mme poursuit: «Là-bas, ils sont gentils. Ils tâchent de faire quelque chose. Tout ce qu'il y a dans la norme, ils le font. C'est bien.»

M. D: «Mon docteur général, c'est mon professeur [centre hospitalier de Grenoble], mon cardiologue c'est [prénom]. [Nom du médecin traitant] c'est juste pour l'ordonnance.»

La relation médecin malade dans le droit commun, telle que nous l'avons observée, apparaît donc pragmatique avant tout. Elle se rapproche plus d'une relation de service, moins personnalisée, même si une dimension humaniste («très gentille», «attentif, sociable») reste importante et exprimée. Les liens sociaux qui l'accompagne apparaissent moins marqués, et l'accompagnement médical plus distant:

M. G: « Il n'y a pas grande différence [entre la consultation à la PASS et en ville]. Je peux dire que docteur [nom du médecin traitant], je la connais pas bien encore. Mais c'est pas un problème». Puis, dans une nuance entre les remords et une forme de revendication, il note: « A l'hôpital [PASS], une fois quand j'avais oublié le rendez-vous pour la vaccination, ils m'avaient appelé. Mais avec docteur [nom du médecin traitant], j'ai oublié le rendez-vous du rappel des vaccinations. Lui, il m'a pas appelé...»

Le rapport aux expériences de soins antérieures

Au cours des entretiens, les expériences de soins et de recours aux soins antérieures ont souvent été partiellement interrogées. Il apparaît que ces expériences peuvent participer activement aux types de fréquentation retrouvée après le passage à la PASS.

Pour les personnes étrangères récemment en France, en demande d'asile, les expériences de soins rapportées relèvent d'un modèle consumériste marqué, quelque soit le pays ou la région d'origine. Aucune n'avait réellement de suivi organisé ou régulier, et les recours aux soins étaient très dépendants des moyens de chacun.

L'expérience en France de la délivrance des médicaments seulement à partir d'une ordonnance a été rapportée par M. et Mme A, mais aussi M. G ou M. J. Elle se comprend au regard de leurs expériences passées, où les médicaments pouvaient être achetées dans des « officines », directement.

Au-delà:

M. C: « Chez nous, si tu ne payes pas, on ne va pas te prendre en considération»

M. D: «Selon notre déclaration [dans le pays d'origine], c'est un système égalitaire, en fait vous devez tout payer. J'ai travaillé pendant 28 ans et je n'ai jamais eu d'assurance [...] Si je voulais aller voir un bon docteur, je devais payer. En France, un docteur, c'est un docteur. Toujours bon», pour compléter en image et en anglais: «C'est comme le ciel [en France] et la terre [pays d'origine]», selon une traduction littérale.

M. et Mme A: « Chez nous, tout est payant. Dans notre système, le médecin vient, il n'y a pas de souci pour appeler, tu peux appeler librement. Il n'y avait pas de médecin généraliste, c'était le pédiatre pour les enfants, il était toujours disponible [...] Il n'y avait pas de gratuité, ou seulement les cas urgents, mais c'est très compliqué. Nous, on avait du travail, on était capable de payer la consultation, la visite du pédiatre». Le discours ici n'est pas particulièrement nostalgique, avec humour Mme A raconte aussi: « Ici la fièvre commence à 38° ou 38°3, nous on était habitué à 37° ou 37°5, c'était déjà de la température. Alors, vraiment, tu le sens quand tu as de le température ici! [Rires]».

A travers ces comparaisons avec le système de santé des pays d'origine, des formes de relations plus distanciées ou pragmatiques avec les professionnels du soin peuvent s'éclairer. Une reconnaissance de la qualité voire de l'équité du système de santé français apparaît aussi, en comparaison. D'une certaine manière, autour de cet accès au système de santé, c'est aussi une forme paradoxale de *lien de citoyenneté* qui s'initie notamment pour M. et Mme A et pour M. D, malgré le sursis et la précarité administrative que représente le temps d'attente de la demande d'asile[I].

Pour les personnes françaises ou en France depuis plus longtemps, les situations sont différentes. Mais le rapprochement avec les fréquentations antérieures peut aussi parfois s'opérer. Par exemple, M. L bénéficie d'un suivi conjugué à la PASS (pour lui en consultation hospitalière) et en médecine libérale similaire dans la forme à ce qu'il connaissait dans une autre ville, avant une période d'errance. Nous l'avons déjà souligné, il revendique avoir «fait le contact entre le docteur [de l'ancienne ville] et le docteur [de la PASS] au téléphone. Ensuite, ils ont décidé ensemble du traitement... J'ai repris l'ancien». Une forme de continuité malgré un parcours chaotique semble préservée.
De cette manière, d'autres récits s'avèrent significatifs:

Mme E: à propos de ses consultations dans son pays d'origine (UE): «Là-bas, c'est un peu comme ça. A part le dentiste, le reste c'est toujours à l'hôpital [...] J'avais un médecin, chaque fois que j'avais besoin, je prenais rendez-vous à l'hôpital, seulement de temps en temps à son bureau [...] En parlant, elle a découvert que j'avais habité en [pays d'Afrique sub-saharienne], à côté de son village à elle... Elle m'a beaucoup aidée aussi. [C'est un peu comme avec le médecin de la PASS?] C'est pareil. Oui, un peu...»

[I] Nous soulignons cependant que ces expressions correspondent aux situations particulières de ces personnes, hébergées en CADA et pour qui un accès effectif aux soins est dans ce cadre facilité. Le "parcours d'exception" de M. D y contribue aussi.

M. K: évoquant son passage dans une communauté d'insertion: « [Vous aviez un médecin traitant à ce moment là ?] Oui, le docteur de la communauté. Chez qui ils avaient l'habitude d'envoyer les gens [...] [Et avant ?] Avant oui, disons... j'avais le docteur traitant du village, de chez moi». Son parcours de soins se poursuit aujourd'hui avec un médecin traitant de proximité, comme nous l'avions précisé: le « docteur de la maison un peu [CHRS]»

Ainsi, après ces parcours de ruptures, le contact sanitaire renoué (comme nous l'observons pour Mme E, M. L ou M. K) peut aussi se reconstruire dans une certaine mesure à partir des repères et des habitudes développés auparavant au cours des expériences de recours aux soins antérieures.

De manière synthétique, sur les thèmes du rapport aux structures de soins, les entretiens nous permettent d'observer certains points importants. D'abord, le dispositif de Chambéry n'est pas clairement identifié par les personnes selon nos critères professionnels ou administratifs. S'il représente un point de passage et de bilan pour certaines personnes interviewées étrangères avant l'obtention de leur droit d'assurance maladie, il se confond en général avec une consultation de médecine générale hospitalière. Des rapports particuliers interviennent ensuite selon les modes de fréquentation de la PASS, ces rapports peuvent pour certains contribuer à la reconstitution par les recours aux soins de nouveaux liens sociaux.
Les contextes de l'accompagnement général et son ressenti y participent également. A l'inverse ils peuvent parfois accentuer un sentiment de disqualification.
Au-delà des dimensions particulières de la PASS, ces rapports s'inscrivent surtout selon les attentes et les investissements possibles dans la relation thérapeutique soignant-soigné, selon les différences perçues entre la médecine de ville et l'image hospitalière. Des notions de confiance et d'attention s'affichent. La relation en médecine libérale apparaît d'ordre plus pragmatique et moins personnalisée.
Les fréquentations antérieures apparaissent aussi comme des éléments importants qui structurent ces types de relations, des habitudes plus anciennes semblent marquer pour une part les discours et les pratiques du recours aux soins de la PASS à la médecine libérale.

2.4 Discussion réflexive

2.4.1 A propos de notre étude

A la suite des résultats obtenus avec le projet PARAD, nous souhaitions approfondir les modalités et les contextes de l'orientation vers le système de santé de droit commun et plus généralement du parcours de soins des consultants à la PASS et dans le droit commun.

Cette approche qualitative, par des entretiens menés avec d'anciens consultants de la PASS, des discussions avec les professionnels de l'accompagnement social et nos observations nous a semblé une méthode adaptée. Elle a permis, au-delà d'une enquête de satisfaction, de mieux définir en pratique comment s'organisent et se construisent les différents recours aux soins, d'affiner la compréhension de ces dynamiques. Pour reprendre une expression contextuelle, cet angle d'analyse nous a aidé à mieux percevoir «la mémoire des patients, l'image des soignants»[I].

Par définition, ce sont essentiellement les discours des personnes interviewées à travers la relation d'entretiens et les questions que nous soumettions qui composent ce travail. Entre les discours et les pratiques, et malgré les discussions et les observations parallèles, des différences évidemment peuvent apparaître.
Ce sont donc avant tout des **expériences personnelles et des subjectivités** qui sont ici exprimées, traduites et interprétées. Elles sont associées à une grande diversité de situations, d'identités et de pratiques potentielles. C'est à travers l'hétérogénéité de ces points de vue que nous avons tenté une analyse plus objective.

Comme nous l'avons précisé dans la présentation de l'enquête, nous n'avions pas de compétence spécifique universitaire ou théorique pour ce genre de travail. Cependant, rétrospectivement, malgré certaines maladresses, la réalisation des entretiens et notre transcription nous apparaissent à la fois fidèles aux situations vécues, à leur expression et aussi porteuses de sens.
Un appui bibliographique sur les méthodes d'entretien et de l'enquête de terrain a été adopté initialement [66]. L'expérience de soignant, en particulier de l' "interrogatoire" médical, nous a aussi certainement aidé, avec les limites déjà présentées liées à notre fonction, à l'interventionnisme professionnel induit et au risque potentiel d'évoluer vers une relation thérapeutique.
Le travail des intervenants dans la présentation de notre travail et surtout la réalisation des entretiens sur les lieux de vie des personnes (seuls 2 entretiens sur 14 ont été réalisés à l'hôpital) y ont aussi fortement participé.
Notre gestion des entretiens a par ailleurs évolué progressivement au fur et à mesure de leur réalisation (effectuée sur une période courte). Les questions initiales ont été peu à peu adaptées, selon l'expérience méthodologique et l'orientation des premières réponses.
Aussi, le contenu global de ces entretiens s'est avéré particulièrement dense, surtout à la phase d'écoute et d'imprégnation secondaire. Seule une partie de cette richesse a pu réellement être exploitée. Certains entretiens en particulier n'ont pas été pleinement analysés, pour différentes raisons. L'absence d'enregistrement pour 2 entretiens en est une. Une autre correspond à la situation d'une personne qui présentait, au moment de l'entretien, des signes manifestes d'imprégnation alcoolique. Le discours bien

[I] Cette expression est le titre de l'exposition photographique de Stanislas Amand constituée d'images d'archives hospitalières du CH de Chambéry, actuellement présentées dans le hall de l'hôpital (jusqu'au 22 février 2011).

que cohérent était marqué par des mots parfois insultants ou agressifs (à l'encontre des personnes citées) et prenait parfois une forme logorrhéique.
Une analyse plus approfondie pourrait secondairement enrichir ce travail, certaines informations insuffisamment abordées pourraient l'être, que nos limites n'ont pas pu développées[I].

Ensuite, de façon classique, **l'objectivité ou la neutralité recherchées** dans cette étude restent bien sûr en partie dépendantes de notre fonction et de notre propre subjectivité. La présentation des relations d'enquête en donnait un aperçu. Une forme de distance a globalement (et selon nous) pu être respectée, tant avec les personnes rencontrées qu'avec les professionnels de la PASS et l'objet de notre évaluation. Par définition malgré tout, cette position d'observation et de recherche peut être interrogée.
Nous précisons en ce sens que certains éléments bibliographiques qui illustrent notre travail (dans les généralités comme dans la présentation de l'analyse et de la discussion qui suit, au-delà de la méthodologie) ont été pour une part un appui postérieur à la réalisation des entretiens. D'une certaine manière, ils ont enrichi nos observations et nos intuitions, a postériori, sans influencer préalablement ou de façon partiale notre travail d'enquête.
Nous soulignons aussi que l'environnement particulier des lieux d'hébergement (CHRS ou équivalent, CHU ou CADA) nous était jusque là inconnu, en dehors d'un passage ponctuel dans le cadre d'une activité de soins avec la PASS ou en libéral. Notre regard de « l'intérieur », était donc relativement naïf, notamment en ce qui concerne l'accompagnement qui s'y exerce.

De fait, la **généralisation ou la comparaison** de nos résultats apparaissent par la suite plus complexes. Les personnes rencontrées ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population consultante à la PASS.
Par exemple, nous n'avons pas rencontré de personnes en situation d'irrégularité selon le titre de séjour qui constituaient 10,4% des personnes primo-consultantes et 11,4% de tous les consultants reçus en 2009 [37]. Le projet PARAD mettait en évidence le suivi de soins plus distant qui pouvait les caractérisait (8,5% de la population étudiée) et interrogeait sur les possibilités d'une « mobilité » plus fréquente. La situation de l'hébergement et une sorte de "conditionnalité relative" qui s'exerce dans les centres d'hébergement d'urgence participent probablement de ces deux éléments.
Notre objectif n'étant pas de réaliser un contrôle ou un fichage des identités, préalables à la réalisation des entretiens, nous n'avons pas cherché à provoquer arbitrairement de telles rencontres avec des personnes a priori sans titre de séjour. Des notions déontologiques et pratiques nous le gouvernaient.
De même, toutes les personnes que nous avons rencontrées bénéficiaient d'un suivi médical effectif, sous des formes variées. D'anciens consultants de la PASS qui n'auraient pas suivi une intégration

[I] Pour les entretiens enregistrés, un travail plus professionnel pourrait être conduit, avec l'accord des personnes concernées.

secondaire dans le système de santé de droit commun, des « perdus de vue » du projet PARAD, n'ont pas été interviewés. Là encore, les principes déontologiques et pratiques justifiaient cette absence.
Par ailleurs, une part importante des personnes rencontrées était hébergée dans des structures collectives d'accueil et d'insertion avec un accompagnement médico-social important[I]. Cela concernait 10 personnes en hébergement de type CHRS ou CADA, une personne en hébergement d'urgence. A l'opposé, seules 2 personnes dans notre enquête bénéficiaient d'un logement personnel locatif, et une personne d'un appartement dit « relais »[II]. C'est aussi cet élément majeur qui a influencé nos résultats et notre analyse.

