



**HAL**  
open science

## Activité médicale et sociale de la permanence d'accès aux soins de santé de Vernon en 2011

Olivier Wermester

► **To cite this version:**

Olivier Wermester. Activité médicale et sociale de la permanence d'accès aux soins de santé de Vernon en 2011. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00845964

**HAL Id: dumas-00845964**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00845964>**

Submitted on 18 Jul 2013

**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.

**FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN**

ANNEE 2013

THESE N°

**THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE**

Par Olivier WERMESTER  
Né le 08.02.1981 à Harfleur

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 2013

« ACTIVITE MEDICALE ET SOCIALE DE LA PERMANENCE D'ACCES  
AUX SOINS DE SANTE DE VERNON EN 2011 »

Président de jury : Monsieur le Professeur Hermil  
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Schuers  
Jury : Monsieur le Professeur Nguyen-Thanh  
Madame le Professeur Merle

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013**  
**U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**  
**Professeur Benoit VEBER**  
**Professeur Pascal JOLY**  
**Professeur Bernard PROUST**

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - M<sup>le</sup> MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF - .TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF**

I - MEDECINE

**PROFESSEURS**

M. Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno <b>BACHY</b>	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul <b>BESSOU</b>	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Mme Françoise <b>BEURET-BLANQUART</b>	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy <b>BONMARCHAND</b>	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
M. Jean-François <b>CAILLARD (Surnombre)</b>	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain <b>CRIBIER (Surnombre)</b>	HCN	Cardiologie
M. Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
M. Pierre <b>CZERNICHOW</b>	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mme Danièle <b>DEHESDIN</b>	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean <b>DOUCET</b>	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
M. Philippe <b>DUCROTTE</b>	HCN	Hépatologie – Gastro - Entérologie
M. Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie -Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
M. Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
M. Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel <b>GODIN</b>	HB	Néphrologie
M. Philippe <b>GRISE</b>	HCN	Urologie

M. Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie
M. Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
M. Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc <b>KUHN</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
M. Eric <b>LEREBOURS</b>	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
M. Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric <b>MALLET (Surnombre)</b>	HCN	Pédiatrie
M. Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	ORL
M. Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
M. Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis <b>MICHOT</b>	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno <b>MIHOUT (Surnombre)</b>	HCN	Neurologie
M. Jean-François <b>MUIR</b>	HB	Pneumologie
M. Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophtalmologie

M. Philippe <b>MUSETTE</b>	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc <b>PERON</b>	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard <b>PROUST</b>	HCN	Médecine légale
M. François <b>PROUST</b>	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. J.-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>Mise en dispo</i> )	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace <b>ROMAN</b>	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline <b>SAVOYE – COLLET</b>	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence <b>THIBAUT</b>	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
M. Christian <b>THUILLEZ</b>	HB	Pharmacologie
M. Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
M. François <b>TRON</b> ( <i>Surnombre</i> )	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre <b>VANNIER</b>	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre <b>VERA</b>	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric <b>VERIN</b>	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie

M. Jacques <b>WEBER</b>	HCN	Physiologie
<b><u>MAITRES DE CONFERENCES</u></b>		
Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy <b>BELLIEN</b>	HCN	Pharmacologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
M. Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Physiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSSENS</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
M. Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mme Catherine <b>HAAS-HUBSCHER</b>	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
M. Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie <b>MARECHAL-GUYANT</b>	HCN	Neurologie
M. Thomas <b>MOUREZ</b>	HCN	Bactériologie
M. Jean-François <b>MENARD</b>	HCN	Biophysique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
M. Francis <b>ROUSSEL</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie

**PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**

Mme Dominique <b>LANIEZ</b>	UFR	Anglais
Mme Cristina <b>BADULESCU</b>	UFR	Communication

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

M. Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacologie
M. Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)	Biophysique
M. Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
M. Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre <b>GOULLE</b>	Toxicologie
M. Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
M. Olivier <b>LAFONT</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX</b>	Physiologie
M. Paul <b>MULDER</b>	Sciences du médicament
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
M Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
M. Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique <b>BOUCHER</b>	Pharmacologie
M. Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
M. Jean <b>CHASTANG</b>	Biomathématiques



Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mlle Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
M. Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mlle Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mme Roseline <b>DUCLOS</b>	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
M. François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
M. Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla <b>GHARBI</b>	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
M. Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia <b>LE GOFF</b>	Parasitologie Immunologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Sabine <b>MENAGER</b>	Chimie organique
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
M. Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie Galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie Galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
M. Rémi <b>VARIN</b> (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

### **PROFESSEUR ASSOCIE**

Mme Sandrine <b>PANCHOU</b>	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

**PROFESSEUR CONTRACTUEL**

Mme Elizabeth **DE PAOLIS**

Anglais

**ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

M. Mazim **MEKAOUI**

Chimie Analytique

Mlle Virginie **OXARAN**

Microbiologie

M. Romy **RAZAKANDRAINIBE**

Parasitologie

### III – MEDECINE GENERALE

#### PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

**CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS** : Mme Véronique DELAFONTAINE

**HCN - Hôpital Charles Nicolle**

**HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME**

**CB - Centre HENRI BECQUEREL**

**CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray**

**CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation**

<b>LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE</b>
---

Melle Cécile **BARBOT**

Chimie Générale et Minérale

M. Thierry **BESSON**

Chimie thérapeutique

M. Roland **CAPRON**

Biophysique

M Jean **CHASTANG**

Mathématiques

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**

Législation, Economie de la Santé

Mlle Elisabeth **CHOSSON**

Botanique

M. Jean-Jacques **BONNET**

Pharmacodynamie

Mme Isabelle **DUBUS**

Biochimie

M. Loïc **FAVENNEC**

Parasitologie

M. Michel **GUERBET**

Toxicologie

M. Olivier **LAFONT**

Chimie organique

Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**

Physiologie

Mme Martine **PESTEL-CARON**

Microbiologie

Mme Elisabeth **SEGUIN**

Pharmacognosie

M. Mohamed **SKIBA**

Pharmacie Galénique

M. Philippe **VERITE**

Chimie analytique

#### ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

#### MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**

Biochimie et biologie moléculaire  
(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**

Biochimie et biologie moléculaire  
  
(UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN**

Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline **GAILDRAT**

Génétique moléculaire humaine  
(UMR 1079)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mme Isabelle **TOURNIER**

Biochimie (UMR 1079)

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su **RUAN**

Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL : merci de me faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Vous m'avez transmis votre passion et votre connaissance de la médecine générale. Votre enseignement m'a été essentiel et le sera encore.

A mon directeur de thèse Matthieu Schuers,

Merci pour ta disponibilité. Ton aide et tes conseils m'ont été essentiels pour ce travail.

Travailler avec toi et rejoindre l'équipe de Médisept sont une chance inestimable.

Je te remercie.



A Monsieur le Professeur Nguyen Thanh.

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury.

Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement, veuillez trouver ici l'expression de mon sincère respect.

A Madame le Professeur Véronique Merle.

Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon respect.

A Özlem, pour ta présence à mes côtés et le bonheur que tu me donnes au quotidien.

Tu es l'amour de ma vie.

A Ela, notre petit cœur de 9 mois déjà. Tu es le deuxième amour de ma vie.

A mes parents, et à mon frère : vous avez toujours cru en moi et m'avez soutenu dans mes études, me permettant aujourd'hui d'exercer le métier que j'aime. Merci.

A mes beaux parents, à Oya et Eda, merci pour votre bonne humeur et votre accueil. Votre enişte Çok teşekkür ederim.

A toute ma famille : je vous aime.

A mes collègues de Neufchâtel, je suis très heureux de travailler avec vous, merci pour l'ambiance au sein du cabinet.

A mes maîtres de stage : j'ai appris beaucoup à vos côtés, vous m'avez chacun transmis votre passion et votre vision de la médecine.

A tous mes amis pour 15 ans de rigolade.

Un grand merci à l'équipe de la PASS de Vernon (Christine et Virginie) pour leur accueil et leur disponibilité. Ce travail n'aurait pu se faire sans vous. Merci beaucoup.

## ABREVIATIONS:

**ACS:** Aide à la Complémentaire Santé

**ALD:** Affection de Longue Durée

**AME:** Aide Médicale d'Etat

**CADA :** Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

**CASO:** Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation

**CDAG:** Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

**CHRS:** Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

**CHV:** Centre Hospitalier de Vernon

**CISP:** Classification Internationale des Soins Primaires

**CIDDIST:** Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

**CLAT:** Centre de Lutte Anti-Tuberculeux

**CMU:** Couverture Maladie Universelle

**CMU-C:** Couverture Maladie Universelle Complémentaire

**CNAMTS:** Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

**CPAM:** Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**CREDES:** Centre de Recherche et d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé

**DHOS:** Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

**DREES:** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**HTA:** Hypertension Artérielle

**IDR:** Intra-Dermo Réaction

**IRDES :** Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

**IST :** Infection Sexuellement Transmissible

**MST :** Maladie Sexuellement Transmissible

**PASS :** Permanence d'Accès aux Soins de Santé

**PRAPS :** Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins

**ONPES :** Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale

**OMS :** Organisation Mondiale de la Santé

**SDF :** Sans Domicile Fixe

## Sommaire

<b>I) INTRODUCTION</b> .....	<b>22</b>
<b>II) CONTEXTE</b> .....	<b>23</b>
1) LA PRECARITE EN FRANCE .....	23
1.1) <i>Définition</i> .....	23
1.2) <i>Les effets de la précarité sur la santé</i> .....	24
1.2.1) <i>Pathologies observées chez les patients bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-C)</i> .....	24
1.2.2) <i>Morbidité observée chez les patients consultant les Centres d'accueil et d'orientation de Médecins du Monde</i> .....	27
2) LES OBSTACLES A L'ACCES AUX SOINS .....	29
2.1) <i>La méconnaissance du système de santé, les difficultés administratives</i> .....	30
2.2) <i>La barrière linguistique</i> .....	30
2.3) <i>Les difficultés financières</i> .....	30
2.4) <i>Le refus de soins de la part des professionnels de santé</i> .....	31
2.5) <i>Le renoncement aux soins</i> .....	32
3) CAS PARTICULIER DES IMMIGRES PRECAIRES .....	34
4) LES MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR AMELIORER L'ACCES AUX SOINS DES PATIENTS PRECAIRES .....	35
4.1) <i>La CMU</i> .....	35
4.2) <i>CMU complémentaire (CMU-C)</i> .....	36
4.3) <i>L'Aide Médicale d'Etat (AME) (20)</i> .....	36
4.4) <i>L'aide au paiement d'une complémentaire santé</i> .....	38
4.5) <i>Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)</i> .....	38
5) LA PASS DE VERNON .....	40
5.1) <i>L'organisation</i> .....	40
5.2) <i>Le fonctionnement</i> .....	40
5.3) <i>La consultation médicale</i> .....	41
<b>III) PROBLEMATISATION ET OBJECTIF DE L'ETUDE</b> .....	<b>42</b>
<b>IV) MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>43</b>
1) POPULATION CONCERNEE .....	43
2) MODE DE RECUEIL DES DONNEES .....	43
3) DONNEES RECUEILLIES .....	43
4) ANALYSE STATISTIQUE .....	44
5) LA CLASSIFICATION INTERNATIONALES DES SOINS PRIMAIRES .....	44
<b>V) RESULTATS</b> .....	<b>46</b>
1) DESCRIPTION DE LA POPULATION (N=136 PATIENTS) .....	46
2) MOTIFS DE CONSULTATIONS .....	48
3) DESCRIPTION DES RESULTATS DE CONSULTATIONS .....	49
3.1) <i>Données démographiques</i> .....	49
- <i>Répartition des résultats de consultations selon le genre</i> .....	49
- <i>Répartition des résultats de consultations selon la classe d'âge</i> .....	49
- <i>Répartition des résultats de consultations selon le pays d'origine</i> .....	50
3.2) <i>Données sociales</i> .....	51
- <i>Répartition des résultats de consultations selon le type de logement</i> .....	51
- <i>Répartition des résultats de consultations selon la catégorie socioprofessionnelle</i> .....	52
- <i>Répartition des résultats de consultations selon le niveau de ressources financières</i> .....	53
- <i>Répartition des résultats de consultations selon la couverture sociale de base</i> .....	54
- <i>Répartition des résultats de consultations selon la couverture sociale complémentaire</i> .....	55
3.3) <i>Données médicales</i> .....	56
- <i>Répartition des résultats de consultations par appareil</i> .....	56
- <i>Répartition des résultats de consultations par diagnostic</i> .....	57
- <i>Répartition des résultats de consultations par genre</i> .....	59
- <i>Répartition des résultats de consultations par âge</i> .....	61
- <i>Répartition des résultats de consultations selon la nationalité</i> .....	64
- <i>Répartition des résultats de consultations selon le type d'habitat</i> .....	67

- Répartition des résultats de consultations selon la couverture sociale.....	69
- Répartition des résultats de consultations en lien avec des maladies chroniques .....	72
- Répartition des résultats de consultations : détails des consultations gynéco-obstétriques	73
- Répartition des résultats de consultations « infections » .....	74
<b>VI) DISCUSSION.....</b>	<b>75</b>
1) RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS .....	75
2) DISCUSSIONS DES RESULTATS.....	76
2.1) <i>Caractéristiques sociales et démographiques</i> .....	76
2.2) <i>Caractéristique sanitaire</i> .....	79
2.2.1) <i>Activité de prévention et de suivi</i> .....	79
2.2.2) <i>La grossesse et son suivi</i> .....	81
2.2.3) <i>Les pathologies psychiatriques</i> .....	82
2.2.4) <i>Les pathologies chroniques</i> .....	84
2.2.5) <i>Les pathologies infectieuses</i> .....	85
3) DISCUSSION DE LA METHODE.....	86
3.1) <i>Limites</i> .....	86
3.2) <i>Points forts</i> .....	86
4) PERSPECTIVES .....	87
<b>VII) REFERENCES .....</b>	<b>89</b>
<b>VIII) ANNEXES .....</b>	<b>92</b>

## I) INTRODUCTION

Réfléchir à la question sociale des inégalités de santé est une problématique relativement récente (1). « L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées » constitue un objectif prioritaire de santé publique (2). Tous les patients ont droit à des soins de qualité et à la prévention (3). Certaines décisions politiques en 1998 et 2000 ont eu pour objectif d'améliorer la situation en permettant à des patients qui ne consultaient pas ou peu, pour des raisons financières ou par méconnaissance de leurs droits sociaux, de consulter et de pouvoir bénéficier de soins (Annexe1) . Ces décisions politiques étaient :

- Le vote de la loi d'orientation de lutte contre les exclusions en juillet 1998 (4)
- L'instauration depuis janvier 2000 de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de l'Aide Médicale d'Etat (AME).
- Le développement des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) entrant dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) qui facilitent l'accès aux soins des plus démunis en 1995 et 2000.

Depuis, la crise économique mondiale a entraîné une hausse des inégalités sociales et territoriales en matière de santé. En 2011, bénéficier de soins semble de plus en plus difficile dès lors que l'on dispose de moyens financiers limités, que l'on soit français ou pas. De nombreux patients déclarent renoncer à consulter pour des raisons économiques ou sociales (5).

C'est au cours de mon stage en médecine interne à Vernon que j'ai eu connaissance de l'existence de la PASS dans cette ville. Ayant travaillé comme médecin bénévole dans une association rouennaise d'aide aux patients sans domicile fixe, je suis particulièrement attentif à la prise en charge médicosociale des plus démunis.

C'est à la fin de mon internat que j'ai proposé à la PASS de Vernon d'effectuer un travail de thèse sur les consultants de la PASS. En effet, connaître les différents motifs de recours aux soins de ces patients en situation de précarité, ainsi que les différents diagnostics établis lors des consultations peut permettre d'améliorer leur prise en charge médicale et sociale.

## II) CONTEXTE

Différents facteurs environnementaux, sociaux et médicaux s'imbriquent les uns dans les autres et influent sur l'état de santé des personnes.

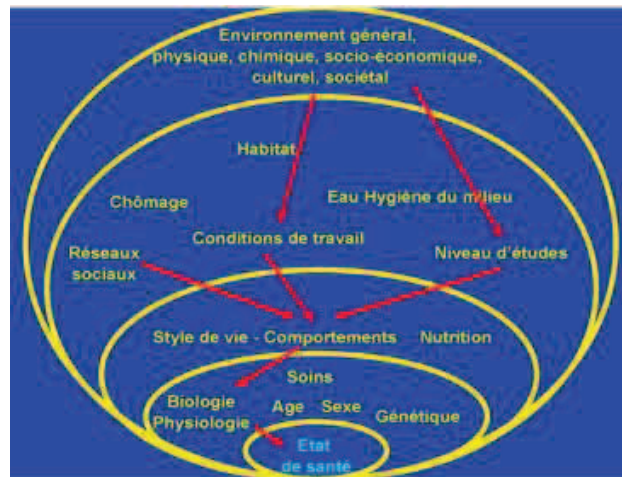


Figure 1 : facteurs influençant l'état de santé (6)

En France, différentes études de l'observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) montrent que les situations de précarité ont une influence négative sur l'état de santé (7). Les personnes en situation d'exclusion sociale cumulent les facteurs de risque et les états morbides. Leurs problèmes de santé surviennent plus précocement, elles présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres, et ont une espérance de vie plus courte (8).

### 1) LA PRECARITE EN FRANCE

#### 1.1) Définition

La notion de précarité est apparue en France dans les années 70 dans un contexte de difficultés sociales. L'augmentation du chômage a entraîné l'apparition d'emplois instables, créant des situations de fragilité. C'est pour décrire ces nouvelles situations que la notion de précarité a été introduite. En 1987, Joseph Wresinski, membre du Conseil Economique et Social de la République française, rédige un rapport dans lequel il propose une définition de la précarité qui fait encore aujourd'hui référence : *«la précarité (...) est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi permettant aux personnes et familles*



*d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible» (9).*

Le rapport Wresinski a eu de multiples prolongements depuis 25 ans. Le premier débouché en 1988 fut la loi instaurant le Revenu Minimum d'Insertion (10). D'autres réformes législatives dans les années 1990 se sont situées dans la continuité des propositions du rapport Wresinski notamment la création des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) (11) et la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

En 1998, le Haut Comité de la Santé Publique estimait que le phénomène de la précarisation, au sens de l'absence d'une ou plusieurs sécurités (emploi, logement, famille), touchait 20 à 25% de la population totale vivant en France soit 12 à 15 millions de personnes (12). Fin 2005, selon le rapport de l'observatoire des inégalités, un peu plus de 3,4 millions de personnes étaient allocataires d'un des neuf dispositifs de minima sociaux, en progression de 2,6 % par rapport à 2004, selon les chiffres de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du ministère des Affaires sociales. En comptabilisant les ayants droit (conjoint, enfants...), plus de 6 millions d'individus vivent d'une allocation de ce dispositif.

## **1.2) Les effets de la précarité sur la santé**

### **1.2.1) Pathologies observées chez les patients bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-C)**

Une étude récente de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) signale que le taux de mortalité des personnes bénéficiaires de la CMU-C est plus élevé que celui de la population générale : 3,32 pour 1000 versus 1,36 pour 1000 (8).

Selon l'Institut de Recherche et de Développement en Economie de la Santé (IRDES), les bénéficiaires de la CMU-C, plus jeunes et plus souvent du sexe féminin, se déclarent en moins bonne santé que le reste de la population.

- Pathologies somatiques

A âge et sexe identiques, les bénéficiaires de la CMU étaient 1,8 fois plus nombreux, à être en affection de longue durée. Les écarts de prévalence les plus importants s'observent pour la tuberculose, pour les maladies chroniques du foie (cirrhoses) et pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures (8).

Selon la CNAMTS, pour la tuberculose, la fréquence des ALD des bénéficiaires de la CMU-C était 5 fois plus élevée que celle des non bénéficiaires, trois fois plus élevée pour l'ensemble des pathologies liées à une anomalie de l'hémoglobine, les cirrhoses et maladies du foie ainsi que pour les infections à VIH et autres déficits immunitaires, et plus de 2 fois supérieure pour le diabète et l'hypertension artérielle sévère.

Cet écart est plus prononcé pour les hommes que pour les femmes (8).

A âge et sexe équivalents, toutes les pathologies sont surreprésentées chez les bénéficiaires de la CMU-C.

Dix-sept pour cent des moins de 65 ans bénéficiaires de la CMU-C déclarent des problèmes de dos (lombalgies, sciatiques...) et 12% de l'arthrose contre 14% et 9% chez les non-bénéficiaires de la CMU-C.

Par ailleurs, les affections gastro-intestinales sont également plus fréquentes, notamment celles de la partie haute du tube digestif, comme les ulcères de l'estomac ou du duodénum, le reflux œsophagien (11 % *versus* 7 %).

Concernant les maladies cardiovasculaires, la prévalence de l'hypertension artérielle est également plus élevée parmi les bénéficiaires de la CMU-C (11 % *versus* 8 %).

Quant aux troubles du rythme, aux pathologies coronariennes ou artéritiques et au diabète, ils sont deux fois plus souvent déclarés par les bénéficiaires de la CMU-C. Il en va de même pour la prévalence de l'asthme et des bronchites chroniques.

Ces résultats tiennent en partie à une plus grande exposition aux facteurs de risque que sont le tabagisme et le surpoids (8).

- Pathologies psychiques

Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus souvent des troubles mentaux identifiés surtout à travers deux pathologies : l'anxiété (déclarée par 16 % d'entre eux *versus* 9 % pour le reste de la population) et la dépression (10 % *versus* 5 %) (8).

- Soins dentaires et optiques

Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent porter moins de lunettes et de prothèses dentaires que le reste de la population. Ils sont seulement 43 % à déclarer porter des lunettes contre 51 % pour le reste de la population, alors que la prévalence des troubles de la vision est comparable (44 % *versus* 46 %). De même, le port de prothèses dentaires concerne significativement moins les bénéficiaires de la CMU-C (26 % *versus* 30 %). Pourtant, ils présentent plus souvent des caries qui, n'étant pas ou mal soignées, auraient dû impliquer la pose de prothèses dentaires (8).

Le moindre «appareillage» observé pour les bénéficiaires de la CMU-C peut s'expliquer par un renoncement aux soins ou par une offre de soins non adaptée (8). Certains opticiens omettent de proposer des tarifs CMU ou incitent même certains patients à investir dans des montures plus chères augmentant ainsi le reste à charge (11)

- Facteurs de risques cardiovasculaires

L'obésité, facteur de risque de diabète et de maladies cardiovasculaires, est plus répandue chez les bénéficiaires de la CMU-C que dans le reste de la population : le pourcentage de personnes présentant une obésité est 1,7 fois plus élevé : 15 % *versus* 9 %.

En revanche, la fréquence du surpoids est comparable dans les deux populations et s'élève à 24 %.

L'exposition au tabagisme des bénéficiaires de la CMU-C est également plus grande. A âge et sexe comparables, le taux de fumeurs des bénéficiaires de la CMU-C est 1,6 fois plus élevé que celui du reste de la population.

Cette situation résulte notamment d'un arrêt du tabac moins fréquent de la part des bénéficiaires de la CMU-C : 13 % d'entre eux ont cessé de fumer alors qu'ils sont 24 % parmi les non-bénéficiaires.

Contrairement aux idées reçues, les bénéficiaires de la CMU-C sont deux fois plus nombreux à déclarer ne jamais consommer d'alcool : 44 % *versus* 22 %.