Nous avons en fait cherché à respecter le principe évoqué dans l'approche dite d' **« évaluation réaliste »**. Le recours aux soins étant considéré effectif pour l'ensemble des personnes rencontrées (voire l'orientation dans le droit commun pour certains), la question fondamentale était de comprendre comment ce recours s'appliquait, selon quelles modalités. De façon explicite: comment cela marche?

Ainsi, les résultats obtenus apportent un éclairage contextuel et local important. En outre, plus qu'une recherche de représentativité ou d'une saturation des données, l'objet de notre étude devait être avant tout questionné en terme de subjectivités individuelles, dans leur profonde complexité. La notion d'un éventuel "biais de sélection" (pour reprendre un thème quantitatif) n'intervient que secondairement.
A partir des hypothèses initiales (construites autour des notions de conditions d'existence, de relations à soi-même et aux autres comme éléments déterminants), les discours et leurs formes au cours des entretiens ont permis une reconstruction objective des conditions des recours aux soins de la PASS vers le droit commun à Chambéry. Ceux-ci se définissent ainsi en lien avec les particularités du dispositif, le réseau Santé précarité local et l'ensemble des structures et des intervenants.
Une approche comparative ou de généralisation reste ensuite très dépendante des nombreux effets de contexte, ici très influents. Nous avons cependant tenté des rapprochements extérieurs au-delà de notre "étude de cas", notamment à partir d'autres études portant sur des « terrains » équivalents présentées dans notre problématique: le travail sociologique d'I.Parizot sur les centres de soins gratuits (dont les PASS constituent une forme plus récente et institutionnalisée), ceux de B. Kail et de S. Pailhes sur l'orientation vers le droit commun depuis les PASS. L'appui méthodologique de Madame Pascale Ancel y a aussi contribué.
Nous avons tenté par la suite (d'une certaine manière nos observations nous l'imposaient) de replacer les itinéraires et les situations des anciens consultants de la PASS dans d'autres systèmes qui nous

[I] Et l'orientation initiale à la PASS dans cette observation était presque toujours secondaire à une orientation par un tiers associatif ou institutionnel, mais jamais par un médecin libéral par exemple. Selon le bilan d'activité 2009 de la PASS de Chambéry, 63,7% des primo-consultants étaient adressés par un partenaire extra hospitalier, 19,3% des primo-consultants venaient d'eux-mêmes ou orientés par un proche, les autres venaient directement de l'hôpital [37].
[II] Dans le projet PARAD, la répartition à la première consultation était: 50% sans logement ou au CHU, 19,5% en hébergement et 16,1% en logement personnel. Le bilan d'activité 2009 retrouvait pour l'ensemble des consultants 63,9% des personnes sans logement personnel, les autres étaient identifiés vivant en "appartement précaire" [37].

semblaient rapprochés, et par ailleurs profondément étudiés. Nous pensons notamment aux dimensions sociologiques des relations de soins ou anthropologiques des itinéraires thérapeutiques, aussi aux concepts de *carrières morales* liées à la stigmatisation.
D'une analyse locale et spécifique, des éléments plus généraux peuvent de cette manière peut-être se dégager. Ces éléments concernent certes les rapports aux soins et la place du soin et de la médecine. Mais ils s'inscrivent aussi plus largement dans les rapports d'accompagnement ou d'assistance voire de norme et de gouvernance. Les résultats et l'analyse présentés ci avant les suggèrent, la discussion qui suit cherche à les approfondir en partie.

2.4.2 A propos de nos résultats

Les éléments identifiés à travers les discours des personnes interviewées et leurs réponses à nos questions enrichissent et nourrissent certaines intuitions et certains points essentiels déjà entrevus par ailleurs ou constitutifs de nos hypothèses. Les expériences des personnes rencontrées nous renseignent en particulier sur la perception par les personnes des recours aux soins, à la PASS et dans le système de droit commun.

D'abord, comme nous avons tenté de le décrire avec la notion de **parcours** « **idéal-typique** », ce parcours de soins s'inscrit avant tout dans le parcours de vie. C'est en fonction de certaines conditions d'existence et de leurs évolutions que des conditions de soins peuvent se construire ou se reconstruire. Les paroles des personnes rencontrées exprimaient avec régularité ces dimensions conjointes. Le réseau Santé précarité, par son secteur social associé (associatif ou institutionnel), participe activement à ce "repérage" et cette orientation initiale, première étape du parcours de soins "idéal-typique". C'est à partir des lieux d'accueil et d'hébergement spécifiques, présentés dans les généralités de ce travail, que peut s'initier ce parcours. La présence extra-hospitalière de la PASS, sous la forme du Point santé, participe de cette proximité et d'une accessibilité des propositions de soins.

La **PASS de Chambéry** apparaît alors comme un **élément d'appui puis de relais** dans cet environnement de contraintes multiples.
Mais les conditions d'existence ne peuvent être traitées par une prescription médicamenteuse. Les difficultés de logement, de ressources, d'alimentation, de sommeil aussi, ou de droit au séjour dépassent le cadre médical, et y participent en même temps.
Certes, le recouvrement des droits à l'assurance maladie apparaît indispensable. D'après le projet PARAD, il semble effectif. Les personnes rencontrées au cours des entretiens avaient elles aussi toutes une affiliation. Le travail social du réseau et le pôle social de la PASS s'y attachent.

Une "prise en charge" médicale peut parfois participer à l'amélioration des conditions matérielles d'existence, selon des modalités parfois ambivalentes, qui constituent aussi d'une certaine manière des modes de *gouvernement*.

La "prise en charge" (l'expression reste signifiante) d'une addiction par la passage en cure d'alcoologie, exposée par exemple dans nos résultats, était à la fois une condition et un moyen pour accéder à un logement ou un hébergement.
De même, l'orientation des consultants vers les soins par les accompagnants sociaux peut répondre à un besoin professionnel (parfois à une inversion sémiologique des demandes ou *demandes paradoxales*[I]) si des troubles addictifs ou psychiatriques notamment interviennent. Un suivi médical et thérapeutique peut faciliter les possibilités de démarches administratives, l'accès à un d'hébergement voire à une activité d'insertion.
Nous répétons aussi les liens *biopolitiques* entre l'état de santé, le diagnostic d'une maladie sévère ou chronique et les possibilités éventuelles d'une régularisation administrative pour raison médicale des personnes étrangères sans titre de séjour.

Les conditions matérielles d'existence relèvent de problématiques très variables, elles déterminent avec force les états de santé[II], et en partie donc l'attention socio-médicale. Ce que le terme de souffrance psycho-sociale définit bien (à savoir les «effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale» [67], dans une forme qui pourrait se rapprocher d'un pléonasme), les notions médicales de comportements ou de conduites à risque aussi, y associant un sens peut-être normatif. Ainsi, ces conditions déterminent aussi le recours aux soins, en l'occurrence à la PASS.
Comme l'exprime C. Laval de l' Observatoire national des pratiques en santé mentale (ONSMP-ORSPERE): «tout se passe comme si l'objet santé était convoqué dans un contexte où l'enjeu n'est pas seulement celui du soin mais celui d'une meilleure régulation de certaines perturbations où le rapport individu/société ne va plus de soi : errance, grande exclusion, incivilité, violence» [68:41].

L'approche pluridisciplinaire du dispositif, dans sa dimension socio-médicale et de coopération, son intégration fonctionnelle et administrative à un service hospitalier, et surtout des formes d'adaptation qui définissent ses pratiques semblent participer de façon essentielle aux "**conditions de possibilités" des soins**.
Le dispositif constitue ainsi une première face de ces "conditions de possibilités", liée à l'accessibilité des professionnels de la PASS et par cet intermédiaire de l'offre de soins hospitalière. Les formes

[I] Décrite par J. Furtos par exemple dans le syndrome d'auto-exclusion: quand une demande de soins est adressée à un intervenant social, et qu'une demande sociale est adressée à un soignant [12].
[II] Pour les personnes rencontrées, la notion d'«effets néfastes de la migration liés aux conditions précaires d'existence en France en matière de logement et d'emploi et des difficultés d'accès aux soins» [45] pouvait s'appliquer à l'observation restreinte des profils pathologiques, au regard de la durée de présence des personnes étrangères. Plus généralement, les stigmates physiques associés aux degrés d'errance et de précarisation vécus apparaissaient manifestes.

d'adaptation peuvent concerner la disponibilité, le temps de consultation[I], les horaires élargis. Mais aussi, des possibilités d'interprétariat, au sens littéral, quand la langue française n'est pas maitrisée, mais aussi plus général. C'est-à-dire une écoute adaptée, une mise en confiance, intégrant des différences culturelles ou la méconnaissance parfois du système de santé français.
En un sens, c'est aussi la recherche et la pratique d'une attention respectueuse et non culpabilisante, dont témoignent une partie des personnes rencontrées. L'activité conjointe du médecin et de l'infirmière, par le binôme qu'ils constituent, à la fois pour les soins techniques mais aussi relationnels, apparait aussi prépondérante.
La seconde face des "conditions de possibilités", interactive de la première, se rapporte alors certes aux conditions d'existence qui peuvent en partie s'améliorer, mais surtout aux capacités individuelles pour prendre ou reprendre en charge sa santé, affirmer un «souci de soi», en pratique accepter l'aide d'autrui (ici le soignant) et utiliser cette "offre" de soins, malgré ces contextes défavorables et déterminants.

En terme de "prise en charge" médicale, la PASS de Chambéry semble répondre aux besoins de santé des consultants (et peut-être aussi les suggère-t-elle[II]) tels qu'ils les ont exprimés a postériori au cours des entretiens. M. D a pu bénéficié d'un accès à des soins spécialisés et d'une haute technicité dans les suites d'une orientation médicale depuis la consultation PASS. Des bilans sérologiques, radiologiques ont été décrits, la reprise de traitements chroniques dans des spécialités diverses a été aussi relatée.
Ainsi, ce que I. Parisot dans «Soigner les exclus» [47] décrivait en termes *d'univers symbolique humaniste* et *d'univers symbolique médical* (d'un côté les centres associatifs: CASO de MDM, d'un autre côté les dispositifs précarité de l'AP-HP - avant la création des PASS) semblent s'associer dans les regards et les discours de certains des anciens consultants de la PASS de Chambéry qui ont participé à notre travail. Les dimensions humanistes et biomédicales apparaissent se rejoindre.

Cependant, nous ne pouvons ignorer et encore souligner - parce que cela détermine aussi la suite du parcours et des rapports de soins - que l'accessibilité effective qui s'est présentée à travers la PASS pour les anciens consultants rencontrés relevait essentiellement d'un accompagnement extérieur au milieu médical. Les discours que nous avons enregistrés associaient en général ce recours initial, en plus d'une possibilité de soins ou d'un bilan, à un orientation proposée (au minimum), voire à une forme relative d'assignation ou d'obligation. Celles-ci, comme nous l'avons souligné, relèvent autant de contraintes administratives ou politiques que des pratiques professionnelles des intervenants quotidiens.

[I] Le temps estimé d'une consultation médicale à la PASS intra-muros variait de 5 à 80 minutes en 2009, en moyenne 34 minutes pour une première consultation [36]
[II] Nous pensons là notamment à la pratique du dépistage sérologique. A côté de l'indication de santé publique, de diagnostic communautaire, cette pratique peut aussi entrainer des conséquences sociales, en particulier quand un résultat s'avère positif. Et ce d'autant plus qu'elle répond parfois à une obligation administrative (ou simplement à une incitation des professionnels médicaux) comme nous l'avons mentionné. Les pathologies psychiatriques ou addictives et leur prise en charge peuvent aussi rejoindre dans certaines situations cette suggestion.

P. Adam et C. Herzlich soulignent que «l'influence de la classe sociale marque aussi, plus globalement, l'ensemble du traitement que les individus reçoivent et même ses résultats» [4:81]. Par exemple dans le cadre psychiatrique, citant l'ouvrage *Social class and mental illness*, ils résument (nous nous limitons ici à l'accès aux soins) : «les patients des classes supérieures venaient souvent voir un psychiatre de leur propre initiative ou envoyés par des proches. Au contraire, ceux des classes populaires étaient plus souvent adressés au psychiatre par un autre médecin, un travailleur social ou la police». Or le prolongement des parcours de soins, tels que nous les avons observés, se développe largement dans le cadre de cet accompagnement extérieur, en général social.

L'orientation de la PASS vers le droit commun

Par la suite, l'orientation vers le droit commun semble ainsi répondre à un ensemble d'éléments conjugués, dont certains sont en partie extérieurs aux personnes "sujets" des soins.
Dans son étude à la PASS de Créteil, B. Kail résume l'orientation des consultants vers le droit commun (régie par un protocole assez fixe) selon 3 typologies : «quand l'orientation permet le retour à une pratique antérieure», «quand l'orientation permet d'intégrer la norme» et «quand l'orientation se heurte aux conditions de vie» [55].
Nos observations peuvent en partie s'ajuster avec ces différents points, en les nuançant au regard des particularités du dispositif chambérien (l'absence d'une procédure formalisée d'orientation, la poursuite de suivis complémentaires en relais d'un parcours de soins libéral ou de suivis de médecine générale classique au sein de la PASS). En outre, l'orientation peut répondre à Chambéry avant tout à des contraintes géographiques, par exemple liées à la dispersion des lieux d'hébergement (en particulier les CADA pour les demandeurs d'asile), plus qu'à une démarche programmée. Surtout, doit être précisé dans ce rapprochement ce que peuvent être *les pratiques antérieures* et *l'intégration de la norme*.

Pour les personnes étrangères récemment arrivées en France, ces *pratiques antérieures* se rapportent essentiellement à celles de leur pays d'origine. Dont nous avons vu qu'elles se situaient dans un cadre très consumériste voire mercantile, pour les personnes interviewées dans cette étude.
Pour les autres personnes, les pratiques antérieures peuvent ne pas être exemptes d'un caractère déjà stigmatisant, que présentaient par exemple M. L dans un recours mixte (libéral et hospitalier) ou M. K dans le secteur libéral de médecine général. Les justifications associées à leurs récits en témoignent. Elles peuvent être marquées par des situations de mises en difficulté, d'expériences négatives.