### **1.2.2) Morbidité observée chez les patients consultant les Centres d'accueil et d'orientation de Médecins du Monde**

A la suite de la loi contre les exclusions de 1998 et de la création en 2000 de la couverture maladie universelle, Médecins du Monde s'est doté d'un Observatoire de l'accès aux soins pour témoigner des conditions d'accès aux soins des personnes en situation de précarité en France.

En 2011, les 21 CASO (Centre d'accueil de soins et d'orientation) ont reçu 29 466 personnes au cours de 63 799 passages et effectué 40 627 consultations médicales et 4 112 consultations dentaires.

Les CASO sont des centres de consultations de Médecins du Monde. Ces centres sont ouverts à toute personne rencontrant des difficultés dans l'accès aux soins de santé

Les CASO ont enregistré une augmentation de leur activité de 8 % entre 2010 et 2011 et de 17 % depuis 2004 (14).

#### **- Pathologies somatiques (hors infections)**

Selon le rapport de Médecins du Monde de 2011, les problèmes de santé pris en charge par les médecins sont en premier lieu les infections respiratoires (près de 22 % des diagnostics), les pathologies digestives (18 %) et les pathologies ostéo-articulaires (16 %) (14).

Dans plus de 4 consultations sur 10, une prise en charge de plus de 6 mois est nécessaire.

Douze pour cent des patients présentent les pathologies à potentiel de gravité suivantes : hypertension artérielle, diabète (insulino et non insulino-dépendant), asthme, épilepsie, psychoses ou cancers. L'hypertension artérielle concerne 6 % des patients, le diabète 3,7 %, et l'asthme 2,3 % (14).

Près de 60 % des patients atteints d'une pathologie à potentialité de gravité n'ont aucune ressource financière ; seuls 8 % disposent de droits ouverts à une couverture maladie (14).

L'état bucco-dentaire des personnes rencontrées dans les CASO est particulièrement dégradé.

Le nombre moyen de dents cariées ou absentes s'élève respectivement à 3,5 et 5,0 parmi les personnes ayant réalisé un bilan bucco-dentaire (14).

- Pathologies psychiatriques

Une pathologie psychique ou psychiatrique a été prise en charge chez 11 % des patients reçus en 2011. Les demandeurs d'asile ainsi que les patients ayant vécu des situations violentes sont plus fréquemment affectés. La fréquence des troubles psychiques et psychiatriques est plus grande lorsque les personnes sont à la rue ou hébergées (par un organisme ou une association), ainsi que parmi les personnes seules (14).

- Couverture vaccinale

La couverture vaccinale des patients reçus aux CASO est faible.

Le taux de vaccination varie de 26 à 41 % selon les vaccins.

La situation des jeunes est sensiblement meilleure (avec des taux de 54 à 71 %) mais reste encore bien inférieure aux recommandations nationales (14).

- Pathologies infectieuses

Les populations migrantes et/ou précaires sont plus vulnérables face à ces pathologies infectieuses.

Elles ont moins accès à la prévention. La prévalence du sida atteindrait 15% à 28% de la population adulte provenant de certains pays d'Afrique (15)

Ainsi, parmi les personnes dépistées dans les deux CASO d'Île-de-France en 2011 (n = 1 706), la prévalence du VIH est de 2,3 %, soit près de 11 fois la prévalence nationale.

Les prévalences des hépatites B (Ag Hbs+) et C sont de 6,8 % et 5,4 %, soit respectivement plus de 10 et 6 fois les prévalences en population générale.

Le dépistage de la tuberculose auprès des patients des CASO de Saint-Denis et Paris a permis de dépister 10 cas pour 1 888 patients orientés vers une radiographie pulmonaire ( 0,5 %)

Le taux de déclaration de cas de tuberculose est estimé à 0,016 % en population générale en Île-de-France en 2010 (14).

## **2) LES OBSTACLES A L'ACCES AUX SOINS**

Les personnes en situation de précarité sont confrontées à de nombreux obstacles relevant de la complexité du droit de l'assurance maladie, qui s'ajoute pour les étrangers à la complexité du droit en matière d'immigration (14).

En 2011, près de 80 % des patients accueillis dans les CASO relèvent d'un dispositif de couverture maladie (56 % de l'AME, 20 % de l'Assurance maladie), mais seuls 16 % ont des droits effectivement ouverts. Les étrangers sont 4 fois moins nombreux que les Français à avoir des droits ouverts.

Au total (quelle que soit la situation administrative des patients accueillis), près de 88 % des patients n'ont aucune couverture maladie lorsqu'ils sont reçus dans les CASO. (14)

Les principaux obstacles évoqués par les patients selon Médecins du Monde:

- La méconnaissance des droits et des structures (32%)
- Les difficultés administratives (20,7%)
- La barrière linguistique (20%)
- Les difficultés financières (7,5%)
- La peur de la dénonciation (1%)
- Le refus des professionnels de santé

## **2.1) La méconnaissance du système de santé, les difficultés administratives.**

Le premier obstacle, cité par 1 consultant sur 3, est la méconnaissance des droits et des structures délivrant des soins, suivi des difficultés administratives (20,7 %).

Ces difficultés sont par ailleurs augmentées par certaines pratiques abusives des administrations constatées encore aujourd'hui par les équipes de Médecins du Monde sur le terrain.

Le critère de résidence de 3 mois en France pour obtenir l'AME est également un obstacle très prégnant dans la mesure où il concerne près d'un tiers des personnes accueillies dans les CASO, soit qu'elles ne satisfont pas à ce critère, soit qu'elles ne parviennent pas à fournir la preuve de leur présence en France telle qu'exigée par les caisses d'assurance maladie.

## **2.2) La barrière linguistique**

La barrière de la langue constitue le troisième obstacle à l'accès aux droits et aux structures de soins évoqué par plus de 2 personnes sur 10 accueillies aux CASO.

Ce résultat met en lumière l'importance de l'accompagnement de ces personnes dans leurs démarches et la nécessité du recours à l'interprétariat professionnel par les administrations et/ou les professionnels de santé dans la prise en charge de publics non francophones.

## **2.3) Les difficultés financières**

7,5 % des personnes accueillies aux CASO sont confrontées à des difficultés financières pour se soigner (avance de frais, impossibilité de souscrire à une complémentaire, soins non remboursés).

Au regard de l'augmentation constante du reste à charge laissé par l'Assurance maladie, bénéficier d'une complémentaire devient ainsi déterminant pour les populations les plus précaires (16). Néanmoins selon l'enquête santé protection sociale, près de 4 millions de personnes restent sans complémentaire santé en 2008. Et certains dispositifs, tels que l'aide à une complémentaire santé (ACS), sont à l'heure actuelle largement sous-utilisés et laissent subsister un reste à charge encore

important, en particulier pour les personnes dont les revenus dépassent de très peu le seuil d'attribution de la CMU-C.

#### 2.4) Le refus de soins de la part des professionnels de santé.

Un testing réalisé par Médecins du Monde en 2006 dans dix villes de France montre que plus d'un tiers des médecins généralistes interrogés refusent de prendre en charge un patient couvert par l'AME et 10% pour la CMU. Ces chiffres sont plus marqués pour les médecins installés en secteur 2.

Catégorie	Nombre de refus/total	Refus en pourcentage
Médecins généralistes (secteur1)	1/62	1,6%
Médecins généralistes(secteur2)	4/24	16,7%
Médecins généralistes (sec 1et 2)	5/86	4,8%
Médecins spécialistes (sec 1 et 2)	34/84	41%
Dentistes	18/46	39,1%

Figure 2 : Estimation des taux de refus de soins imputable à la CMU par catégorie professionnelle

Spécialité	Effectifs	Refus en pourcentage
Ophthalmologue	10	33,3 %
Pédiatre	9	40,9 %
Psychiatre	11	50,0 %
Gynécologue	4	44,4 %
Total	34	41 %

Figure 3 : Taux de refus de soins imputable à la CMU par spécialité enquêtée

Le refus de soins est une infraction et une faute (17).

Les professionnels de santé ont l'obligation d'accueillir les bénéficiaires de l'AME et de la CMU comme n'importe quel assuré social, de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale et de pratiquer le tiers payant.



## 2.5) Le renoncement aux soins

La France, bien que dotée d'un système de protection sociale, connaît des inégalités face à l'accès aux soins.

Selon l'IRDES, en 2008 15,4% de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois.

- Pour les soins dentaires : 10% de la population
- L'optique 4,1%
- Consultations de médecins généralistes et spécialistes 3,4%

Ces difficultés d'accès aux soins sont en partie expliquées par les limites du système de protection sociale. L'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins. Les personnes sans complémentaire renoncent deux fois plus que les autres aux soins les moins bien couverts par le régime obligatoire. La CMU-C facilite l'accès aux soins en prenant en charge la totalité des soins. Néanmoins, d'autres facteurs de renoncement sont liés aux situations sociales passées et présentes des individus, ainsi qu'à leurs perspectives d'avenir.

LE RENONCEMENT AUX SOINS POUR RAISONS FINANCIÈRES : UNE APPROCHE ÉCONOMÉTRIQUE

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

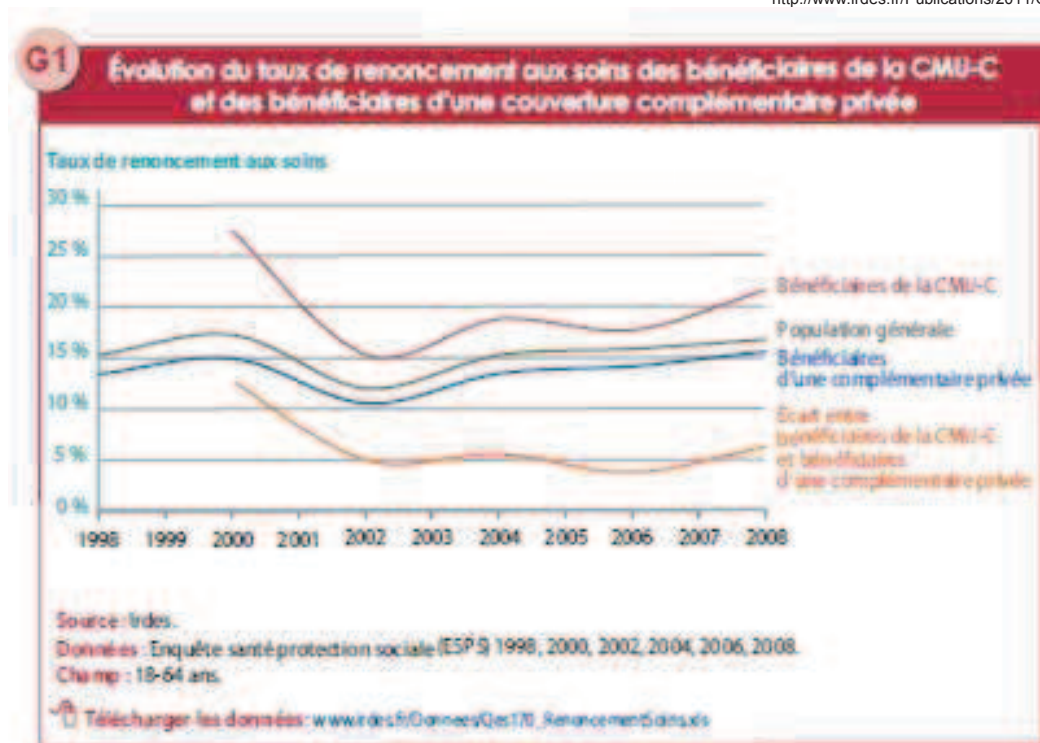


Figure 4: Evolution du taux de renoncement aux soins

Le taux de renoncement pour des raisons financières augmente entre 1998 et 2000 et chute fortement entre 2000 et 2002 du fait de l'instauration de la CMU et de la CMU-C. Il remonte ensuite jusqu'en 2008 comme pour les autres catégories de populations.