L'intégration à la norme se définit alors fortement en fonction de ces expériences et des ressentis individuels, des contextes des recours aux soins et leur appropriation par les consultants.

La poursuite d'un recours à la PASS (en terme administratif) ne signifie pas systématiquement selon nos observations un maintien à l'écart de la norme (sauf quand *les conditions de vie* restent trop contraignantes). Par exemple, une personne décrivait s'être réappropriée son suivi à l'hôpital "comme tout le monde" (en l'occurrence à la PASS). Les deux personnes suivies sur un mode chronique et quasi exclusif depuis plusieurs années à la PASS semblaient le vivre aussi comme un usage normalisé de l'offre de soins (d'autant qu'il rejoint au moins pour une des personnes une *pratique antérieure*).
Pour d'autres personnes au contraire, l'expérience du recours à la PASS, en plus d'une forme d'assignation, était aussi associée à l'image intériorisée de leur condition d'existence difficile de l'époque. La fréquentation ponctuelle du dispositif a semblé alors vécu telle une *expérience d'humiliation*[I].

Surtout et de façon essentielle, la poursuite des recours aux soins dans le droit commun, si elle pourrait apparaître comme un retour *à la norme*, reste en réalité extrêmement lié à l'accompagnement, à une orientation ou un appui extérieurs, au minimum, et dans les limites de nos observations. La suite pratique des recours aux soins s'organise en effet par et à travers cet accompagnement social. C'est ce point qui finalement nous semble le plus important dans nos résultats, d'une certaine manière qui constitue notre principale découverte dans l'évaluation des parcours de soins et de l'orientation vers le droit commun depuis la PASS de Chambéry.
Comme nous l'avons précisé, cela va concrètement de l'aide à la prise de rendez-vous à l'accompagnement physique sur les lieux de soins jusqu'à la délivrance directe de médicaments pour certains, dans le cadre de traitement chronique et d'un hébergement social. Ces modalités d'accompagnement s'inscrivent donc au-delà de l'appui pour le recouvrement des droits à l'assurance maladie ou encore pour la recherche d'une solution d'hébergement. Les limites professionnelles, administratives et juridiques entre l'accompagnement et l'assistance restent indécises. Les nuances en pratique apparaissent mal définies[II].

Au-delà de l'évaluation du retour au droit commun et des parcours de soins des consultants de la PASS, cela nous renvoie fondamentalement aux sens et aux définitions de l'accompagnement socio-médical, de la dépendance et de l'autonomie, de la *norme* et des modes de *gouvernement*.
Deux lectures, basées sur notre enquête et des rapprochements extérieurs, peuvent alors être proposées pour prolonger et approfondir cette discussion: celle de parcours de soins dans le sens des itinéraires thérapeutiques et celle de la *carrière morale des patients démunis*[III].

[I] Pour reprendre le terme utilisé par I. Parizot dans sa typologie des différents recours aux centres de santé gratuits présentée dans notre problématique [47].
[II] Ce que trahit aussi notre propre hésitation dans le choix des dénominations, entre accompagnement et assistance.
[III] Expression là encore reprise de l'ouvrage *Soigner les exclus* d'I. Parizot [47].

Parcours et itinéraires de soins

Les entretiens que nous avons réalisés ont permis d'élargir l'observation des **parcours de soins** par rapport à ce que proposait le projet PARAD. Au-delà du parcours "idéal-typique", des conditions et des modalités du recours aux soins, une description plus large d'un ensemble de contacts sanitaires a été enregistrée.

Des expériences antérieurs ont été évoquées, pour les personnes étrangères mais pas uniquement. Pour ce qui concerne spécifiquement la PASS, nous avons noté les liens avec les médecins consultants comme avec l'infirmière, parfois avec l'assistante sociale. Le rapport à l'assurance maladie, de l'impact symbolique de la carte vitale aux liens administratifs, a été suggéré. Certaines personnes ont aussi exprimé des exemples pratiques dans l'usage des médicaments, leur accessibilité et des formes de ressentis dans les contacts en pharmacie. Des recours chez le dentiste ont été mentionnés, d'autres soins complémentaires aussi, comme les bilans de sang, de radiographie ou de mammographie...
Plus généralement, cette suite de contacts sanitaires, dans le cadre d'un suivi régulier ou non, constitue des rencontres successives avec des professionnels soignants. Elles construisent et définissent ces parcours de soins.
Dans l'analyse de l'organisation sociale du travail médical et de la «trajectoire de maladie», du point de vue médical, A. Strauss décrit : «le terme de trajectoire fait non seulement référence à l'évolution sur le plan physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée pour suivre ce cours» [4]. Ici, plus qu'une observation professionnelle, ces trajectoires de soins se rapportent surtout aux expériences exprimées par les personnes consultantes. L' «organisation du travail déployée» s'associe alors, pour les personnes concernées, aussi à une forme de quête de soins. Cette quête se rapproche partiellement de la notion d'itinéraire thérapeutique, présentée auparavant, même si elle se limite ici à l'offre biomédicale.

Des influences non professionnelles qui participent à ces parcours de soins peuvent être soulignées. Une personne, par exemple, a évoqué son intérêt pour les émissions médicales à la télévision et les informations qu'elle en retenait pour sa pratique, notamment avec ses enfants. La fréquentation de tel dentiste ou de tel médecin de ville a été parfois rapportée comme faisant suite à des échanges d'informations avec des proches.

D'une certaine manière, ces parcours de soins liés aux parcours de vie peuvent aussi apparaitre comme des parcours initiatiques[I], et peut-être - avec prudence - de sens. Ce que R. Massé rappelle à propos des itinéraires thérapeutiques: «le recours aux thérapies plurielles ne peut être réduit à une simple quête de

[I] Un parallèle symbolique et idéalisé pourrait aussi se dessiner entre ces parcours d'errance ou d'exil et cette recherche de soins et de sens.

soins efficaces; ces démarches sont chargées de sens et les thérapies sont productrices de sens» [69:57]. Cependant, comme J. Benoist le relativise: «ce qui pousse à cheminer au long d'un itinéraire thérapeutique est avant tout pratique, opérationnel» et «ce sens se développe plus dans la marge d'autonomie du sujet que dans le cadre des règles de la société» [39:501].
Or dans les situations majoritaires que nous avons observées, c'est avant tout l'accompagnement social qui, encore une fois, apparait déterminant. La place de l'autonomie et du libre arbitre semble plus limitée.

Sur ce point d'ailleurs, quand l'exercice individuel du souci de soi s'exprime avec difficulté, nous devons aussi remarquer que les premiers acteurs du soin, présents au quotidien au côté des personnes rencontrées, étaient d'abord les travailleurs sociaux des lieux d'accueil et d'hébergement.
Cette fonction primordiale qui leur incombe prend des sens et des modalités variées. Le travail des personnes accompagnantes constitue souvent le premier appui relationnel, qui favorise la création de nouveaux liens sociaux selon les mêmes modèles que ceux appliqués au recours aux soins classique[I]. Ce travail concerne aussi de façon importante l'information et l'éducation, à la fois sur le système de santé mais aussi presque thérapeutique. Une activité de soins presque médicale ou paramédicale leur est même déléguée, par exemple pour la délivrance des médicaments. Et au-delà, ce travail dont les accompagnants sociaux ont la charge s'apparente parfois à une mission plus délicate, celle de "surveiller" une sorte de compliance, presque comportementale[II]. Il participe ainsi, indirectement, de manière souvent non intentionnelle, à la constitution des *carrières morales* que nous reprenons à présent.

La carrière morale des patients

La seconde interprétation que nous proposons, secondaire et conjointe de celle en partie idéalisée des parcours de soins, repose sur ce concept de ***carrière morale***. Celui-ci est utilisé dans de nombreux travaux de nature sociologique. En rapport avec notre sujet, il concerne schématiquement les «personnes confrontées à une expérience vécue stigmatisante», tel que le précisait I. Parizot [47:11]. En regard, ce sont les pratiques et les dysfonctionnements du système de santé, entre autres, qui sont aussi à analyser.
Nous l'avons présenté au cours de la problématique, I. Parizot à travers ce concept a étudié comment des modes de fréquentation de centres de soins gratuits influençaient les expériences vécues, comment

[I] L'usage, fréquent dans les discours, des prénoms des intervenants témoignent bien de cette proximité et exprime ces liens de reconnaissance, d'affection et aussi de protection.
[II] Cette forme de surveillance (que peut aussi appliquer par ailleurs les soignants "officiels") s'exerce par contre ici sans la "légitimité" du pouvoir médical, ni même sans les formations adaptées.

se construisaient dans «les interactions entre patients et intervenants [...] des processus identitaires et symboliques» [47:13]. Ce qu'elle définit par les *carriers morales des patients démunis*.

Nous avons noté dans les discours les différentes expressions d'assignation ou d'obligation, de dépréciation et parfois d'humiliation, souvent associées à un besoin de justification ou de revendication *de la norme*. Ces expressions pouvaient se rapporter aux modes de recours aux soins, à la protection maladie, comme aux contacts sanitaires parfois.

E. Goffman, dans son ouvrage *Asiles* sous-titré «études sur la condition sociale des malades mentaux», utilise aussi cette notion de *carrière*, qui «autorise un mouvement de va-et-vient du privé au public, du moi à son environnement social», et lui permet «d'aborder l'étude du moi sous l'angle de l'institution [psychiatrique]» et les modifications de représentations et d'identités que le cadre de soin gouverne [13:179]. Il évoque sous une forme extrême, dans le cadre particulier des soins psychiatriques hospitaliers et de l'internement[I], les dynamiques de *désadaptation*, de *dégradation de l'image de soi*, de *dépersonnalisation* et de *rationalisation de la servitude* que subissent les patients. Le sens comme les mots rappellent fortement le *syndrome d'auto-exclusion*, c'est-à-dire l'expérience de l'exclusion sociale et ses conséquences sur le psychisme.

N. Lasne, à propos de son expérience de médecin dans des centres socio-médicaux associatifs, parle aussi de «clinique de l'asservissement» [70:255].

Les regards et les pratiques, y compris celles a priori bienveillantes des accompagnants socio-médicaux, participent à la construction de ces *carrières morales de patients démunis.* Dans notre travail et par notre analyse, nous avons observé comment cela pouvait influencer à un certain niveau les rapports aux soins, entre méfiance et peur, dissuasion, soumission ou justification. Les identités des personnes rencontrées apparaissent d'une certaine manière marquées par une sorte de "stigmates" de ces contextes sanitaires particuliers, aussi administratifs et institutionnels, que nous avons abordés[II].

Comme le résume J. Maisondieu dans *La fabrique des exclus*: «l'exclusion moderne malmène durement certains individus ; elle est aussi et surtout puissamment destructrice de leur subjectivité» [71:252].

Car plus globalement encore, l'interprétation de ces *carrières morales* ne peut se limiter à la fréquentation de la PASS ou du système de santé de droit commun. Elle doit s'inscrire, selon nos observations et en lien avec les définitions introductives de ce travail, dans l'ensemble des cadres relationnels et sociaux des personnes et leurs rapports aux institutions en général. Elle traduit, par cette voie, aussi une partie des dysfonctionnements plus profonds de l'ensemble de la société.

[I] Son étude a été réalisée dans un hôpital psychiatrique aux Etats-Unis, entre 1955 et 1956. Plus largement, Goffman relie le système psychiatrique hospitalier aux institutions totalitaires en général, qu'il justifie par «l'articulation reclus-personnel» comparable, selon lui.

[II] A travers ces contextes, nous pensons encore une fois autant à la relégation intentionnelle ou institutionnelle qu'aux préjugés et aux regards culpabilisants.

La notion de disqualification sociale que définit et développe S. Paugam prend naissance d'abord dans la mise à l'écart du marché du travail [11]. Les personnes que nous avons rencontrées pour différentes raisons, dont certaines ont été exprimées, ne participent pas ou très peu à cette activité productive, qui peut apporter, en plus de ressources, un statut et une fonction.
Le recours aux aides sociales et aux intervenants sociaux permet de survivre, d'être hébergé. Il apporte aussi une protection minimale notamment pour les risques liés à la santé. Mais il définit en même temps une identité de *pauvre* et *d'assisté*, selon la description historique de G. Simmel [9]. Autrement dit, les contacts avec le *système assistanciel* «assigne les "pauvres" à une carrière spécifique, altère leur identité préalable et devient un "stigmate" marquant l'ensemble de leurs rapports avec autrui» [47:5].
Dans le même sens, les formes de stigmatisation et de relégation qui s'expriment à l'égard de certaines catégories d'étrangers, Rroms, demandeurs d'asile ou personnes en situation irrégulières notamment participent aussi de la construction de ces identités disqualifiées. J. Valluy, ancien juge de la Cour national du droit d'asile (CNDA), témoigne en conclusion d'une analyse des politiques publiques d'immigration et de l'asile en France: «se développe une *xénophobie de gouvernement* tendant, par des politiques publiques, à stigmatiser l'étranger comme une menace pour la société d'accueil et à le tenir à l'écart» [72:375]. Nous l'avions noté pour l'orientation initiale spécifique ou depuis le CADA des demandeurs d'asile vers la PASS. Nous avions stipulé le niveau très faible des allocations dont ils peuvent bénéficier et la mise à l'écart du marché du travail imposé, avec les conséquences induites sur les constructions identitaires[I], au-delà des pertes de repères liées à l'exil.

Tous ces éléments structurent donc en partie les identités au sein de l'environnement social des personnes soumises à ces conditions de relégation (et pour le coup d'assistance). Ce sont ainsi, au-delà des rapport aux soins et aux institutions de soins aussi des *carrières morales de reclus ou de dominés* qui se construisent, à travers la stigmatisation et la disqualification sociale générale. D'une certaine manière, dans la diversité des situations et des dynamiques, c'est aussi cette position et ces *carrières* qui représentent une sorte de point commun des consultants de la PASS que nous avons rencontrés, pour reprendre les éléments introductifs. Les rapports aux soins secondairement en sont profondément influencés, comme les formes d'exercices et de pratiques des soignants - en interaction - peuvent en partie les influencer.

Mais ces *carrières* ne sont pas non plus une fatalité.
D'abord, elles se construisent à travers le ressenti des personnes. A des formes de *gouvernement* variées (selon un terme explicité auparavant), depuis les pouvoirs politiques et institutionnels jusqu'aux interventions au quotidien des personnels sociaux ou médicaux (voire du "pouvoir médical"), répondent des modes de *subjectivation*, d'intériorisation individuelle. C'est-à-dire des voies d'assimilation,

[I] Dans le CADA où nous nous sommes rendu, un accord existe avec les "Restos du cœur" pour des dons alimentaires, à titre d'exemple significatif.

d'apprentissage et aussi d'adaptation qui à travers les phénomènes de pouvoir ou de domination et les conditions dégradées fondent aussi l'être humain dans son environnement et notre culture[I].
Ces voies d'adaptation peuvent s'exprimer, comme nous l'avons observé et tenté de le retranscrire dans nos résultats, sous formes d'appropriation ou de réappropriation des soins, de critiques et parfois de renoncement ou de refus, d'apprentissage aussi et d'autonomisation parfois.
Or, c'est par l'expression de ces capacités de négociation qu'une relation de soins équilibrée peut se développer, selon le modèle de l'«ordre négocié» [4].

Ensuite, ce concept de *carrière* est par définition dynamique et relève d'un processus. Sa constitution évolue au fur et à mesure de l'intériorisation des contraintes, et de la nature des contraintes quotidiennes. Ces *carrières morales* se construisent aussi en parallèle des trajectoires de précarisation. Nous avons ainsi observé pour les personnes en demande d'asile notamment, et indépendamment des traumatismes qui les ont poussés à l'exil, les capacités persistantes à la fois de négociation et d'expression d'un libre-arbitre. D'une certaine manière, elles sont au début de cette *carrière*. D'autres personnes par ailleurs, malgré des trajectoires d'errance, d'assistance et de disqualification plus longue, ont témoigné aussi d'une sorte d'affranchissement.

Pour conclure cette discussion, ces deux approches proposées, celle du parcours de soins comme itinéraire et celle de la *carrière morale du patient démuni*, se rejoignent finalement autour de la question centrale de l'autonomie et des possibilités de l'affirmer.
Dans le cadre de notre recherche autour de l'orientation vers le droit commun depuis la PASS de Chambéry, nous avons pu observé l'effectivité de l'accès aux soins des anciens consultants de la PASS. Mais cet accès aux soins s'est appliqué dans un cadre d'accompagnement voire d'assistance important. Ces deux dimensions, l'accompagnement (ou l'assistance) et l'accessibilité du système de santé restent donc intimement liées. Cela nous renvoie aussi au double paradoxe que notre étude révèle.
D'abord, le recours au système de santé de droit commun se signifie pas un usage plus libre et distancié de l'assistance. La PASS selon cette lecture ne peut être considérée comme un dispositif d'exception. Ce sont les conditions d'existence des personnes rencontrées et ce que l'on peut qualifier de *carrières morales de dominés* qui constituent des situations d'exception (c'est-à-dire de relégation) et qui interagissent avec les dysfonctionnements généraux de la société.
Le second paradoxe observé est que certains consultants qui poursuivaient à la PASS un suivi chronique présentaient aussi d'une certaine manière la plus grande autonomie effective, à travers leur liberté de négociation.

[I] Nous suggérons ici, à travers le concept de *subjectivation*, quelques notions des travaux de M. Foucault, en particulier présentées dans «Le sujet et le pouvoir» [64].

En ce sens, nous avons vu et répété comment le recours aux soins dans ce cadre pouvait constituer un soutien, favoriser la création de nouveaux liens sociaux par la reconnaissance et l'attention adaptée, et panser une part des disqualifications sociales.

Et au-delà, afin d'introduire les recommandations qui suivent, il nous apparaît que les activités des soignants et des accompagnateurs - à l'inverse d'une démarche normative - en s'orientant vers des pratiques intégratives complexes, peuvent peut-être favoriser les libres choix et l'expression des volontés individuelles. Ces pratiques et ces stratégies de soins qui s'exercent en partie à la PASS peuvent se définir notamment en terme de capacitation (ou *empowerment*).

Seulement par cette voie, l'assistance effective semble pouvoir se transformer en accompagnement, ressenti positivement. Et ainsi, les personnes en situations de précarité pourraient réellement bénéficier de notre travail de soignant, et surtout réaffirmer leur libre arbitre, malgré les "stigmates" liées à leur condition.

4ème PARTIE: Recommandations

Avant de présenter, sous forme de propositions des recommandations selon les usages, nous reprenons ici certains points d'analyse et de réflexion, en réponse à notre problématique. Nous précisons en particulier des pistes d'approfondissement et des suggestions pour l'action des soignants. Dans la logique de notre propos, nous n'avons néanmoins pas la prétention d'apporter des solutions.

1 Discussion d'ouverture

1.1 L'orientation vers le droit commun: évaluation critique et critique de l'évaluation

L'objet initial de ce travail était d'évaluer l'effectivité de l'orientation et de l'intégration des anciens consultants de la PASS dans le système de santé de droit commun. Les différentes résultats présentés et les discussions associés permettent une réponse à la fois approfondie et partielle.
Mais plus généralement, le sens même de cette intégration ou réintégration dans le système de droit commun doit être interrogé.

D'abord, comme nous l'avons vu, les activités de soins et d'accompagnement réalisés à la PASS sont avant tout des activités déléguées par le système de santé en général, de la protection maladie à l'offre de soins inadaptées. Une délégation qui s'apparente parfois à une forme de relégation.

Ensuite, les pratiques comme les modes de fréquentation de la PASS de Chambéry obligent pour une part à reconsidérer et adapter ce principe règlementaire. Nous pensons par exemple à la fréquentation ponctuelle et de dépistage, la présence du réseau Santé précarité et l'intégration à un service hospitalier, la poursuite de suivis sous une forme classique de médecin traitant hospitalier ou complémentaire d'un suivi de ville.

Surtout, même si des formes de stigmatisation du recours à la PASS (mais non exclusives à la PASS) ont été parfois relevées, la PASS est aussi un lieu de soins où des liens sociaux se créent et où des formes de négociation peuvent se développer. Les liens de protection et de reconnaissance individuelle (avant celle des droits) s'expriment à travers les pratiques du dispositif et les expériences des consultants.

En parallèle, l'orientation vers le droit commun, si elle peut répondre à une demande et une démarche de *normalisation*, reste aussi marquée par les obstacles prolongés à «la reconnaissance [des] droits», par des formes persistantes de stigmatisation et d'accompagnement mêlées, et par les inégalités structurelles du système de droit commun.

Autrement dit, si la PASS peut constituer un passage, elle est surtout un palliatif aux dysfonctionnements et aux défaillances internes du système de santé [32] et de la société en général. Décréter une orientation ou une intégration, quand les conditions de justice et d'égalité ne peuvent être réunies, peut conduire à répéter le "passage" permanent qui s'impose aux *populations dominées*, c'est-à-dire un passage parfois sans issue[I], et en oublier les raisons. Les principes constitutionnels et législatifs (de la loi de lutte contre les exclusions notamment) ne peuvent exonérer d'un examen de conscience politique et individuel, sur l'origine de la *fabrique des exclus*[II].

D'une certaine manière, avant de considérer l'orientation et l'intégration des consultants de la PASS vers le droit commun, peut-être faudrait-il chercher à intégrer dans le système de santé de droit commun (autrement dit promouvoir et diffuser) certaines pratiques de soins exercées à la PASS.

1.2 Vers de nouvelles pratiques

1.2.1 Approche globale, pluridisciplinaire et coopération

Par définition les PASS sont des dispositifs réglementairement «médico-sociaux». De même, dans le cadre de leur mission dans «la lutte contre l'exclusion sociale», l'activité doit se définir: «en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux» (articles L.6112-1 et L.6112-2 du CSP).

Avec un peu de recul, D. Fassin reprend la distinction significative classique en langue anglaise entre les trois termes *illness, disease* et *sickness* (quand la langue française ne dispose que du seul mot *maladie*) [73]: *illness* renvoie ainsi à «l'expérience subjective» de la maladie, *disease* à une «réalité biomédicale» issue du diagnostic du médecin, et sickness à la «réalité socioculturelle de la "maladie"» [74].

Ainsi, avant d'être une stratégie pour l'intervention, **l'approche globale** relève d'abord d'une évidence pratique. D'une part la maladie au-delà de sa dimension biologique est aussi socialement définie, d'autre

[I] Pour reprendre la citation de M. Foucault, rendre «prisonnier du passage» [2:26].
[II] L'expression provient du titre de l'ouvrage de J. Maisondieu déjà repris: *La fabrique des exclus* [71].

part les rapports médecin-malade «sont inscrits dans les rapports structurels de la société globale» [4:75]. Elle relève ensuite des conséquences des déterminants sociaux de la santé.

Cette approche globale recommandée doit tendre à favoriser un accueil personnalisé, intégrant des dimensions psychologiques, culturelles et de représentations, sociales et administratives qui peuvent définir un individu. C'est par l'intégration de cet ensemble environnemental complexe et interactif, qui participe à la fois au développement de la maladie, à son vécu subjectif et aux possibilités de la soigner, que des interventions adaptées peuvent ensuite se développer.
En ce sens, c'est une approche par l'écologie humaine (c'est-à-dire des rapports interactifs et d'adaptation qui lient l'homme à son environnement biologique, social et culturel) qui doit être envisagée [75].
Mais la finalité de cette approche s'inscrit dans une démarche ni de recherche ni d'ailleurs réellement humaniste. Elle contribue plutôt à une stratégie d'optimisation de l'adhésion des patients, vers une meilleure observance. Dès lors que des limites éthiques sont posées, cela peut surtout favoriser une meilleure connaissance et une compréhension plus fine des logiques et des situations des personnes soignées. E. Goffman, par exemple, parle de *presenting culture* ("culture importée", propre à la personne malade) sur le modèle des *presenting symptoms* (symptômes présentés au regard médical) [13:55].

Ces modes de pratiques ne sont par ailleurs pas spécifiques des dispositifs de lutte contre l'exclusion. Dans la suite du soutien aux personnes vivant avec le VIH notamment, ils se sont développés dans le cadre du suivi d'autres maladies chroniques comme le diabète. On les retrouve aussi dans la prise en charge de la douleur, des soins palliatifs ou de la toxicomanie par exemple.

Les stratégies intersectorielles et pluridisciplinaires peuvent participer de cette approche écologique. Au-delà, ce sont de nouvelles formes d'interventions qui peuvent se développer, dans le sens de la **coopération**. La coopération est d'abord un travail en équipe. Celle-ci doit s'étendre selon les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) «au-delà des coopérations entre médecins et infirmiers, à l'ensemble des professions de santé, aux autres professions intervenant dans le domaine sanitaire (travailleurs sociaux notamment), jusqu'aux patients, acteurs de leur propre prise en charge» [76]. Cela nécessite des moyens professionnels, une disponibilité et surtout un décloisonnement des compétences et des légitimités de chaque professionnel, dans le respect des principes éthiques et règlementaires. Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé en particulier sont définies par l'HAS « comme une nouvelle répartition de tâches existantes ou la répartition de nouvelles tâches entre professionnels de santé», selon une double logique: «de substitution et de diversification des activités» [76].

A la PASS de Chambéry, les réunions de concertation entre les différents partenaires professionnels des secteurs médicaux, paramédicaux et sociaux ou les interventions conjointes médicales et sociales ou encore le partage des responsabilités para-médicales et médicales illustrent les potentialités de ces nouvelles stratégies de coopération.

1.2.2 Accompagnement socio-médical et "capacitation"

L'accompagnement se trouve au cœur de la pratique de la PASS. Entre accompagnement et assistance, nous l'avons souligné, les différences restent parfois mal définies, les frontières mal délimitées. Comme le présente le psychiatre JP. Martin: « "partager le pain" , origine étymologique du mot accompagnement, sert à grandir et devenir adulte et pas seulement subsister dans l'assistance».
L'accompagnement contient des notions complexes qui évoquent à la fois une rencontre, une relation, un échange et un don. Des dimensions philosophiques, sociologiques et subjectives s'associent.

L' évolution des politiques publiques, notamment en santé publique et dans le domaine socio-médical, recycle par ailleurs cette notion d' accompagnement à tous les niveaux.
Or l'accompagnement ne peut pas se transformer en un cheminement imposé vers une insertion normative et en partie illusoire. En ce sens, JP. Martin souligne : «Accompagner n'est donc pas une prescription mais une relation humaine [...] une possibilité de destin personnel dont la rencontre avec le collectif n'est pas soumission» [77].

A travers l'accompagnement, deux éléments essentiels doivent alors se développer: <u>le lien social et l'autonomisation.</u>
A la fois le recours aux soins peut favoriser la création de lien social, et dans le même temps, le lien social apparaît tel un élément constitutif du soin. Nous l'avons observé dans notre enquête à travers les discours rapportés, dans les pratiques développées à la PASS comme dans la littérature.
L'idée d'autonomisation ensuite peut se rapprocher des concepts de capacitation ou d'*empowerment*. L'*empowerment* est un processus ou une approche qui vise à favoriser le pouvoir d'action, de décision d'influence des personnes (mais aussi des groupes de personnes) sur leur environnement et leur vie, «c'est ce phénomène qui confère à chaque individu une capacité de revendication» [78]. En ce sens, cela ne se limite pas à la reconnaissance ou au recouvrement des droits. Cela renvoie à la justice autant qu'à la liberté de choix.

En pratique, pour reprendre des cadres fonctionnels identifiés, il nous apparaît que ces différentes notions peuvent se rejoindre autour des stratégies développées autour des approches palliatives et de la réduction des risques.