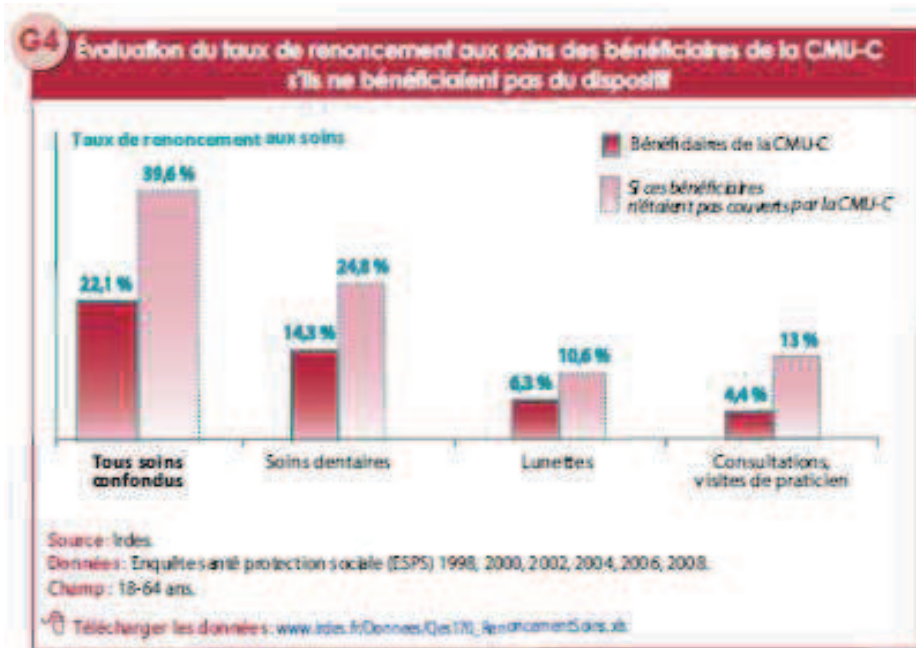


Figure 5: Evaluation du taux de renoncement aux soins

Le taux de renoncement des personnes ayant la CMU-C est de 22% en 2008. Si ces mêmes personnes n'étaient pas couvertes par ce dispositif, le taux probable de renoncement serait de l'ordre de 40% (18).

Les études récentes réalisées en France mettent en évidence une augmentation du renoncement aux soins concernant toutes les catégories de populations, que les personnes disposent ou non d'une couverture médicale.

Parmi les bénéficiaires de l'AME, le renoncement aux soins concerne plus fréquemment des soins de premier recours, alors qu'il concerne davantage les soins dentaires et/ou d'optique (peu remboursés par l'Assurance maladie) pour les bénéficiaires d'une couverture de base uniquement ou de la CMU-C.

Au sein des CASO, plus d'un tiers des personnes reçues en consultation médicale en 2011 présentent, selon les médecins, un problème de santé qui aurait dû être

traité plus tôt, et plus de 2 consultants sur 10 indiquent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois.

### **3) CAS PARTICULIER DES IMMIGRES PRECAIRES**

Selon le Haut conseil à l'intégration, un immigré « est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. »

Aujourd'hui la France compte 6,7 millions d'immigrés. Différentes études ont montré l'existence de disparités entre les populations française et immigrée. Ces différences sont plus marquées chez les immigrés de première génération (19) ainsi qu'une santé plus précaire chez les femmes, et une variabilité selon le pays d'origine.

De meilleur, l'état de santé des immigrés est devenu moins bon que celui des Français de naissance (19). Les premières études dans les années 80 ont mis en évidence un meilleur état de santé des immigrés avec une espérance de vie légèrement plus élevée. La migration entraîne une fragilisation sociale, économique et médicale. L'état de santé des immigrés et leur accès aux soins est un véritable enjeu de santé publique. Il existe des phénomènes de sélection qui peuvent expliquer le meilleur état de santé initial des immigrés : on peut comprendre que seules les personnes les plus fortes physiquement et mentalement peuvent migrer dans des conditions souvent très difficiles (19).

La situation économique des immigrés dans leur pays d'accueil, ainsi que la perte du lien social expliquent la dégradation de leur état de santé et leur moindre recours aux soins (19).

La probabilité de renoncer aux soins est significativement plus élevée chez les patients étrangers, d'autant plus lorsqu'ils sont en situation irrégulière. Plus de la moitié (56 %) des personnes reçues dans les CASO déclarent limiter leurs déplacements par peur des arrestations.

Ce constat appelle la mise en œuvre d'une politique de santé publique adaptée visant à améliorer l'état de santé et l'accès aux soins des population d'origine étrangère, notamment à travers le développement d'actions de proximité et la simplification de l'accès à certains droit et dispositifs tels que la Couverture Maladies Universelle (CMU) ou l'Aide Médicale d'Etat (AME).

## 4) LES MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR AMELIORER L'ACCES AUX SOINS DES PATIENTS PRECAIRES.

### 4.1) La CMU

La couverture maladie universelle (CMU) est une prestation sociale permettant l'accès, le remboursement des soins, des prestations et des médicaments à toute personne résidant en France et qui n'est pas déjà couverte par un autre régime obligatoire d'assurance maladie.

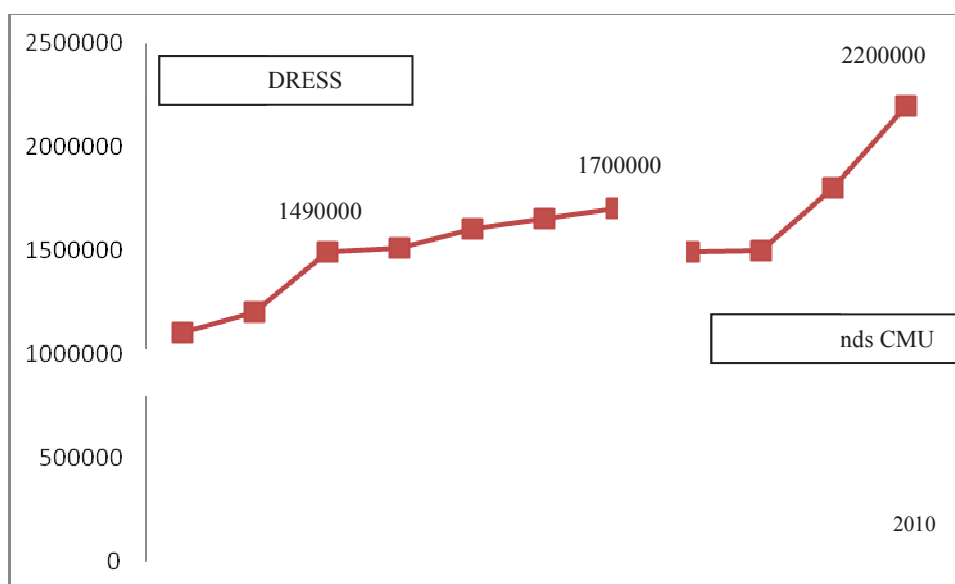


Figure 6 : Evolution du nombre de bénéficiaires de la CMU de base (2000-2010)

Source : Eco-Santé Régions & Départements 2012, d'après données Drees, Fonds CMU

### Prestations

La CMU de base, donne droit à l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux (prise en charge des soins en ville et à l'hôpital dans la limite des règles définies par l'Assurance Maladie). Ainsi, avec la seule CMU de base (sans assurance complémentaire), les patients sont redevables du ticket modérateur et du forfait hospitalier, c'est-à-dire de la part non prise en charge par l'assurance maladie. Les assurés sociaux au titre de la CMU de base ont exactement les mêmes droits que les autres assurés.

## **4.2) CMU complémentaire (CMU-C)**

Mise en place en janvier 2000, la CMU-C offre une protection maladie complémentaire gratuite aux personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond.

Aujourd'hui, plus de 4 millions de personnes sont bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire.

Le dispositif de la CMU-C ne doit pas être confondu avec la CMU, qui est une protection maladie obligatoire pour les personnes résidant en France et qui ne sont pas déjà couvertes par un autre régime obligatoire d'assurance maladie.

### **Prestations**

Ce dispositif offre un panier de soins élargi par rapport à l'assurance maladie obligatoire, notamment grâce à des forfaits relatifs aux prestations optiques et dentaires.

L'ensemble de ces dispositifs limite les restes à charge et doit donc permettre de faciliter l'accès aux soins des patients dont les revenus sont les plus faibles.

La CMU-C prend en charge les dépenses restant à la charge du patient après l'intervention des régimes de base de sécurité sociale.

## **4.3) L'Aide Médicale d'Etat (AME) (20)**

L'AME est destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France.

La loi de finances de 2011 avait introduit des restrictions pour l'obtention de l'AME (telles que la mise en place d'un droit d'entrée annuel de 30 euros, les restrictions du panier de soins et la nécessité d'un accord préalable pour les soins coûteux à l'hôpital).

Le droit d'entrée de 30 euros vient d'être supprimé par l'actuelle majorité.

## Prestations

L'AME ouvre le droit à son titulaire d'être pris en charge à 100% avec dispense d'avance des frais mais le panier de soins est plus réduit que celui de la CMU-C.

La prise en charge par l'AME, pour les adultes comme pour les enfants, des lunettes et des prothèses dentaires est réduite au niveau de remboursement le plus faible de la sécurité sociale.

Le nombre de bénéficiaire de l'AME a récemment augmenté :

Sources : CNAMTS, DSS, Igf-Igas

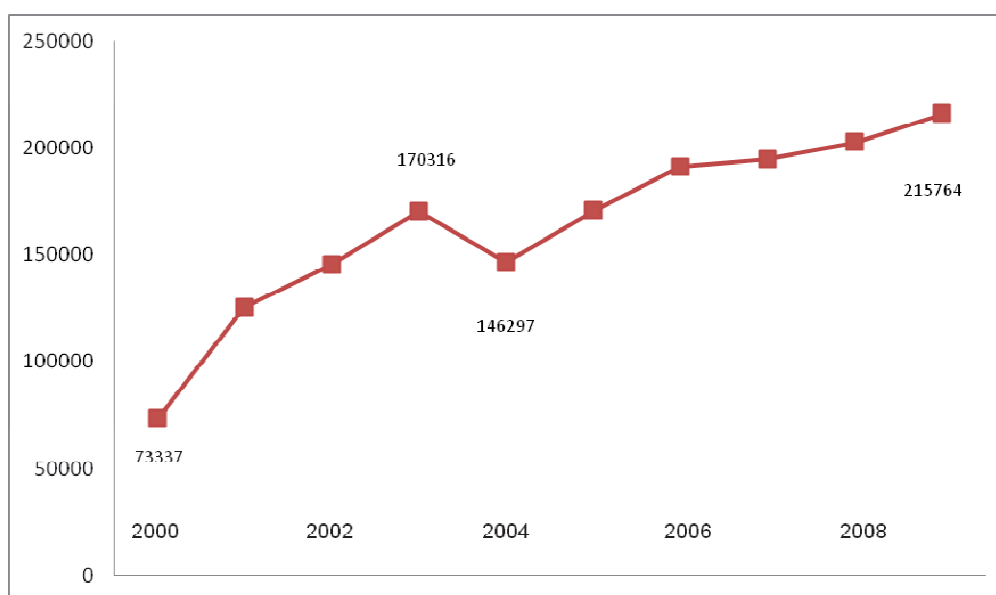


Figure 7 : Nombre de bénéficiaires de l'AME

L'AME représente en 2009 un coût de 540 millions d'euros soit moins de 0.3% des 160 milliards d'euros de la branche maladie de la sécurité sociale.

L'existence d'une couverture médicale en France pour les personnes en situation irrégulière permet à une population confrontée à des déterminants de santé tous négatifs (extrême pauvreté, mauvaise qualité des logements quand ils en ont, travail le plus à risque) d'avoir accès aux soins mais aussi à la prévention et à un suivi médical régulier. Elles peuvent donc se soigner au début de la maladie, limitant ainsi la prise en charge par le système de soins de pathologies aggravées.

#### **4.4) L'aide au paiement d'une complémentaire santé**

Le dispositif de l'Aide complémentaire santé (ACS) a été mis en place au 1er janvier 2005 (21) afin d'inciter les ménages dont le niveau de vie se situe juste au dessus du plafond CMU-C à acquérir une couverture complémentaire santé.

Les personnes dont le niveau de ressources ne dépasse pas de plus de 35% le seuil d'accès à la CMU-C peuvent faire valoir leur droit auprès de leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et bénéficier d'un chèque santé. Le nombre de bénéficiaires effectifs de l'ACS a lentement progressé depuis sa mise en place.

Malgré cette montée en charge, le recours à l'ACS reste faible. Ainsi, seules 516 499 personnes avaient effectivement utilisé leur attestation auprès d'un organisme complémentaire en mai 2010 (22). L'ACS pourrait concerner près de 2 millions de personnes.

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

Créées par la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 (23), les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) doivent protéger les personnes qui vivent en situation précaire et garantir théoriquement une porte d'entrée à l'hôpital pour tous ceux qui n'ont pas de couverture maladie.

Les PASS sont composées d'équipes pluridisciplinaires médicosociales qui ont pour missions d'assurer l'accès aux soins des plus démunis et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits avec comme objectif la réintégration au plus tôt dans le système de droit commun.

Les PASS ont pour rôle de faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier, un rôle de repérage des personnes en difficulté, de prise en charge ambulatoire sans délai.

Ces structures sont toujours rattachées à un établissement de soins, et le plus souvent implantées dans un hôpital. Le dernier recensement réalisé par la Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des soins (DHOS) en 2006 dénombrait moins de 400 PASS sur les 500 initialement prévues pour couvrir l'ensemble du territoire.

Quatorze millions d'euros ont été attribués aux établissements de santé pour mettre en place des permanences d'accès aux soins de santé en 1998, 1999 et 2000, puis un million en 2003.

Les PASS sont financées par une enveloppe globale annuelle dans le cadre des missions d'intérêt général par le directeur de l'établissement hospitalier.

La majorité des PASS (75%) ont été créées en 1998 et fin 2001.

D'après différentes enquêtes, les PASS sont toutes différentes en termes de ressources humaines, de budget, et d'organisation avec des moyens très disparates.

En 2008, 90% des PASS disposaient des services d'une assistante sociale, 41% d'une hôtesse d'accueil, 33% d'une infirmière, 25% d'un médecin généraliste ou urgentiste, 15% d'un psychologue, 4% d'une sage femme et 3% d'un dentiste (24).



## **5) LA PASS DE VERNON**

### **5.1) L'organisation**

A la fin de l'année 1993 le centre hospitalier de Vernon (CHV) a répondu à un appel d'offre national ; il s'agissait de mettre en place une prise en charge des populations sans couverture sociale et sans accès aux soins.

L'hôpital de Vernon a mis à disposition un local dans l'enceinte de l'établissement.

Le budget en 2011 des 2 PASS (CHI/Eure seine, Evreux et Vernon est de 134 548 euros de salaires et 605 777 euros pour la prise en charge des soins, médicaments et examens complémentaires...

### **5.2) Le fonctionnement**

La PASS de Vernon est ouverte du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30.

Une secrétaire est chargée de l'accueil des patients.

Il y a d'une part une prise en charge sociale : ouverture des droits, suivi des démarches administratives, accompagnement dans le circuit hospitalier.

Chaque patient ouvre un dossier social avec l'assistant social. Cette étape est primordiale : le but des PASS est de réintégrer les patients dans un circuit de soins « classique » une fois l'ouverture des droits effectuée et non pas de créer une structure de soins parallèles.

La PASS de Vernon est également un lieu d'accueil, où les consultants peuvent s'ils le désirent prendre une douche, un petit déjeuner, s'informer. Des vêtements et des nécessaires de toilette peuvent être donnés en cas de demande.

Concernant la prise en charge médicale et paramédicale, une infirmière est présente tous les jours de 8h30 à 17h30 .Elle organise les consultations avec les médecins généralistes et planifie le suivi des patients .Elle oriente vers les urgences lorsque cela est nécessaire.

Des médecins généralistes libéraux de Vernon consultent une à deux fois par semaine pour le dépistage anonyme et gratuit et pour les consultations des patients de la PASS.

En 2011, 1274 demandes de prise en charge médicale ont été effectuées à la PASS, 939 consultations ont été assurées par l'infirmière seule et 386 consultations par un médecin.

La PASS de Vernon est aussi un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et un centre d'information, de dépistage et de diagnostic des maladies sexuellement transmissibles (CIDDIST).

En 2011, 290 patients ont consulté pour un dépistage dont 124 nouveaux consultants.

### **5.3) La consultation médicale**

C'est une consultation de médecine générale, destinée à prendre en charge les patients avec leurs problèmes de santé aigus ou chroniques.

Le médecin aidé par l'infirmière réalise l'interrogatoire, examine le patient et prescrit si nécessaire des examens complémentaires et/ou des traitements.

La PASS a également un rôle de prévention et de dépistage : mise à jour des vaccinations, dépistage de maladies « endémiques » (HIV, hépatites virales, tuberculose).

Tous les médicaments délivrés au sein de la pharmacie de l'hôpital et les examens complémentaires prescrits lors d'une consultation PASS sont pris en charge à 100%.

Depuis son ouverture en 1993 l'activité de la PASS de Vernon n'a fait qu'augmenter. Il n'existe actuellement pas de données permettant de caractériser l'état de santé des patients précaires de la zone de Vernon. Des données existent sur d'autres structures : PASS Baudelaire de l'hôpital Saint-Antoine à Paris (28), PASS Jean Guillon de Nantes, CASO de Médecins du Monde. Mais il existe des particularités au niveau social et médical sur Vernon exigeant un recueil spécifique.

### **III) Problématisation et objectif de l'étude**

Malgré tous ces moyens mis en œuvre, l'accès aux soins reste difficile. Et la France, bien que pourvue d'un système de sécurité sociale à vocation universelle, connaît des inégalités sociales dans l'accès et l'utilisation des services de santé.

Les patients « précaires » CMU-C présentent des spécificités en termes de morbi-mortalités, ont un taux de mortalité plus élevé que la population générale.

Les patients consultant les CASO de Médecins du Monde ont de nombreuses pathologies somatiques, psychiatriques et infectieuses qui, faute de soins, s'aggravent et engendrent un coût plus élevé pour la société.

De nombreux moyens existent pour faciliter l'accès aux soins des personnes précaires.

La plupart de ces mécanismes ont été évalués, mais il existe peu de données sur l'activité des PASS en France.

L'étude des motifs de consultations, des résultats de consultations et des prises en charge au sein de la PASS permettra de mieux connaître son fonctionnement et éventuellement de l'améliorer.

L'objectif principal est de décrire l'activité de la PASS de Vernon en 2011 d'un point de vue social et médical.

## **IV) Matériel et Méthode**

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive, rétrospective concernant les patients ayant consulté à la PASS de Vernon du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011.

### **1) POPULATION CONCERNEE**

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Consultation médicale effectuée entre le 3/01/2011 et le 20/12/2011.
- Présence d'un dossier social et d'un dossier médical.
- Présence d'au moins un résultat de consultation (RC) dans le dossier médical.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Absence de dossier social.
- Absence de RC dans le dossier médical.

### **2) MODE DE RECUEIL DES DONNEES**

Les données sociales et médicales ont été recueillies et codées par une seule personne après accord de la PASS de Vernon.

Le recueil a été effectué de janvier 2012 à mars 2012.

A chaque motif de consultation était associé un RC et une ou plusieurs procédures. Ce codage a été réalisé pour chaque consultation.

### **3) DONNEES RECUEILLIES**

Les données sociales (Annexe 3 et 4) ont été recueillies à l'aide d'un tableau mentionnant :

- Le numéro de dossier
- La date de consultation
- La date de naissance
- Le sexe
- La nationalité

- Le domicile
- La catégorie socioprofessionnelle
- Le niveau de ressources du foyer
- La couverture sociale de base
- La couverture sociale complémentaire

Les données médicales de la PASS ont été recueillies à l'aide de la Classification internationale des soins primaires, 2<sup>ème</sup> édition (CISP-2) (Annexe 5).

Chaque dossier a été analysé et codé par la CISP-2, à chaque RC correspondait un ou plusieurs motifs de consultation et une ou plusieurs procédures

La liste des pathologies considérées comme chroniques a été effectuée sur la base du travail de O'Halloran JF et al. (25).

#### **4) ANALYSE STATISTIQUE**

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel Excel avec d'une part la description de la population (n=136 patients) et d'autre part l'analyse des motifs de consultation et des RC (n=915).

Les variables qualitatives ont été décrites sous forme de proportions.

#### **5) LA CLASSIFICATION INTERNATIONALES DES SOINS PRIMAIRES**

Cet outil, reconnu par l'OMS, a été créé par la Wonca (Association internationale des médecins de famille) dans le but de qualifier et de coder de manière standardisée le contenu des consultations en soins primaires. Elle permet de coder des symptômes ou des plaintes, des pathologies diagnostiquées ainsi que des procédures : actes réalisés par les médecins lors de la consultation ou en fin de consultation (orientations).

La CISP comprend 680 items (hors procédures de soins) et se présente sous la forme d'une grille à double entrée avec 17 chapitres (ou appareils anatomiques) basés sur les systèmes corporels (*système digestif, cardiovasculaire, neurologique, etc.*) et 7 rubriques (symptômes, diagnostics et procédures ou actes médicaux réalisés pendant la consultation).

Ces rubriques sont identifiables dans chaque chapitre par un code couleur.

- En vert sont codés de 0 à 29 les symptômes et les plaintes.
- En gris sont codées de 30 à 69 les procédures.
- De 70 à 99 sont codés les diagnostics avec les maladies infectieuses en jaunes, les tumeurs et cancers en bleu clair, les lésions traumatiques en rose, les anomalies congénitales en bleu foncé et les diagnostics divers en violet.

Chaque item correspond à l'association d'une lettre (chapitre/appareil anatomique) et d'un nombre (correspondant à une rubrique).

Exemple : Peur du VIH : B 25 (B = sang, système hématopoïétique, immunologie / 25 = code spécifique /rubrique symptôme ou plainte (vert))

Les procédures se construisent de la même manière : association d'une lettre correspondant à l'appareil concerné par la procédure et d'un nombre.

Exemple : Résultats d'analyse sanguine dans le cadre d'un bilan d'une HTA : K 60 (K = cardiovasculaire / 60 = code spécifique procédure (gris))

## V) Résultats

Au cours de l'année 2011, 326 consultations médicales ont été incluses, elles concernaient 136 patients, et comportaient 915 motifs de consultations ou résultats de consultations.

44 patients ont été exclus en raison d'un dossier social ou médical incomplet.