Pour les soins palliatifs, nous reprenons là une partie de la définition qu'en donne la Haute autorité de santé: «soins [...] évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou soulager [...] d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels dans le respect de la dignité de la personne soignée» [41]. Il ne s'agit évidemment pas d'un renoncement aux soins ou d'un accompagnement vers la mort, mais au contraire d'ouvrir des possibilité de soins. Peut s'y associer aussi la locution hippocratique *primum non nocere.*

Le principe de réduction des risques s'est développée dans le cadre des interventions auprès des "usagers de drogue" dans le contexte de l'épidémie de sida, il est inscrit dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique du code de santé publique, mais peut s'étendre à d'autres publics et d'autres contextes dans le cadre général de la promotion de la santé. La réduction des risques ou des méfaits[I] désigne une approche pragmatique, participative et de proximité, s'opposant à un idéalisme moralisateur [79].

C'est ainsi par une combinaison de ces différentes approches (capacitation, approche palliative et réduction des risques) que pourrait se redéfinir, selon nous, une forme subtile d'accompagnement socio-médical et d'intervention des soignants auprès des personnes en situations de précarité, et peut-être plus généralement.

1.2.3 Ethique de l'intervention

Le pouvoir médical en général, les liens entre le médical, le social et le "champ politique" (essentiels dans notre problématique) imposent des règles éthiques à la conduite des interventions des soignants. L'approche globale et la coopération les requièrent également.
Nous évoquons là seulement quelques éléments généraux en relais des préoccupations quotidiennes, en partie soulevées dans ce travail.

[I] Selon une définition initiale large: «une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou «addictifs»), à ce que les principaux intéressés puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements» [79].

Nous l'avons redit, une approche écologique est une nécessité pour favoriser un accueil et des propositions de soins adaptés aux personnes. Mais elle ne doit pas se transformer en une ingérence. Elargir l'observation médicale à une connaissance et une compréhension des dimensions plus globales des individus ne signifie pas s'immiscer par la contrainte et un regard normatif.

Les éléments sociaux ou politiques, voire judiciaires, qui peuvent influencer les démarches de santé peuvent être intégrées aux actions de santé, mais sans les déterminer. Des frontières entre ces différents pouvoirs et ces différentes logiques doivent être préservées.
Le respect des volontés individuelles, dans les cadres du soin, doit rester l'élément fondamental qui guide nos actions. En ce sens, l'acte thérapeutique en particulier, la relation intime soignant-soigné ne peuvent être "corrompus" par des impératifs relevant d'ordres sociaux ou politiques. Dans l'action sanitaire, en matière de promotion de la santé notamment, des limites s'interposent aussi à ce niveau.

Enfin, dans ces liaisons parfois dangereuses mais également dans le cadre de la coopération et du travail pluridisciplinaire [80], le respect de la confidentialité et du secret médical apparaissent comme un impératif. Il est à la fois une obligation pour favoriser la confiance des personnes et une garantie pour limiter les risques de collusion entre les différents pouvoirs.

1.3 Pour des évolutions du système de santé

Ce travail qui traite du recours aux soins des personnes en situations de grande précarité nous renvoie fondamentalement à la question de l'accessibilité générale de notre système de santé, de la protection maladie à l'offre de soins. Des dysfonctionnements et des défaillances ont été mentionnés.
A présent et pour finir, nous soumettons ici quelques pistes de réflexions, en commençant par une rapide digression.
Notre projet initial s'est très indirectement inspiré d'un ouvrage de Y. Jaffré et J-P. Olivier de Sardan intitulé *Une médecine inhospitalière* et sous titré «Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest» [81]. Les auteurs y traitent «de la réalité quotidienne des interactions entre les soignants et les populations». A l'inverse d'une vision culturaliste, ils exposent et décrivent à partir d'une enquête de terrain très approfondie «les principaux dysfonctionnements du système de santé, tels qu'ils se manifestent en quelque sorte à la base».

Il nous apparaît que par le prisme des difficultés du recours aux soins des personnes en situations de précarité, de telles observations pourraient être projetées dans le contexte français.

Dans le rapport sur «La santé des personnes sans chez soi», les auteurs écrivent en ce sens: «la tentation est grande - et presque toujours abusive - de préjuger de spécificités attribuées à l'autre (dont le «SDF » est une figure emblématique) plutôt que de s'interroger, en tant qu'individu, citoyen, professionnel de santé ou décideur politique, sur les dysfonctionnements de notre système de santé» [78:19].

Les évolutions nécessaires relèvent en partie de transformations structurelles. Le système de soins français s'est construit sur un modèle biomédical curatif, l'accessibilité aux soins y reste le résultat de *« la rencontre entre une offre de soins (curatifs) abondante et une demande solvabilisée par une protection de type assurantielle »*, selon la description du Haut conseil de santé publique, qui poursuit «cette accessibilité d'ordre consumériste se révèle inadaptée face aux inégalités sociales de santé» [16:41].

Les difficultés liées à la protection maladie ont été relevées. Ce sont surtout les modalités du recouvrement des droits qui s'avèrent préjudiciables. Mais elles répondent plus à des directives politiques qu'à des évolutions professionnelles.

Le développement de nouvelles formes de coopération ou de co-professionnalité, partiellement présentées, constitue d'autres voies de transformations. Elles conduisent aussi à des rénovations par «une approche structurelle, qui repose sur la production d'un nouveau cadre de référence professionnel»[I]. En particulier, de nouvelles conditions de rémunération sont envisagées dans ces évolutions, «qui laissent une place à d'autres éléments que le paiement à l'acte», par exemple [76].

A côté de ces approches structurelles, d'autres évolutions peuvent être envisagées. Elles peuvent se rapporter à une nouvelle philosophie de soin, autant qu'à la responsabilité individuelle des soignants.
Les expériences des personnes rencontrées et l'observation des soins pratiqués à la PASS de Chambéry suggèrent l'intérêt des pratiques du "prendre soin" (à distinguer de l'action de "soigner" ou "traiter"). Cet intérêt se nourrit aussi du rapprochement établi par ailleurs entre le "souci de soi" et le "*care*", c'est-à-dire l'attention à autrui (à distinguer dans le cadre sanitaire du *cure*: traiter) [82].
En se limitant au secteur du soin, par rapport à une approche politique plus discutable, ce concept de *care* favorise le rapprochement entre les soignants et les personnes soignées, et les conditions de possibilités de soins, dans une perspective de reconnaissance et d'attention, non normative.

Les soins de santé primaires, en mêlant proximité et disponibilité, approche globale et transversale, à la fois éducative, préventive et curative, nous apparaissent propices au développement de ces nouvelles

[I] Nous précisons que le développement de ces nouvelles pratiques s'inscrit autant dans le sens de la qualité de la prise en charge des patients que de son efficience économique. Une recherche d'attractivité des professions de santé dans le contexte de disparité voire de pénurie pour certaines d'entre elles y participe aussi.

pratiques de soins, dans les limites éthiques que nous soulignions. D'une certaine manière, ce sont ces outils qui s'exercent aussi au quotidien à la PASS de Chambéry.

La diffusion de ces pratiques, déjà en partie effective notamment dans le cadre des centres de santé, nous apparaît indiquée. Les angles d'analyse de ces nouvelles organisations de soins[I] semblent aussi intéressants. Par ces voies, une nouvelle forme d' "hospitalité" du système de santé[II] pourrait peut-être se dessiner.

2 Propositions

L'étude que nous avons menée s'est principalement concentrée sur une approche d'observation et d'analyse. L'élaboration de recommandations pratiques imposeraient la **restitution des données** recueillies aux professionnels concernés et aux personnes rencontrées ayant consulté à la PASS. Nous pensons aussi que des professionnels libéraux, en dehors du réseau Santé précarité, pourraient pleinement participer à cet échange.
Nous proposons donc essentiellement une présentation de nos résultats, une discussion participative en vue d'engager une réflexion collective et développer d'éventuels changements de pratiques.

Plus généralement, les évolutions qui s'imposeraient dépassent largement le cadre local et médical. Les contextes sociaux, administratifs et politiques s'avèrent décisifs. Si ce travail apporte une contribution locale en ce sens, il n'a pas vocation à énoncer des recommandations générales en réponse aux dysfonctionnements généraux ou aux inégalités sociales.

Nous émettons donc seulement quelques suggestions, recentrés sur la formation des professionnels médicaux, l'orientation des consultants de la PASS de Chambéry au système de droit commun, et les activités de la PASS.

[I] Nous pensons par exemple au projet PROSPERE (Partenariat pluridisciplinaire de Recherche sur l'Organisation des Soins de PremiErs Recours), développé entre autres par la société française de médecine générale (SFMG) l'IRDES et une unité pluridisciplinaire de l'INSERM. Il intègre en particulier une approche par les parcours de soins.
[II] Pour paraphraser le titre de Y. Jaffré et J-P Olivier de Sardan précité.

Formation des professions médicales

- Favoriser l'accès aux professions médicales à des profils sociologiques et universitaires variés
- Développer et approfondir en formation initiale l'enseignement des déterminants sociaux de la santé et des inégalités sociales de santé associées
- Intégrer au cursus universitaire un enseignement théorique et pratique encadré dans le domaine santé précarité [I]

De la PASS à la médecine de ville

- Développer une recherche locale et une réflexion sur les attentes et les difficultés des professionnels libéraux dans leurs rapports avec les personnes en situations de précarité
- Favoriser la connaissance et la coopération interprofessionnelle entre la PASS et le secteur libéral, en dehors du réseau Santé précarité (ou en élargissant celui-ci)
- Développer des activités de coopération des professionnels de la PASS et du secteur libéral dans les lieux d'hébergement sociaux
- Développer et structurer un lien fonctionnel avec la CPAM (pour l'information des consultants de la PASS sur le système de santé, pour le transfert d'informations sur les droits[II]) et favoriser un accueil personnalisé secondaire
- Renouveler de façon ponctuelle, dans le cadre d'une convention avec la CPAM, un transfert d'information des données de recours aux soins dans le droit commun

PASS de Chambéry

- Engager une réflexion sur l'orientation des consultants dans les suites de la restitution de nos résultats
- Mise en place d'un nouveau recueil informatique, intégrant des éléments dynamiques et personnalisés sur les parcours de soins des consultants de la PASS (annexe p. 173)
- Institutionnaliser une participation effective de consultants de la PASS à l'organisation du dispositif
- Développer des activités de soutien et d'information dans le domaine sanitaire pour les intervenants sociaux des lieux d'accueil et d'hébergement

[I] La PASS de Chambéry est par exemple un lieu de stage pour les internes dans le cadre d'un projet personnel. Nous rappelons dans une stricte logique biomédicale que les soins auprès des personnes en situations de grande précarité apportent aussi une expérience clinique et thérapeutique supplémentaire.
[II] Depuis mai 2010, un système d'alerte a été mis en place, permettant à l'assistante sociale de la PASS d'identifier les refus à l'instruction des dossiers.

Thèse soutenue par : COLLIN Thomas
Titre: Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry - Evaluation du retour au droit commun -

CONCLUSION

Les PASS ont pour mission règlementaire, après le « repérage » et les soins immédiats, l'accompagnement des personnes en situations de précarité vers le recouvrement des droits à la protection maladie et vers l'usage du système de santé de droit commun. Les recommandations officielles, des expériences identifiées d'études sur l'accès aux soins des personnes en situations de précarité ou d'évaluations spécifiques d'autres PASS nous ont orienté pour proposer une analyse du parcours de soins des consultants, de la PASS de Chambéry au droit commun.
La PASS du CH de Chambéry est intégrée au service de médecine interne et d'infectiologie de l'hôpital, au sein d'une unité fonctionnelle de médecine sociale. Son activité s'inscrit dans le cadre d'un réseau local, à la fois ville-hôpital et médico-social, libéral, associatif et institutionnel. Le retour au droit commun des consultants n'était pas l'objet d'une évaluation particulière, nonobstant la préoccupation quotidienne des professionnels pour cette problématique.

Concrètement, nous avons développé une double approche conjointe, une étude de cohorte rétrospective (projet PARAD) de 2007 à 2009 et des entretiens semi-dirigés avec d'anciens consultants de la PASS.

Pour le projet PARAD, 118 primo-consultants médicaux à la PASS en 2007 ont été inclus. L' âge moyen est de 34 ans, la population est masculine (74%) et majoritairement étrangère (73%), l'absence de droits de protection maladie concerne plus de 50% des consultants. Sur le plan sanitaire, 46% ont été pris en charge pour une pathologie chronique en plus d'un motif aigu (essentiellement des hépatites virales, des pathologies addictives et de santé mentale).

Le parcours de soins à la PASS durait 5 mois et un peu plus de 4 consultations médicales en moyenne (étendue de 1 à 35) ; 50% des consultants sont suivis moins de 3 mois, plus de 40% ont seulement une ou 2 consultations. Seuls 11 patients (9,3% de la population initiale) étaient encore suivis après 24 mois d'observation. Près de 90% des patients suivis avaient une fréquentation régulière du dispositif; pour les autres, soit la fréquentation était instable soit un retour a été enregistré après une période prolongée.

Le parcours de soins dans le droit commun a été analysé après rapprochement avec les données de la CPAM de Savoie: 101 patients ont alors été identifiés (85,6% de la population cible initiale). A 6 mois (de la première consultation à la PASS) seuls 4 consultants ne bénéficiaient pas de droit, à 12 mois un

seul ; par contre, après 24 mois d'observation, 7 consultants soit 7,29% de l'effectif observé n'ont plus de droit ouvert. A l'issue de l'étude, 55% des patients avaient déclaré un médecin traitant, dont plus de 80% après leur passage à la PASS. En terme de consultation de médecine générale libérale en 2009, la moyenne était de 4,52 consultations par personne (étendue de 0 à 32), prés de 30% n'ont pas consulté, plus de 50% avaient moins de 2 consultations dans l'année.

L'analyse explicative, limitée par la taille de notre population, montre surtout une grande variabilité inter-individuelle du recours aux soins, en fonction des caractéristiques recensées initialement. Seules certaines tendances sont mises en évidence. Les modèles de régression logistique que nous avons explorés sont peu contributifs ; de même, l'impact de l'activité de la PASS sur le niveau de recours au droit commun ne peut être statistiquement démontré dans une relation linéaire de causalité.