### 1) DESCRIPTION DE LA POPULATION (n=136 patients)

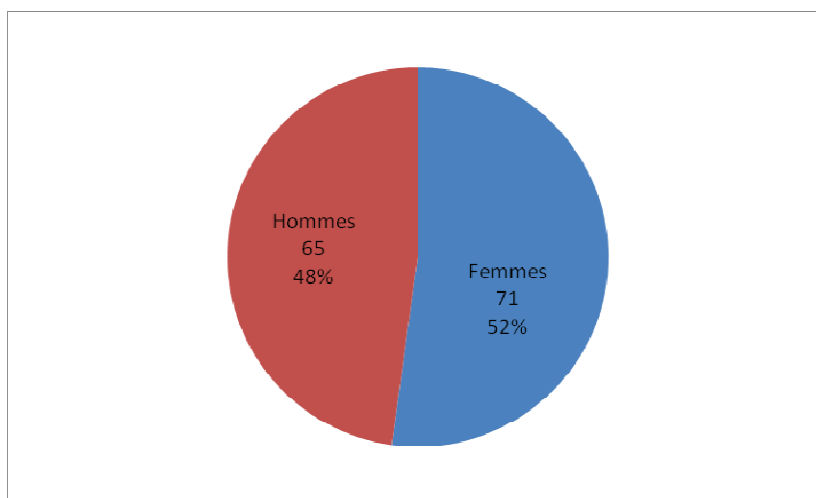


Figure 8 : Description de la population par genre (n=136)

Cinquante-deux pour cent des patients de la PASS sont des femmes.

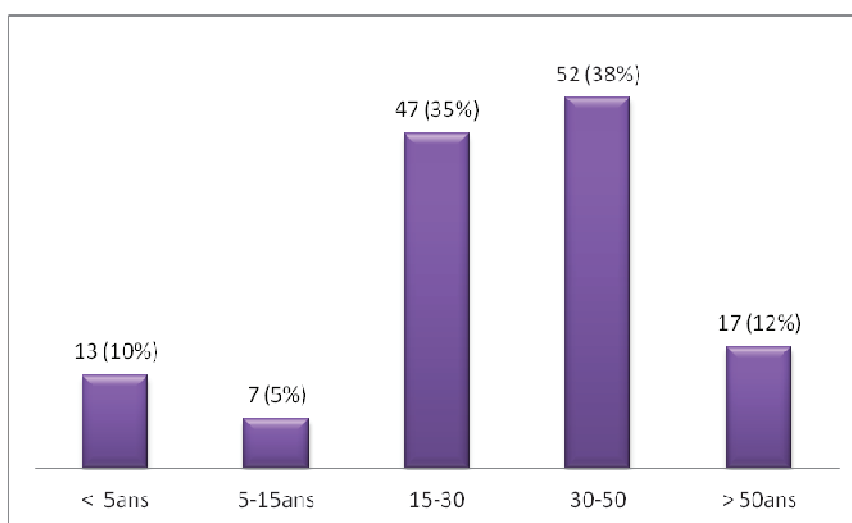
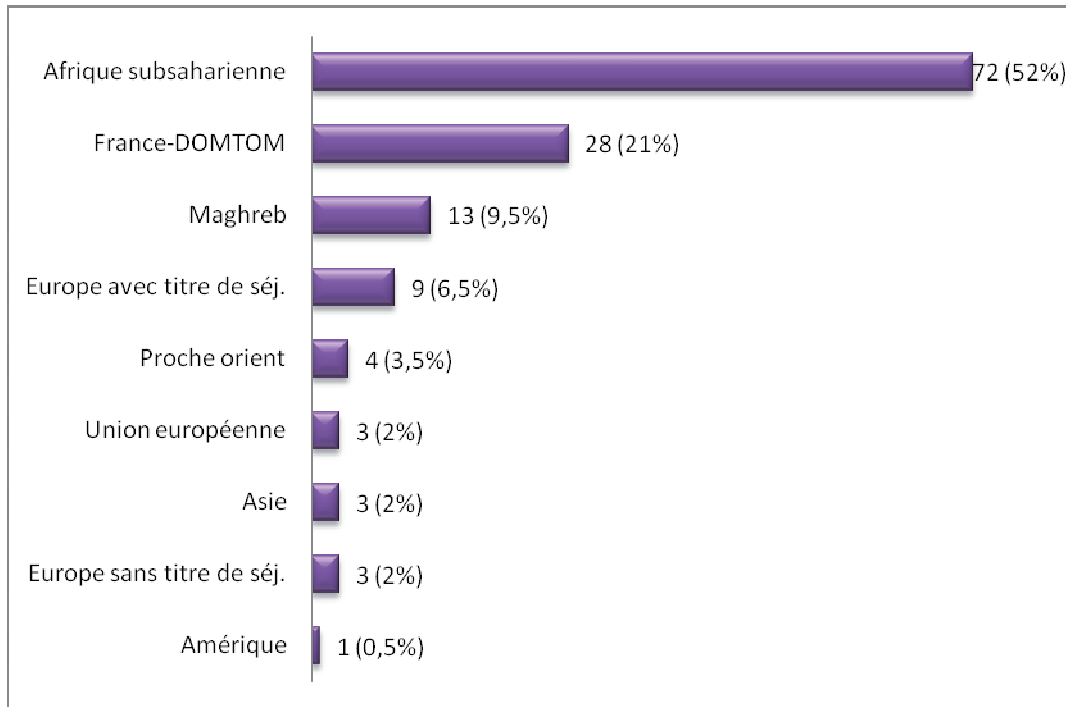


Figure 9 : Description de la population par tranche d'âge (n=136)

Trente-huit pour cent des patients ont entre 30 et 50 ans.



**Figure 10: Description de la population en fonction de la nationalité (n=136)**

Soixante douze pour cent des patients sont originaires d'Afrique subsaharienne.



## 2) MOTIFS DE CONSULTATIONS

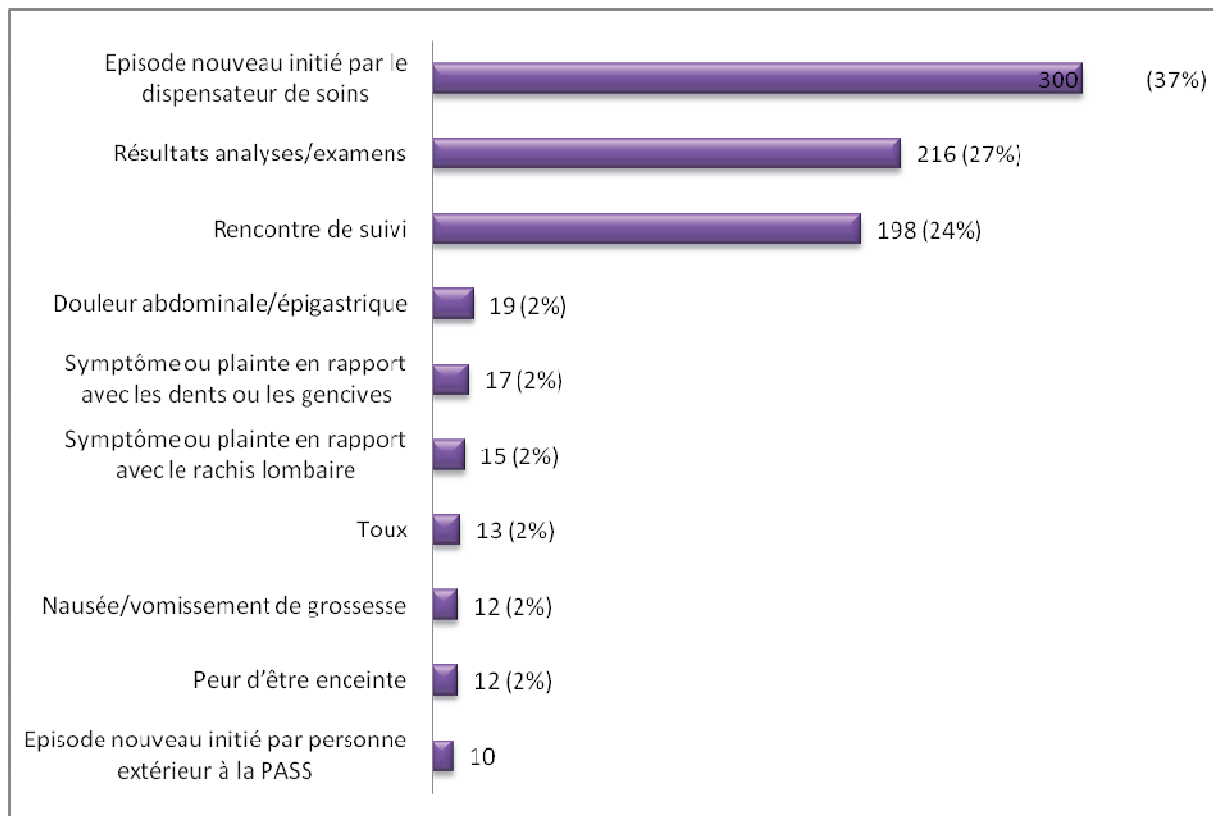


Figure 11: Motifs de consultations (n=812)

Nous avons sélectionné les 10 motifs de consultations les plus fréquents ce qui correspond à 812 motifs de consultations sur 915.

La majorité des motifs de consultations (300 soit 33%) sont des épisodes nouveaux initiés par le dispensateur de soins : propositions de dépistages : Infection HIV, sérologies hépatites, dépistage tuberculose, proposition de vaccinations, test de grossesse, information sur la contraception, frottis cervicaux vaginaux.

216 motifs de consultations (23%) sont liés à des résultats d'examen.

198 motifs de consultations (21%) sont des suivis.

### 3) DESCRIPTION DES RESULTATS DE CONSULTATIONS

#### 3.1) Données démographiques

##### - Répartition des résultats de consultations selon le genre

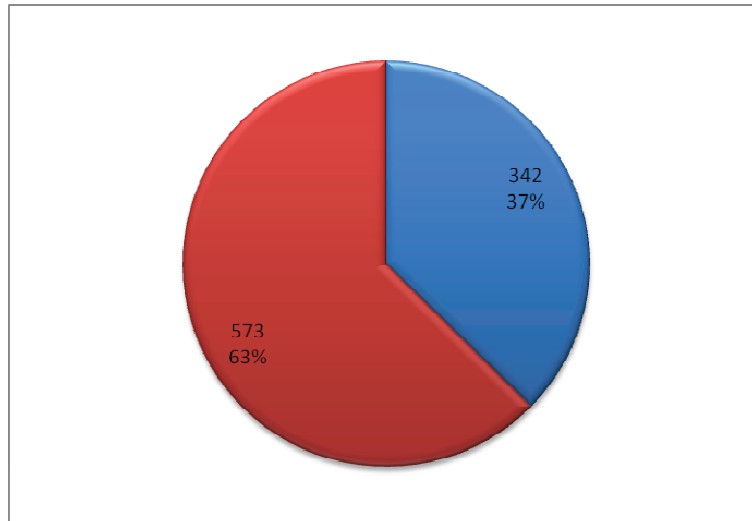


Figure 12: Répartition des résultats de consultations selon le genre (n=915)

Soixante-trois pour cent des résultats de consultations concernent des femmes.

##### - Répartition des résultats de consultations selon la classe d'âge

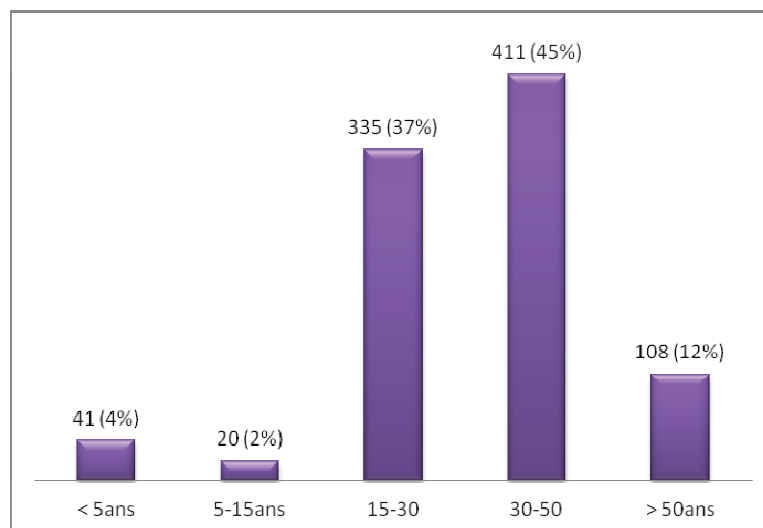


Figure 13: Répartition des résultats de consultations selon la classe d'âge (n=915)

La majorité des résultats de consultations (45%) concerne des patients âgés de 30 à 50 ans.