Ainsi, le passage par la PASS permet un accès théorique quasi général au système de droit commun (accès au droit à la protection maladie). Cependant, la pérennité de cet accès théorique après 2 ans n'est pas totalement assurée (selon une tendance observée): la précarité administrative au regard du droit au séjour des étrangers et la nécessaire reconduction annuelle de la demande de droits semblent des explications possibles. L'accès effectif (seul l'accès primaire a pu être étudié) au système de droit commun reste par contre limité pour la majorité des consultants. Une fréquentation régulière et ponctuelle à la PASS ne semble pas suffisante pour observer une réelle "intégration" dans le droit commun. A l'inverse elle n'expose pas non plus à un "enfermement" dans ce dispositif.

Au-delà du droit, de nouveaux déterminants du recours aux soins (et du moindre recours) devraient aussi être pris en compte, plus subjectifs et relationnels ; des ajustements de la pratique de la PASS et du réseau Santé Précarité, comme la coordination avec de véritables partenaires médicaux libéraux, sont à approfondir. Surtout, c'est l'accessibilité du système de santé qui est ici interrogée.

L'enquête qualitative, par des entretiens semi-dirigés auprès de 13 anciens consultants de la PASS, nous a permis de prolonger notre analyse, par une évaluation de « type réaliste ». Les modalités du recours aux soins, à la PASS et dans le droit commun, étaient ainsi envisagées à travers les expériences et les représentations des consultants, dans le contexte territorial particulier.

Les trajectoires de soins comme les parcours biographiques se révèlent très divers.
Tel un parcours « idéal-typique », nous retenons que le contact avec la PASS est généralement lié à une "prise en charge" initiée ou proposée par les intervenants sociaux du réseau Santé Précarité local. Dans certaines conditions liées à un accueil ou des rencontres avec des professionnels sociaux, des possibilités d'hébergement et une "stabilisation" dans l'errance ou l'exil, un contact sanitaire peut s'initier à la PASS et un nouveau parcours de soins se développer.

Les interventions socio-médicales ou médico-sociales qui accompagnent alors les personnes sont importantes, d'une certaine manière, elles orientent ensuite le parcours de soins dans le droit commun. Celui-ci reste par la suite marqué par ces formes d'accompagnement qui ne se limitent donc pas à la fréquentation de la PASS.

Si les modalités évoluent avec des niveaux d'adaptations variables, il nous apparaît que le recours dans le système de soins après le passage par la PASS reste donc très dépendant des interventions sociales persistantes, d'un système qui reste en partie assistanciel: depuis l'aide à la prise d'un rendez-vous jusqu'à l'accompagnement physique en consultation, voire la délivrance directe de médicaments.

Le positionnement et les ressentis des personnes sont alors déterminantes pour leur rapport aux soins, et aussi pour les rapports sociaux qui se reconstruisent.

Le passage à la PASS est souvent vécu comme une relation de réconfort et d'apprentissage, de confiance et de connaissance mutuelle (voire de reconnaissance). Le recours aux soins peut participer à la création de nouveaux liens sociaux, une forme de *lien d'intégration*. La nature du dispositif, son nom et sa mission, ne sont d'ailleurs pas bien identifiés - favorisant en partie ce type de relation. La « double assimilation » de la PASS à un service hospitalier classique y participe aussi probablement. A l'opposé, des expériences de *stigmatisation ou d'humiliation* sont aussi parfois évoquées. Mais elles ne sont pas exclusives de la PASS, ni même de recours aux soins. Elles s'inscrivent dans tous les rapports sociaux.

En médecine libérale, la relation est moins personnalisée, d'ordre plus pragmatique, plus proche d'une relation de service.

Enfin, de façon paradoxale, nous soulignons que parmi les anciens consultants interviewés, deux personnes - toujours suivies à la PASS et dont le médecin coordonnateur est le médecin traitant - semblaient en un sens les plus libres de leur choix (« refus négociés » de l'orientation), de leur usage du soin et de son organisation, et finalement les moins dépendantes du *système assistanciel* par ailleurs.

Ainsi, les modalités d'évaluation officielle sont ici en partie remises en cause. Les indicateurs objectifs du retour au droit commun (d'accessibilité limitée) n'apportent qu'un élément relatif. Des interactions complexes et adaptatives (une forme d' "écologie") interviennent, que l'enquête qualitative dévoile partiellement.

L'orientation dans le système de droit commun ne peut pas constituer un objectif imposé. Le recours au système de droit commun ne signifie pas nécessairement un usage plus autonome du système de santé. Si la PASS peut constituer un relais, elle est surtout un palliatif aux défaillances internes du système de santé et de la société en général. Décréter une orientation ou une intégration peut conduire à répéter le passage permanent qui s'impose aux *populations dominées*, sans s'interroger sur les dysfonctionnements qui conduisent à leur mise à l'écart.

L'enjeu se situe avant tout dans les modalités de l'accompagnement socio-médical. Cet accompagnement n'est pas un renoncement aux soins, il est au contraire un élément des « conditions de possibilités » des soins, qui peut favoriser le souci de soi et faire accepter l'attention de l'autre. Entre les modèles des soins palliatifs et de la réduction des risques, de nouvelles formes de pratiques orientées sur le *care* (prendre soin) et la capacitation peuvent se développer, à l'opposé d'une *gouvernance normative*.
Outre le temps, ces pratiques imposent et sont favorisées par une approche globale et de coopération éthique, avec les personnes consultantes et les professionnels partenaires. De nouvelles répartitions des fonctions, notamment dans le binôme médecin infirmier, semblent justifiées.

Dans le cadre de l'accès aux soins des personnes en situations de précarité, la réduction des inégalités d'accès aux soins et au-delà, il nous semble que ces nouveaux modes d'action médicale (entrepris à la PASS de Chambéry) pourraient s'adapter dans le système de santé de droit commun ; le développement de certains centres de santé en témoigne. La diffusion de ces pratiques, en améliorant l'accessibilité et l'adhésion aux soins, favoriserait finalement l'orientation effective vers le droit commun - à défaut d'une autre politique générale. Le principe de réforme par la marge s'en trouve ainsi recyclé.

Au final, par l'analyse du parcours de soins des personnes en situations de précarité et à partir de l'évaluation des pratiques et des usages d'un dispositif d'exception, ce travail tente donc une analyse à la fois transversale et longitudinale, épidémiologique, contextuelle et modestement socio-anthropologique. Il suggère aussi une réflexion sur les activités du soin, un parti pris pour une médecine d'ouverture et d'intégration, humaniste et scientifique: une forme appliquée d' "écologie humaine". La médecine générale et les soins de santé primaires, par la diversité des attributs et l'étendue des pratiques qui les composent, pourraient être un élément rénovateur susceptible d'assimiler ces approches, et favoriser ainsi une nouvelle forme d' "hospitalité" du système de santé.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 25/1/2011

LE DOYEN
B. SELE

LE PRÉSIDENT DE THÈSE
L. BARRET

BIBLIOGRAPHIE

1- 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.

2- Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard, 1972 ; 688p.

3- Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). Enquête nationale 2008 sur la mise en œuvre du dispositif des permanences d'accès aux soins de santé PASS. 2008 Déc.

4- Adam P, Herzlich C. Sociologie de la maladie et de la médecine. Paris: Armand Colin, 2004 ; 127p.

5- Circulaire DGS/DAGPB/DAS/1998/568 du 8 septembre 1998 relative à la mise en œuvre de la loi d'orientation contre les exclusions sur les exercices 1998 et 1999: action sociale et santé publique, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports ; 1998.

6- Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris, Conseil Economique et Social. Journal Officiel du 28 février 1987. 104p.

7- Haut Comité de Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. ENSP ; 1998. 290p.

8- Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V. Précarisation, risque et santé. Paris: Editions Inserm, 2001; 472p.

9- Simmel G. Les pauvres. Paris: Presses Universitaires de France, 1998 ; 102p

10- Castel R. Les Métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat. Paris : Gallimard, 1999 ; 349 p.

11- Paugam S. Les formes élémentaires de la pauvreté. Paris: Presses Universitaires de France, 2005 ; 276p.

12- Furtos J. De la précarité à l'auto-exclusion. Paris: Editions de la rue d'Ulm, 2009 ; 58p.

13- Goffman E. Asiles. Etudes sur la condition des malades mentaux. Les éditions de minuit, 2010 ; 447p.

14- Circulaire N° DGS/2007/430 du 07 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS). Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports ; 2007.

15- Cingolani P. La précarité. Paris: Presses Universitaires de France, 2005 ; 126p.

16- Haut Conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité. HCSP, 2009 ; 99p.

17- Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Paris: ESPS, 2010 ; 253p. disponible sur « http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf ».

18- Chauvin P, Parizot I (Sous la direction de). Santé et recours aux soins des populations vulnérables. Paris: Editions Inserm, 2005 ; 325p.

19- Halimi S. Contre l'équité. *Monde Diplo* 2010 déc. Disponible sur « http://www.monde-diplomatique.fr/2010/12/HALIMI/19922 » (page consultée le 20/01/2011).

20- Organisation mondiale de la santé. Déterminants sociaux de la santé: les faits. Rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, 2ème edition. OMS 2005 ; 40p.

21- Organisation mondiale de la santé. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. OMS 2009 ; 246 p.

22- 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.

23- Fonds CMU. Rapport d'activité 2009 du Fonds CMU. Paris: Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie ; 2010. 82p.
Disponible sur: «http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport_2009.pdf».

24- Basset B. (Sous la direction de). Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. Saint-Denis : INPES, 2008 ; 208 p.

25- Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales. Rapport: analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'état. IGF IGAS. 2010 Nov.

26- Rédaction Prescrire. Déremboursements: atermoiements ministériels et effets d'annonce. *Rev Prescrire* 2005 ; 25 (266) : 735-36.

27- Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde - Synthèse 2009. Paris: MDM, 2010 Oct. ; 7p. Disponible sur «http://www.medecinsdumonde.org/».

28- Permanence d'accès aux soins de santé. Centre hospitalier de Chambéry. Bilan d'activité 2010. Chambéry: PASS, 2011. [Document interne].

29- Kopp P, Laurent T. L'impact de la fiscalité du tabac sur la consommation et la mortalité. Paris : Centre d'économie de la Sorbonne, Université Paris I, 2006 Août ; 26p.
Disponible sur « http://www.pierrekopp.com/downloads/Micro%20tabac.pdf ».

30- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *J Off Répub Fr* 2009 ; 22 juillet: n°167: 12184.

31- Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). Enquête nationale 2008 sur la mise en œuvre du dispositif des permanences d'accès aux soins de santé PASS. Paris: DHOS, 2009 ; 59 p.

32- Prescrire. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). *Rev Prescrire* 2010 ; 30 (324) : 778-80.

33- Fassin D, Memmi D (Sous la direction de). Le gouvernement des corps. Paris: Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, 2004 ; 269p.

34- Office français de protection des réfugiés et apatrides. Rapport d'activité 2009. Fontenay-sous-Bois: OFPRA, 2010 avr. ; 82p.
Disponible sur: «http://www.ofpra.gouv.fr/documents/Rapport_Ofpra_2009_complet_BD.pdf».

35- Observatoire du droit à la santé des étrangers. La régularisation pour raison médicale en France. Un bilan de santé alarmant. Paris: ODSE, 2008 mai ; 47p.
Disponible sur «http://www.odse.eu.org/IMG/pdf/ODSE-rapport2008_.pdf».

36- Association savoyarde d'accueil, de secours, de soutien et d'orientation. Rapports d'activité 2009. La Sasson. 2010 ; 60p. [Document interne].

37- Permanence d'accès aux soins de santé. Centre hospitalier de Chambéry. Bilan d'activité 2009. Chambéry: PASS, 2010. [Document interne].

38- Réseau santé précarité. Evaluation de la charte du réseau santé précarité du bassin chambérien. Chambéry: Coordination de l'évaluation: PASS, 2009. [Document interne].

39- Benoist J (Sous la direction de). Soigner au pluriel. Paris: Karthala, 1996 ; 520p.

40- Glossaire des termes de santé publique internationaux. Banque de données en santé publique. Disponible en ligne sur «http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/» (Page consultée le 20/01/2011)

41- Direction de l'accréditation. Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation. Saint-Denis: Haute autorité de santé (HAS), 2007; 180p.

42- Cormier M. Rénovation de l'action sociale et médicosociale. *ADSP* 2004 ; 43 : 19-54.

43- Blaise P. L'évaluation réaliste des interventions en santé publique: quand la complexité du contexte s'en mêle. INPES. Disponible sur «http://www.inpes.sante.fr/» (Page consultée le 20/01/2011).

44- Boisguérin B. Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUC en 2006 ? Etudes et résultats DREES 2009 ; n° 675: 1-8.

45- Boisguérin B, Haury B. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. Etudes et résultats, DREES 2008 ; n° 645: 1-6.

46- Collet M, Menahem G, Picard H. Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits Enquête Precalog. Questions d'économie de la santé IRDES 2006 ; n° 113: 1-8.

47- Parizot I. Soigner les exclus. Paris: Presses Universitaires de France, 2003; 296p.

48- 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.

49- Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde - rapport 2009. Paris: MDM, 2010 Oct. ; 222p. Disponible sur «http://www.medecinsdumonde.org/».

50- Gres Médiation Santé. Evaluation des permanences d'accès aux soins de santé - Rapport final. DHOS, 2003.

51- 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].

52- Pailles S. De la PASS au système de santé de droit commun. 2008. Th. Méd. Lyon 1, 2008 ; 226p.

53- Créteil Solidarité, Cemka-Eval. Pôle «Accès aux soins» Evaluation interne quantitative des primo-consultants. Année 2008.Créteil: 2009; 29p.

54- Berger E, Sorge V, Viault R. Orientation vers les professionnels et structures de santé de ville 2valuation de la lise en œuvre du protocole. Créteil Solidarité: 2007. [Document interne].

55- Kail B. Parcours de soins des consultants de la PASS Enquête qualitative- Rapport final. PASS du CHIC: 2007; 22p.

56- Sepulveda Dieguez E. Evaluation du réseau santé précarité du bassin chambérien à partir d'entretiens auprès de bénéficiaires potentiels. 2003. Th. Méd. Grenoble, 2005 ; 100p.

57- Biboud A. Evaluation des pratiques professionnelles dans le réseau Santé Précarité du bassin chambérien. 2003. [Mémoire DESU Coordonateur de réseaux sanitaires et sociaux]. Aix-Marseille.

58- Desprès C, Naiditch M. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle : une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne. DIES, Rapport pour le Fonds CMU: 2006; 67p.

59- Chantal Cases, Véronique Lucas-Gabrielli, Marc Perronnin, Maxime To. Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux? Questions d'économie de la santé IRDES 2008 ; n° 130.

60- Blanc F, Doubovetzky. Toxicomanes: la discrimination. *Rev Prescrire* 2010 Numéro spécial ; 30 (322): 580.

61- Organisation de coopération et de développement économiques. Panorama de la santé 2009: les indicateurs de l'OCDE. Disponible sur http://www.oecd.org/sante/panoramadelasante (Page consultée le 20/01/2011)

62- Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'Assurance maladie complémentaire. Études et résultats DREES 2005 ; n° 378.

63- Collet M, Menahem G, Paris V, Picard H. Précarités, risque et santé. Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits. Questions d'économie de la santé IRDES 2003 ; n°63.

64- Foucault M. Dits et écrits Tome 2. *1976-1988*. Paris: Gallimard, 2001; 1735p.

65- Paugam S. Le lien social. Paris: Presses Universitaires de France, 2008; 127p.

66- Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain. Paris: La découverte, 2010; 334p.

67- Furtos J. Les effest cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mental Idée*: Dossier souffrance et société, LBFSM 2007; 11: 24-33. Disponible sur «http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Mental_idees_n11_sept_07_J_Furtos.pdf» (consultée le 20/01/2011)

68- Laval C. Accompagnement et société. 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» (consultée le 20/01/2011)

69- Massé R. Benoist J. Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Paris: Karthala-Amades, 2002; 360p.

70- Lasne N. Clinique de l'asservissement. In: Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V. Précarisation, risque et santé. Paris: Editions Inserm, 2001:253-70.

71- Maisondieu J. La fabrique des exclus. Paris: Bayard éditions, 1997; 261p.

72- Valluy J. Rejet des exilés. Le grand retournement du droit d'asile. Bellecombes-en-Bauges: Editions du croquant, 2009; 381p.

73- Fassin D. Maladies et médecines. In: Fassin D, Jaffré Y. (sous la direction de) Sociétés, développement et santé. Paris: Ellipses, 1990: 39-47.

74- Zempleni A. La maladie et ses causes. *L'éthnologie* 1985; 2: 13-44

75- Froment A. Ecologie humaine et médecine tropicale. *Ecologie humaine* 1997. Disponible en ligne sur «http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/T90-2-1713.pdf» (consultée le 20/01/2011)

76- Haute autorité de santé, Observatoire nationale de la démographie des professionnels de santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Saint-Denis: HAS, 2008; 61p.

77- Martin JP. L' accompagnement, objet à part entière de santé mentale. *Rhizome* 2005 ; 20 : 2. Disponible en ligne sur «http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Rhizome20.pdf» (page consultée le 20/01/2011)

78- Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi. Rapport remis au Ministre de la Santé et des Sports. Paris: 2009; 220 p.

79- Brison P. L'approche de réduction des méfaits: sources, situation pratiques. Montréal: 2007. Disponible sur «http://www.toxico.info/documentation/page1.htm» (page consultée le 20/01/2011)

80- De Goër B. Abondance J, Prévot M-D, Courtemanche H. Le double impératif de la protection du secret et du partage de l'information. *Rhizome* 2003 ; 13 : 14.
Disponible en ligne sur «http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Rhizome13.pdf» (page consultée le 20/01/2011)

81- Jaffré Y, Olivier de Sardan JP (sous la direction de). Une médecine inhospitalière. Paris: Karthala, 2003; 462p.

82- Mozère L. Le « souci de soi » chez Foucault et le souci dans une éthique politique du care. Le Portique: 2004. Disponible en ligne sur «http://leportique.revues.org/ index623.html»

ANNEXES

1- RECOMMANDATIONS DE LA DHOS
2- CARACTERISTIQUES RECUEILLIES PROJET PARAD
3- RESULTATS REGRESSION LOGISTIQUE PROJET PARAD
4- FICHE SOCIALE
5- GUIDE D'ENTRETIENS
6- TYPOLOGIE DES PERSONNES INTERVIEWÉES
7- NOUVELLE FICHE STATISTIQUE PASS

Recommandations de la DHOS

Organiser une permanence d'accès aux soins de santé Mai 2008

Objectif : Rendre effectif l'accès aux systèmes de santé aux personnes

Mesurer l'efficacité

La PASS évalue les résultats et la performance de son crganisation et de son action pour l'adapter aux besoins évolutifs des

	Recommandations
ÉTAPE MINIMALE	**1. Évaluer la stratégie développée par la PASS** Évaluer l'effectivité du portage par le conseil d'administration, la direction, la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement, le comité de pilotage, le pôle de rattachement. Évaluer l'implication des professionnels de la PASS et des partenaires externes. Évaluer si la PASS est un dispositif transversal ou une filière spécifique pour le public en situation de précarité, si elle mène une action vers les publics ou a une logique de guichet. Évaluer sa capacité à accueillir les différents patients quelle que soit leur situation administrative (sans droit, droits potentiels, droits ouverts).
	2. Évaluer les modalités de fonctionnement de la PASS Évaluer le type de prestations offertes : prise en charge pluridisciplinaire, accès facilité à des consultations spécialisées*, adaptation des horaires aux besoins des usagers, interprétariat, accompagnement, mise en lien du patient avec les acteurs du réseau ville hôpital social et sanitaire afin que la continuité des soins soit garantie jusqu'à l'effectivité du retour au droit commun.
ÉTAPE OPTIMALE	**3. Évaluer l'impact de la PASS** Effectivité de l'accès aux soins (préventifs et curatifs) sur le territoire, qualité du maillage entre les acteurs sanitaires et sociaux et de l'accès des patients avec les acteurs de ce réseau, effectivité et taux du retour au droit commun (droits sociaux et médecin traitant…), efficacité de la réponse à l'usager.
	4. Évaluer l'adéquation de la réponse de la PASS aux besoins Évaluer le nombre et le type de bénéficiaires par rapport au public cible (existence de populations n'accédant pas aux soins sur le territoire, nombre de nouveaux bénéficiaires par rapport aux anciens bénéficiaires), l'activité, les types de prestations offertes, les modalités de fonctionnement (horaires journaliers, amplitude hebdomadaire, localisation…).
	5. Évaluer la satisfaction des usagers Réaliser des enquêtes de satisfaction des patients en situation de précarité, ou auprès des partenaires qui les prennent en charge, s'insérer dans les démarches de l'établissement en matière d'évaluation de la satisfaction des usagers.

en situation précaire et leur assurer une prise en charge de qualité

de la PASS

personnes démunies du territoire

	Indicateurs	Commentaires
INDICATEURS DE RÉSULTATS ET DE PERFORMANCE	Présence des problématiques concernant l'accès aux soins des personnes démunies dans les rapports d'activité et discussion avec les institutionnels concernés (direction, conseil d'administration, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, agence régionale de l'hospitalisation, partenaires externes…). Implication des partenaires externes : constitution ou participation à un réseau sanitaire et social formalisé sur le territoire (réseau précarité ville…). Actions correctives.	
	Existence et utilisation effective de protocoles formalisés, fluidité obtenue pour la circulation des personnes accueillies. Plages horaires proposées et demandes de consultations en dehors des horaires. Nombre moyen de consultations médicales délivrées avant l'effectivié du retour au droit commun.	L'un des objectifs des PASS est de permettre aux personnes de recouvrer leurs droits et d'accéder aux soins dans le cadre du droit commun y compris aux consultations spécialisées. * Consultations spécialisées : gynécologie, consultations d'information de dépistage anonyme et gratuit, centres d'information de dépistage de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, dispensaires antivénériens, centre de lutte antituberculeux, unités de coordination tabacologiques, équipe de liaison et de soins en addictologie, odontologie…
	Flux des patients accueillis à l'hôpital/à la PASS. Nombre de patients pris en charge dans le cadre d'un réseau précarité sur le territoire. Nombre de liens formalisés entre la PASS et les partenaires externes (ex : médecins libéraux, centres de santé) pour prendre en charge des personnes démunies. Existence et utilisation effectives d'outils : fiches de suivi social, de suivi médical avec les membres du réseau, fiches de transmission pour s'assurer de la réussite de l'orientation. Rapprochement avec les bilans établis par les centres d'examens de santé de l'assurance maladie.	Dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles, un indicateur pour évaluer le retour au droit commun peut être recherché.
	Analyse des données : activité/moyens accordés, flux des patients à l'hôpital/à la PASS, types de précarité, taux de retour à la PASS en raison de perte des droits sociaux. Présentation de ces analyses à la direction, au conseil d'administration à la commission médicale d'établissement, aux partenaires externes… (commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation). Actions correctives.	Les types de précarité sont différents par exemple selon que les personnes sont en zone rurale ou en zone urbaine. Des enquêtes peuvent être menées auprès des assistants sociaux et des associations sur les usagers potentiels de la PASS (malades ayant des problèmes financiers, sans couverture complémentaire).
	Consultation des usagers par une enquête qualitative ponctuelle. Expression au comité de pilotage de la PASS de la satisfaction des membres du réseau précarité concernant l'action de la PASS.	

CARACTRISTIQUES RECUEILLIES - Projet PARAD:

Déterminants initiaux, à la première consultation médicale à la PASS

CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES		
Det 1.1 Sexe	M Homme F Femme	
Det 1.2 Age	A Inf. 18 ans B de 18 à 29 compris C de 30 à 39 compris	D de 40 à 49 compris E de 50 à 59 compris F plus de 60 ans
Det 1.3 Maitrise langue	O Oui M Moyen N Non	
Det 1.4 Origine géographique	A Afrique sub-sahara C Asie E Europe Est N Afrique du Nord	O Europe Ouest R Roumain
CARACTERISTIQUES SOCIO-ADMINISTRATIVES		
Det 2.1 Titre séjour	A Autre C Classique D Demandeur asile I Irreg R Refugié	
Det 2.2 Droits assurance maladie	A Ame C CMUC M SS avec Mut L ALD	U Aucun S Sécu seule
Det 2.3 Logement	A Stable B Hébergement C Sans	D Tiers
CARACTERISTIQUES SANITAIRES		
Det 3.1 Motif de PEC	A Aigu B Aigu et chronique C Chronique D Dépistage	
Der 3.2 Résultats de consultations (pathologies)	A Addiction B Bilan Dépist. certificat C Cancer Hemato Immuno D Digestif Métabo. Cardio. G Grossesse planning H Hépatite virale	N Neuro-psy O Orl respi BK P Peau S Symptômes diffus X Génital

CARACTERISTIQUES RECUEILLIES - Projet PARAD (suite):

Résultats de « cohorte », parcours PASS:

Det 4.1 Types fréquentation	A Ponctuelle B Régulier court C Irrégulier D Régulier long
Det 4.2 Relais externe	O Oui N Non
Det 4.3 Consultation spéc.	O Oui N Non
Det 4.4 Durée suivi	En mois (quanti)
Det 4.5 Nb consult. PASS	En nb (quanti)

Résultats de « cohorte », parcours Droit commun:

Identification CPAM	O Oui N Non	
Droit AM à 6, 12, 24 mois	RG AME CMUB	N Sans droit NS Non su
Déclaration Med traitant	O Oui (après 2007) A Oui (avant 2007)	N Non NS Non su
Nb de consult. en 2009	Quantitative NS Non su	

En parallèle, pour les caractéristiques « origine géographique », « résultats de consultation » et « consultation spécialisée », un recueil manuscrit et indépendant a été réalisé, sur la base des données du fichier hospitalier sans la codification présentée ci-dessus.