- Répartition des résultats de consultations selon le pays d'origine

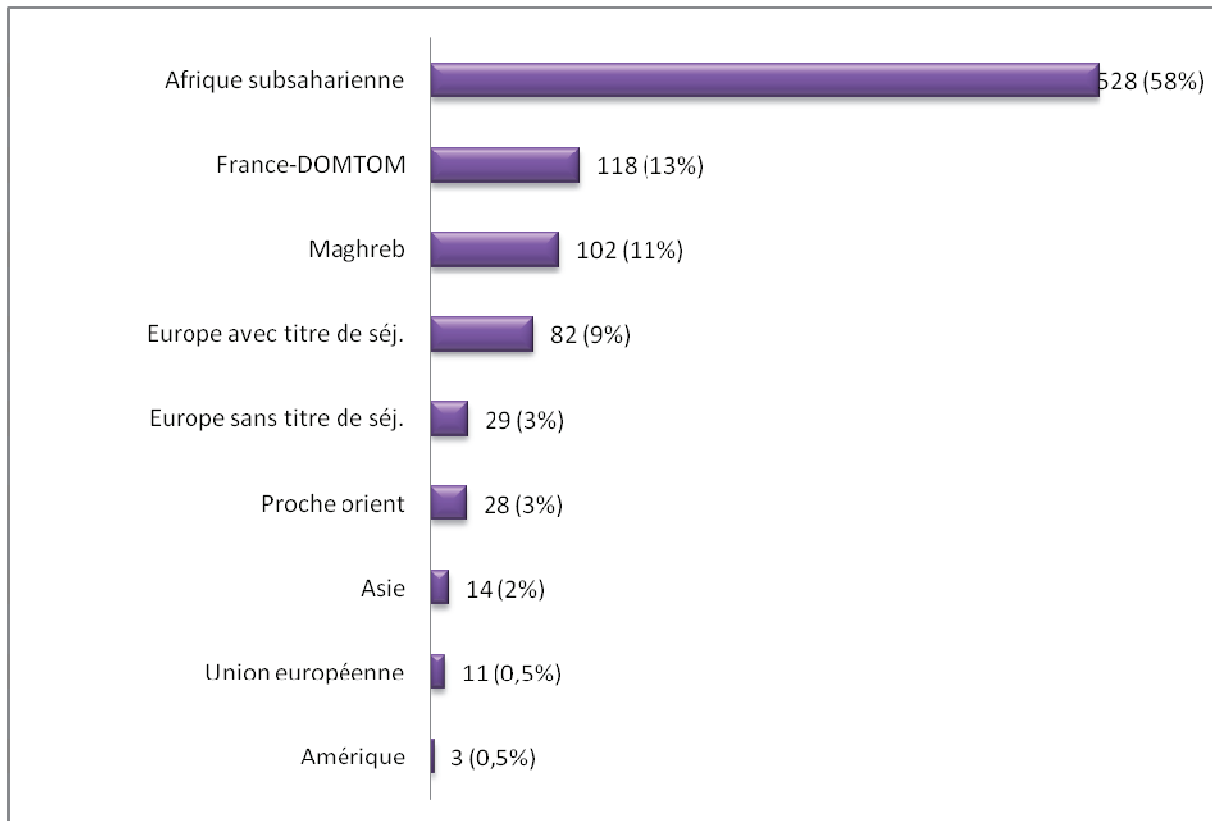


Figure 14: Répartition des résultats de consultations selon le pays d'origine (n=915)

La majorité des résultats de consultation concerne des patients originaires d'Afrique subsaharienne (58%).

### 3.2) Données sociales

#### - Répartition des résultats de consultations selon le type de logement

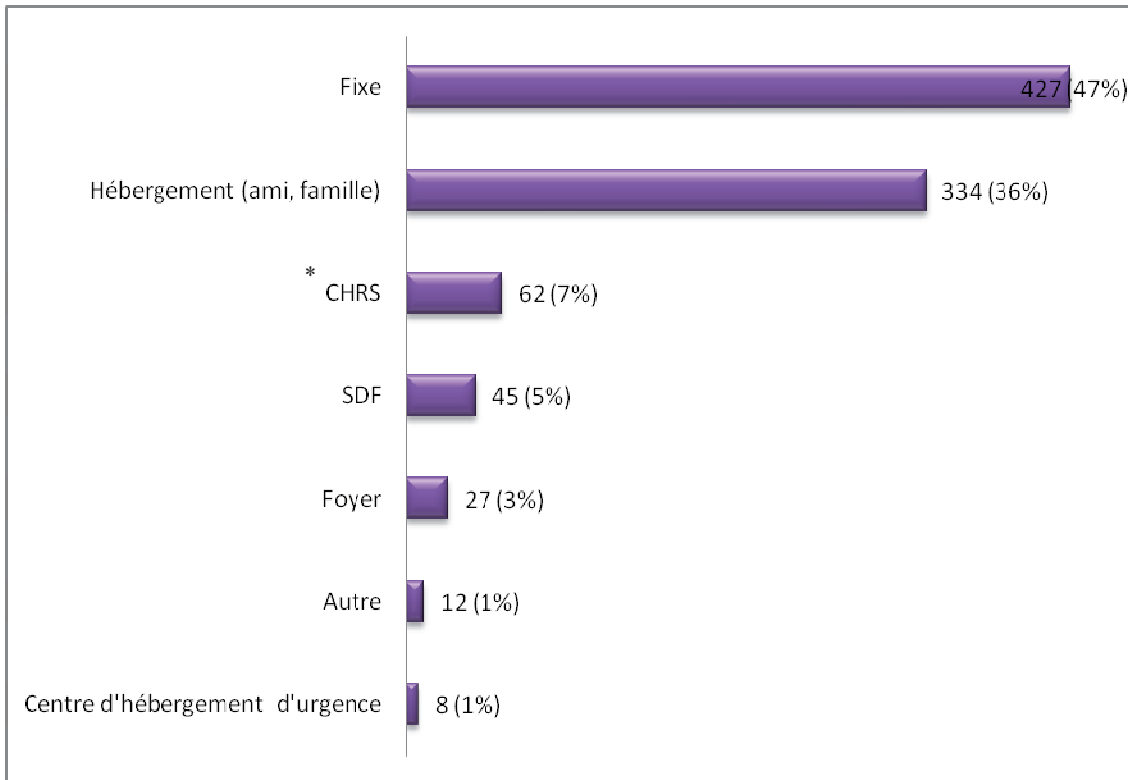


Figure 15: Répartition des résultats de consultations selon le type de logement (n=915)

\*CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

Quarante sept pour cent des résultats de consultations concernent des patients ayant un domicile fixe.

Trente six pour cent concernent des patients hébergés chez des amis ou dans la famille.

- **Répartition des résultats de consultations selon la catégorie socioprofessionnelle**

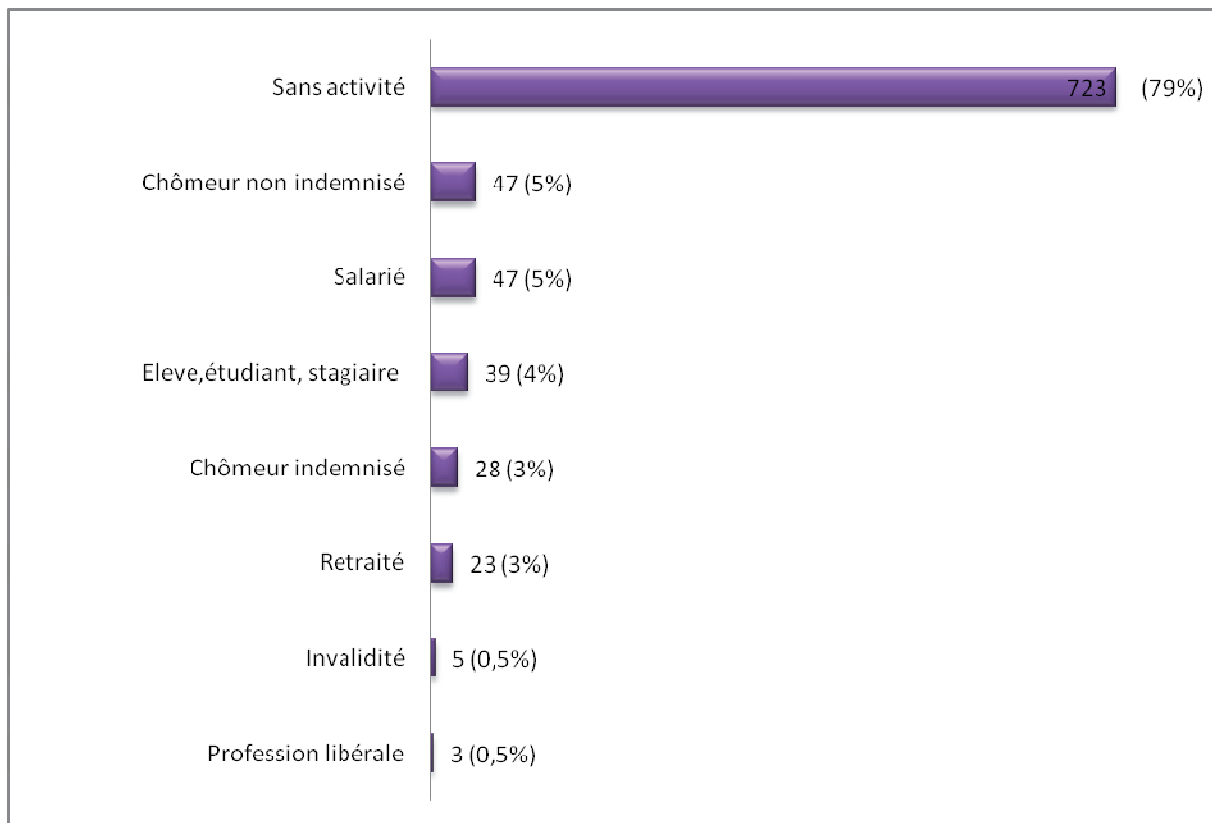


Figure 16: Répartition des résultats de consultations selon la catégorie socioprofessionnelle (n=915)

La majorité des résultats de consultations concerne des patients sans activité professionnelle (79%).