ANALYSE PAR REGRESSION LOGISTIQUE - Projet PARAD:

Estimation des rapports de côte (odds ratio) pour le type de fréquentation de la PASS (d'après logiciel SAS©)

Effet		OR	Intervalle de confiance de Wald α 95 %	
RELEXT	N vs O	1.218	0.351	4.230
COSPE	N vs O	4.921	0.938	25.816
PEC	A vs D	0.246	0.014	4.420
PEC	B vs D	0.199	0.013	3.056
PATHO	A vs X	0.022	<0.001	0.772
PATHO	B vs X	0.044	0.001	1.432
PATHO	C vs X	0.844	0.029	24.307
PATHO	D vs X	0.071	0.001	3.732
PATHO	G vs X	<0.001	<0.001	0.024
PATHO	H vs X	0.061	0.003	1.368
PATHO	N vs X	0.042	0.001	1.532
PATHO	O vs X	0.088	0.001	6.675
PATHO	P vs X	0.130	0.003	5.083
PATHO	S vs X	0.007	<0.001	0.273
SEXE	**F vs M**	**8.195**	**1.410**	**47.617**
AGE	A vs F	14.670	0.400	538.107
AGE	B vs F	0.963	0.049	19.069
AGE	C vs F	6.764	0.479	95.597
AGE	D vs F	1.660	0.081	34.121
AGE	E vs F	0.411	0.022	7.614
LANGUE	M vs O	0.878	0.134	5.779
LANGUE	N vs O	0.447	0.063	3.164
ORGEO	A vs R	0.052	<0.001	2.871
ORGEO	E vs R	0.241	0.006	9.744
ORGEO	N vs R	>999.999	<0.001	>999.999
ORGEO	O vs R	0.010	<0.001	0.509
ORGEO	OF vs R	>999.999	0.109	>999.999
TITSEJ	A vs R	28.012	0.179	>999.999
TITSEJ	C vs R	<0.001	<0.001	68.484
TITSEJ	D vs R	3.844	0.099	149.493
ASMAL	A vs U	1.756	0.026	117.545
ASMAL	C vs U	1.394	0.249	7.808
ASMAL	L vs U	5.401	0.100	292.731
ASMAL	M vs U	0.238	0.006	10.120
ASMAL	S vs U	0.054	0.003	1.121
LOGEMEN	A vs D	2.153	0.145	31.996
LOGEMEN	B vs D	0.261	0.038	1.801
LOGEMEN	C vs D	1.004	0.209	4.830
MedTrait	A vs O	1.043	0.146	7.431
MedTrait	N vs O	2.121	0.543	8.290
SuivPASS	**N vs O**	**182.176**	**13.274**	**>999.999**

ANALYSE PAR REGRESSION LOGISTIQUE - Projet PARAD:

Estimation des rapports de côte (odds ratio) pour le nombre de consultations en médecine générale en 2009 dans le système de droit commun (d'après logiciel SAS©)

Effet		OR	Intervalle de confiance de Wald α 95 %	
RELEXT	N vs O	1.456	0.529	4.005
COSPE	N vs O	1.414	0.374	5.346
PEC	A vs D	8.178	0.772	86.614
PEC	B vs D	0.223	0.021	2.417
SEXE	**F vs M**	**0.103**	**0.030**	**0.352**
AGE	A vs F	0.798	0.041	15.594
AGE	B vs F	0.389	0.025	6.061
AGE	C vs F	0.270	0.022	3.340
AGE	D vs F	0.380	0.024	5.996
AGE	E vs F	0.055	0.004	0.844
LANGUE	M vs O	1.451	0.267	7.874
LANGUE	N vs O	1.188	0.220	6.422
ORGEO	A vs R	1.406	0.061	32.626
ORGEO	C vs R	0.004	<0.001	3.681
ORGEO	E vs R	0.814	0.038	17.359
ORGEO	N vs R	0.144	0.005	4.188
ORGEO	O vs R	113.392	3.812	>999.999
ORGEO	OF vs R	<0.001	<0.001	449.082
TITSEJ	A vs R	0.001	<0.001	0.316
TITSEJ	C vs R	35.214	<0.001	>999.999
TITSEJ	D vs R	0.024	<0.001	3.943
ASMAL	A vs U	2.928	0.062	137.441
ASMAL	C vs U	0.629	0.134	2.946
ASMAL	L vs U	0.990	0.040	24.740
ASMAL	M vs U	2.505	0.147	42.672
ASMAL	S vs U	9.721	0.837	112.941
LOGEMEN	A vs D	0.850	0.134	5.409
LOGEMEN	B vs D	3.705	0.698	19.655
LOGEMEN	C vs D	2.566	0.722	9.122
MedTrait	A vs O	1.342	0.267	6.741
MedTrait	**N vs O**	**3.041**	**1.041**	**8.880**
SuivPASS	**N vs O**	**0.139**	**0.023**	**0.860**

FICHE STATISTIQUE SOCIALE (CH Chambéry)
Transmise à titre indicatif par l'assistante sociale de la PASS

CMU et CMU-C feuille demandeur asile

Centre Hospitalier de Chambéry
Version 3 du 21/04/2010

Le, 08 décembre 201 Page 1/

Recueil de données du service social

Nom de l'assistante sociale : BOUCHARD Béatrice

IDENTITE PATIENT

Njf : 9 ans 4 m F

adresse : Tel :

Origine: Chambéry Nationalité : Autre Logement : En recherche

Service demandeur : PASS Ressources : Sans

Assistante sociale interpellée le : ☑ 07/12/2010

par : Service

Nature de la demande :

☑ Accès aux droits	☑ Accompagnement	☐ Conflits familiaux
☐ Hébergement social	☐ Maintien à domicile	☐ Personne en danger
☐ Placement long terme	☐ Placement temporaire	☐ Problème financier
☐ Retour à domicile	☐ Suivi	☐ Autre

○ Oui ◉ Non Situation complexe inconnue de tous services sociaux

PRESTATIONS

Accompagnement extérieur	0	Courriers (poste, fax, mails)	5	Démarches extérieures	0
Evaluation sociale	0	Plan d'aide à domicile	0	Relais (HAD)	0
Signalement	0	Synthèse	0	Informations	0

○ Autre (Sulpice TV, ABC...) 0

TELEPHONE		RENDEZ VOUS		VISITE A DOMICILE	
Equipe soins	3	Equipe soins	10	Famille	0
Famille	0	Famille	5	Patient	0
Patient	0	Patient	0	Partenaire ext.	0
Partenaire ext.	22	Partenaire ext.	0		

GUIDE D'ENTRETIEN (étude qualitative)

Le passage à la Pass :
Quand et comment avez-vous connu la Pass ?
Pour quelle(s) raison(s) ? Pour quel(s) problème(s) ? Santé/ bilan/ droits sociaux ?
Pendant combien de temps êtes-vous allé à la Pass ? Combien de fois ?
Qui avez-vous rencontré ? Assistante sociale/ Médecin/ Infirmière ?
Une orientation vers un médecin de ville a-t-elle été proposée ? Venez-vous toujours à la Pass, au Point Santé ?

Depuis, le système de santé de droit commun :
Connaissez-vous vos droits à l'assurance maladie/ sécurité sociale ?
Qu'est ce que ça signifie pour vous ? (Compréhension système, usage du droit, démarches ?)
Avez-vous un médecin régulier ? Un médecin traitant déclaré ? Est-ce facile d'y aller ?
Est-ce en lien avec votre passage à la Pass, ce médecin est-il ou a-t-il été en relation avec la Pass ? Si orientation, est-ce que ça a été une bonne chose pour vous ?

Au-delà, le rapport aux structures de santé :
Quelles structures de santé avez-vous eu l'habitude de fréquenter avant ? (Hôpital, urgences, centre de santé, cabinet…)
Quelle différence faîtes-vous entre une consultation à l'hôpital et en médecine de ville ? Entre la Pass et ailleurs ?
En général, que pensez-vous des médecins ? (voire de la santé ?)

Informations générales :
Votre âge ? Situation de famille ?
Votre travail, formation ?
Où vivez-vous ?
Pour étranger, origine, situation et temps de séjour en France/ en Savoie ?

TYPOLOGIE DES PERSONNES INTERVIEWÉES

- M. ET Mme A: 34 et 33 ans, origine Caucase, demandeurs d'asile, 3 enfants, professeur de français/ psychologue et journaliste, en France depuis 1 an, en centre d'accueil des demandeurs d'asile (CADA). Bilan initial PASS, médecin traitant de ville.
- M. B: 35 ans, origine Afrique sub-saharienne (francophone), demandeur d'asile, célibataire et sans enfant (en France), formation juridique et en électricité, en France depuis 1 an et 3 mois, en centre d'hébergement d'urgence. Suivi régulier PASS (médecin traitant).
- M. C: 22 ans, origine Europe de l'est, demandeur d'asile, étudiant en commerce dans le pays d'origine, avec son père et sa mère, en France depuis 1 an, en CADA. Bilan initial PASS, médecin traitant de ville.
- M. D: 50 ans, origine Europe de l'est, demandeur d'asile, ingénieur en énergie dans le pays d'origine, avec sa femme et son fils, en France depuis 1 an, en CADA. Bilan initial PASS, médecin traitant de ville et suivi cardiologique.
- Mme E: 47 ans, nationalité européenne (UE), activités professionnelles de type ménager, en concubinage, en France depuis 5ans, logement personnel locatif. Suivi régulier PASS depuis 4 ans (médecin traitant).
- M. F: 55 ans, français, sans formation professionnelle, handicap reconnu, logement personnel locatif. Suivi régulier PASS depuis 4 ans (médecin traitant).
- M. G: 20 ans, origine Afrique sub-saharienne (anglophone), demandeur d'asile, célibataire et sans enfant, sans formation, en France depuis 9 mois, en CADA. Bilan initial et suivi initial PASS, puis médecin traitant de ville.
- M. H: 55 ans, français, formation et activité ancienne en mécanique, célibataire, en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Suivi complémentaire régulier PASS, médecin traitant de ville.
- M. I: 36 ans, français, formation et activité cuisinier, 2 enfants, en CHRS. Suivi ponctuel PASS (2 ans auparavant), médecin traitant de ville.
- M. J: 22 ans, origine Asie centrale, réfugié, en formation (français et électricité), célibataire, en France depuis 1 an et 2 mois, en CHRS. Bilan et suivi initial PASS, médecin de ville.
- M. K: 57 ans, français, travaille en chantier d'insertion, 1 enfant, logement en appartement relais (CHRS). Suivi initial PASS, médecin traitant de ville.
- M. L: 52 ans, origine Afrique du nord, carte de résident, sans formation, célibataire, en France depuis 10 ans, logement en CHRS. Suivi complémentaire régulier PASS, médecin traitant de ville.
- M. M: 42 ans, français, formation en mécanique et cuisine, célibataire, en CHRS. Suivi irrégulier PASS.

FICHE STATISTIQUE PASS (version réactualisée en janvier 2011)

Date : __ /___ / **2011** **Code :** _____ / _____/ _____ **Nom/ Prénom** _____
Lieu de Cst : Point Santé C7 Autre précisez :

(à remplir qu'à la première consultation de l'année civile)
Consultation année antérieure : Oui Non **Date de naissance :** ___/___/_____
Nationalité : Française Etrangère (préciser : _____) **Sexe :** homme femme
Temps de présence :
- en Savoie : <3mois 3mois à 1an de 1 à 3ans >3ans NR
- en France : (si étranger) <3mois 3mois à 1an de 1 à 3ans >3ans NR

Maîtrise français : (si étranger) Bien Moyennement Non NR
Logement : Stable Hébergement (CHRS, stabilisation, tiers…) Sans (Rue, squat, hébergement d'urgence…) NR
Travail : Stable Instable (contrat aidé, CDD…) Sans NR
Situation familiale : Seul En couple En couple avec enfant(s) Seul avec enfant(s) Adulte autres
mineur isolé mineur en famille mineur autre NR
Adressé par : Lui-même ou proche Réseau associatif Institution Secteur libéral NR
La Pass Le Point Santé

Pour toute consultation
Situation droit séjour : (si étranger)
Demandeur asile Réfugié APSoins Visa touristique Irrégulier Autres (dont UE) NR
Droits assurance maladie : CMUc AME ALD SSMutuelle SSSeule Aucun Autres NR
Suivi social :
Oui initialisée autour de la CST **Oui** au long cours **Oui** au long cours + contact autour de la CST
Si oui, AS référente : CCAS AS Pass AS Pass + CCAS AS Hôpital AS Institutions AS Assoc./foyer autres
Non **NR**

Prise en charge médicale :
Motif de Cslt : aigu chronique aigu avec pathologie chronique dépistage/prévention
Raison Principale: _____
Raison Secondaire ou **Pathologie Chronique sous-jacente** : _____
Soins et Orientation (plusieurs réponses possibles)**:** Ordonnance
Délivrance gratuite de médicaments : Pharmacie Point Santé Bon de médicament (AS) UF 5032 UF 6040
Examen complémentaire : Biologie Imagerie Autres UF 6040 CLAT UF 5019 CIDDIST UF 5032
Bilan Ciddist Vaccination Avis spécialisé
Pass (CH) Hospitalisation : _____ Autres : _____
Relais médecin traitant : oui Non Pourquoi ? a déjà médecin traitant médecin traitant Pass
pas de droits pas d'obligation médecin traitant non alors que relai théorique autres NR

Prise en charge infirmière : (plusieurs réponses possibles)
Soins curatifs : Pansement Prélèvement Injection/administration ttmt Soins Confort/hygiène autres
Soins éducatifs/préventifs : Vaccination Explication/ information Apprentissage geste technique autres
Soins relationnels/ entretien Liens avec partenaires et/ou relais Accompagnement dans une démarche de soins

COLLIN Thomas - Parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé - Evaluation du retour au droit commun. Th. Méd: Grenoble 2011;

RÉSUMÉ:

Introduction: Une des missions des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) est l'orientation des personnes les plus démunies vers le système de santé de droit commun, par un accompagnement médico-social. La PASS de Chambéry est intégrée au service de médecine interne et infectiologie du centre hospitalier. Elle s'associe aussi à un réseau santé précarité locale. Sur la base des recommandations, nous avons proposé d'étudier l'effectivité du retour au droit commun, par une observation des parcours de soins des consultants. Une double approche a été menée.

Méthodes et résultats: 1- Une étude de cohorte historique intégrant 118 primo-consultants de la PASS a permis d'observer les recours aux soins, de 2007 à 2009, à la PASS et dans le droit commun (après un rapprochement avec la caisse primaire d'assurance maladie). Le recouvrement des droits à l'assurance maladie est quasi généralisé. Une grande hétérogénéité de parcours de soins a été observée que les éléments d'identification recueillis ne permettent pas d'expliquer totalement. Après 24 mois, 9,3% des personnes prolongeaient leur suivi à la PASS, 30% n'avaient aucun recours dans le droit commun. Un retour au droit commun a pu être enregistré, mais il apparait réduit.

2- Une enquête qualitative, à partir d'entretiens semi-dirigés avec d'anciens consultants de la PASS, a cherché à identifier les modalités de ces parcours de soins. La PASS permet un contact sanitaire et une nouvelle expérience de soins, qui peuvent favoriser la création de nouveaux liens sociaux. L'accompagnement social qui initie ce contact se prolonge ensuite. Il détermine en partie l'orientation et l'usage du droit commun en fonction des contraintes sociales et sanitaires mais aussi des capacités d'autonomie. Les personnes rencontrées témoignent à la fois de sentiments de reconnaissance mais aussi parfois d'une profonde stigmatisation, qui s'inscrit au-delà des relations de soins.

Discussion: Les résultats présentés conduisent à s'interroger sur le sens de l'accompagnement socio-médical, à la fois comme support de lien social et comme vecteur d'autonomisation. De nouvelles pratiques de soins, développées à la PASS, semblent aussi pertinentes, globales et personnalisées. L'adaptation dans le droit commun de ces nouvelles pratiques pourrait favoriser l'accessibilité du système de santé et participer à l'intégration des consultants de la PASS.

Mots clés: Inégalités sociales de santé
Santé précarité
Accès aux soins
Parcours de soins
Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)
Evaluation