- Répartition des résultats de consultations selon le niveau de ressources financières

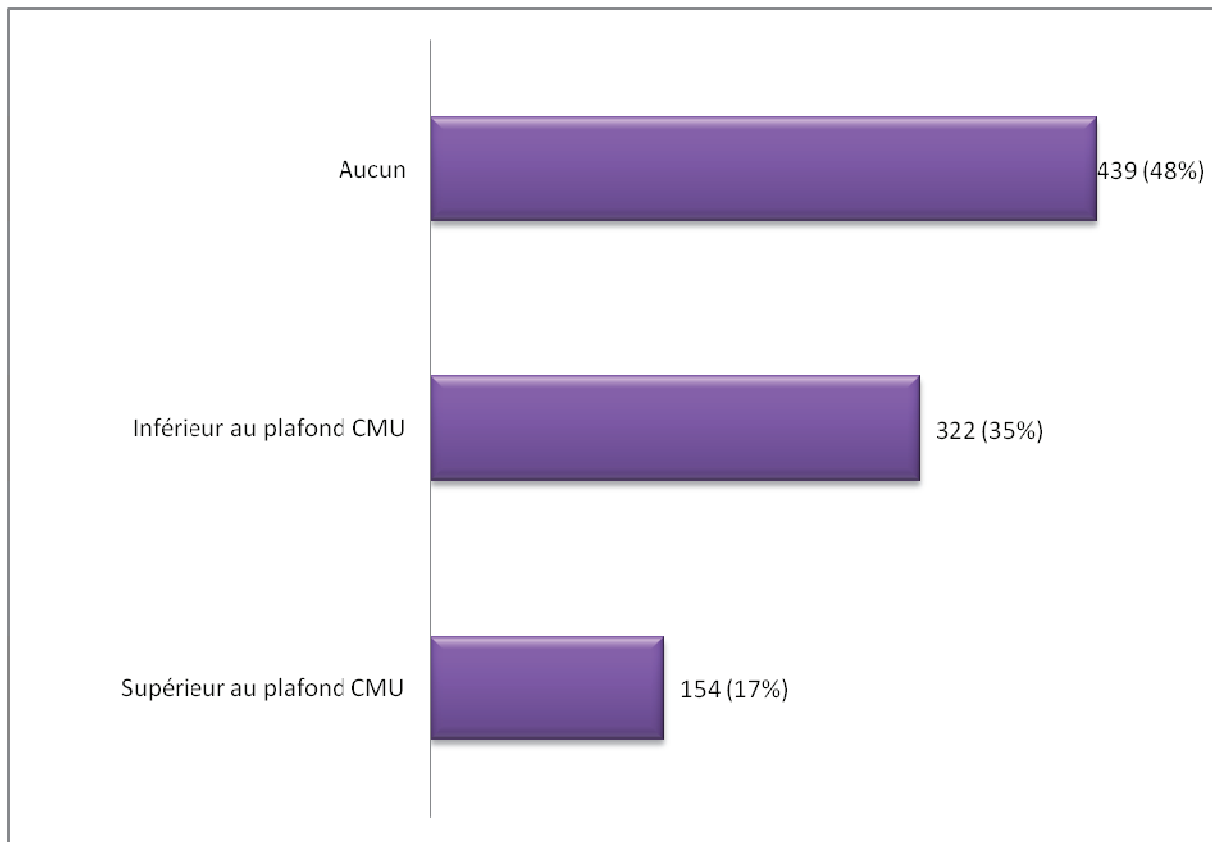


Figure 17: Répartition des résultats de consultations selon le niveau de ressources du foyer (n=915)

La majorité des résultats de consultations (48%) concerne des patients n'ayant aucunes ressources.

- Répartition des résultats de consultations selon la couverture sociale de base

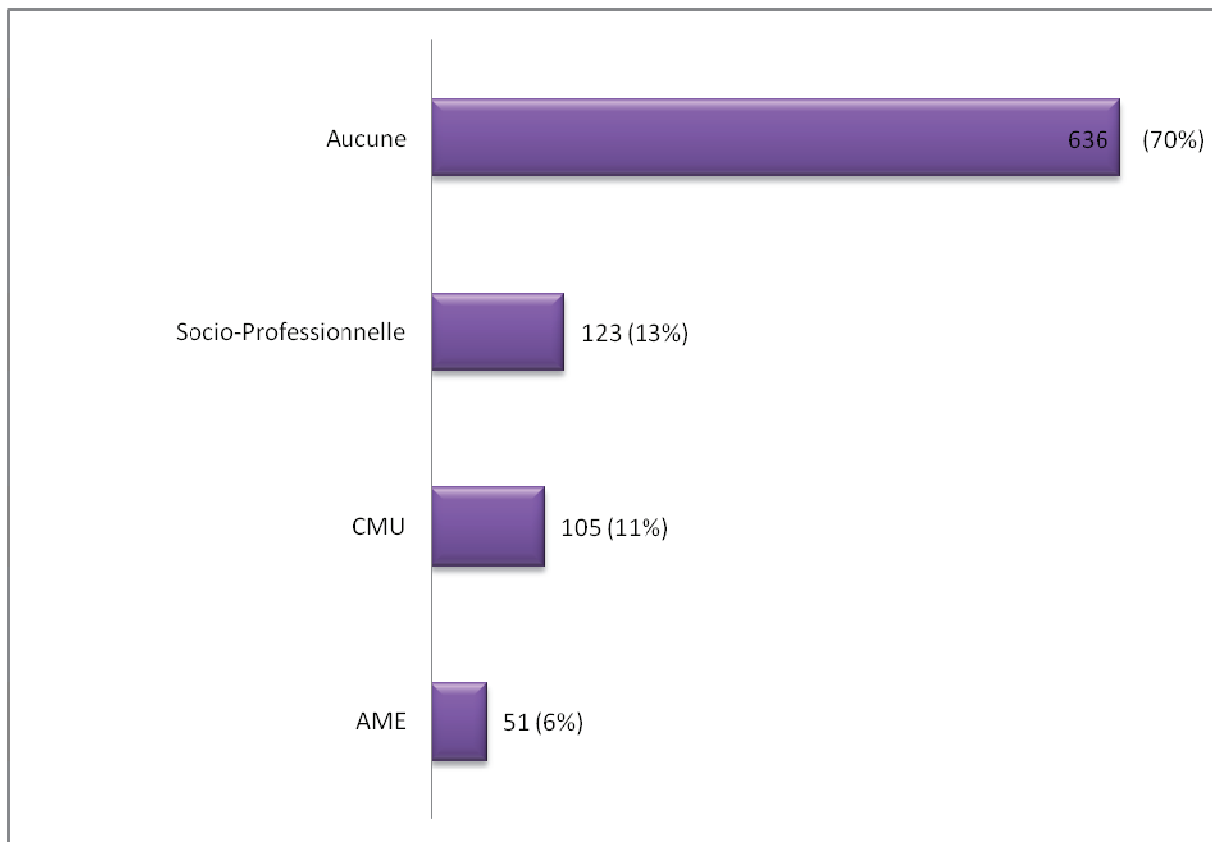


Figure 18 : Répartition des résultats de consultations selon la couverture médicale de base (n=915)

La majorité des résultats de consultations est en rapport avec des patients n'ayant aucune couverture médicale de base (70%).

- Répartition des résultats de consultations selon la couverture sociale complémentaire

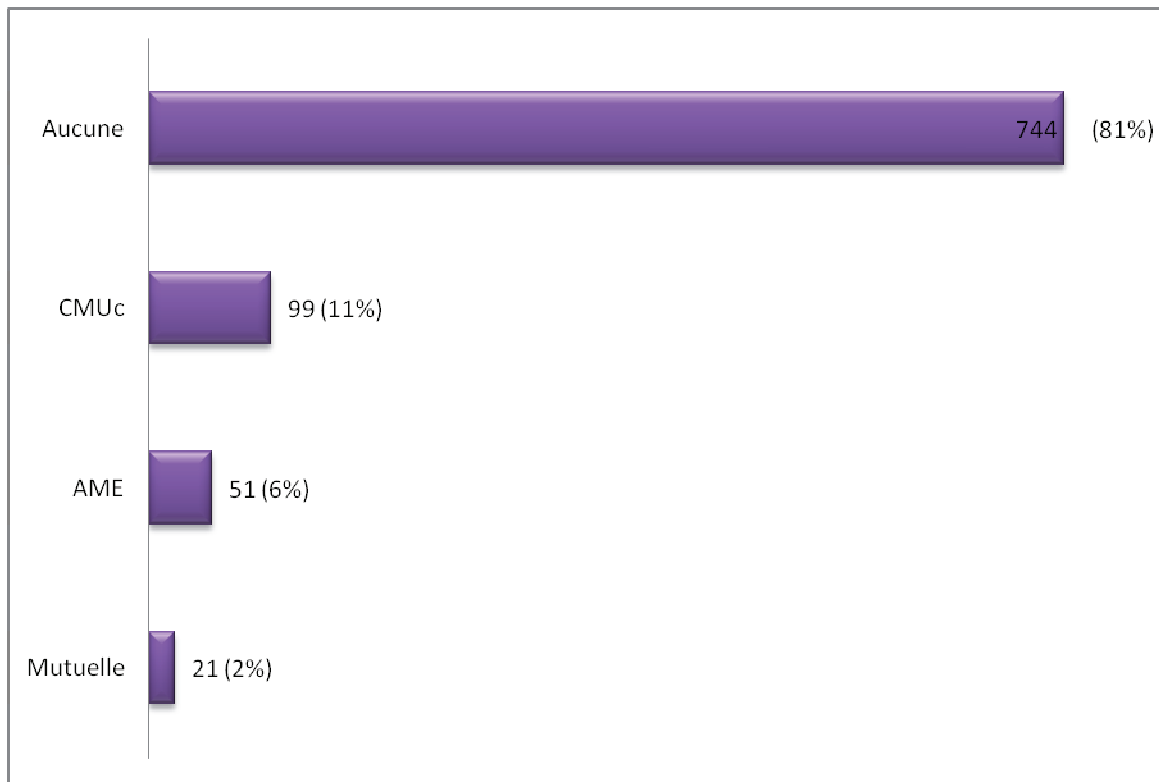


Figure 19 : Répartition des résultats de consultations selon la couverture complémentaire (n=915)

La majorité des résultats de consultations (81%) concerne des patients n'ayant aucune couverture médicale complémentaire.



### 3.3) Données médicales

#### - Répartition des résultats de consultations par appareil

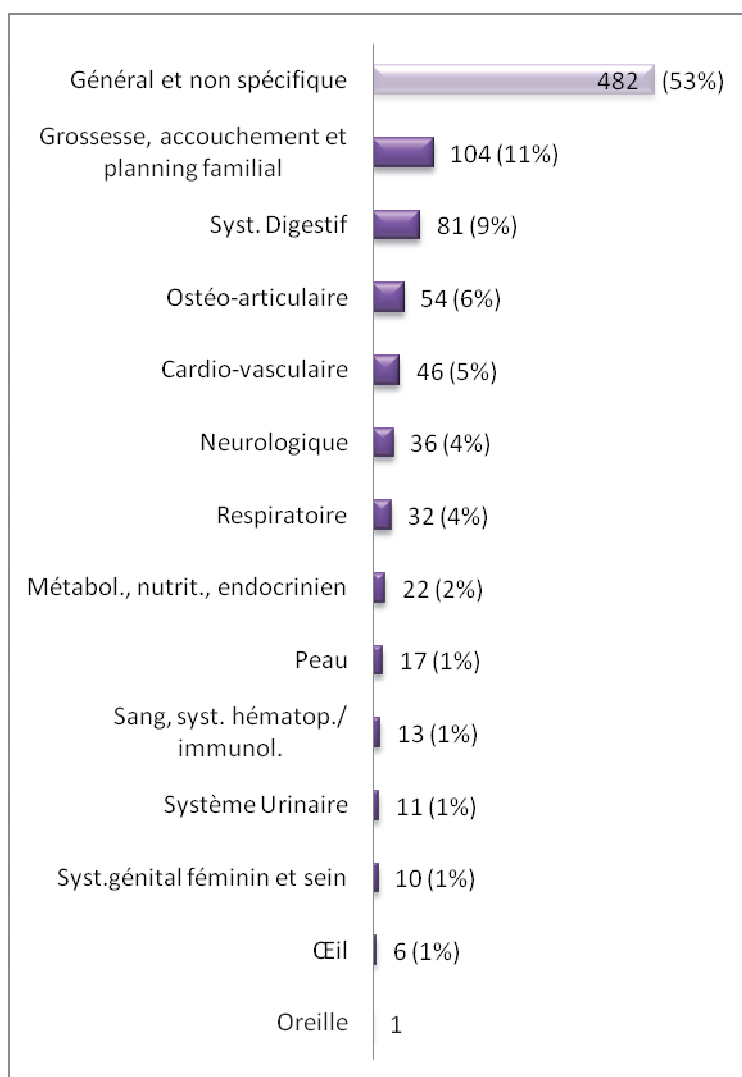
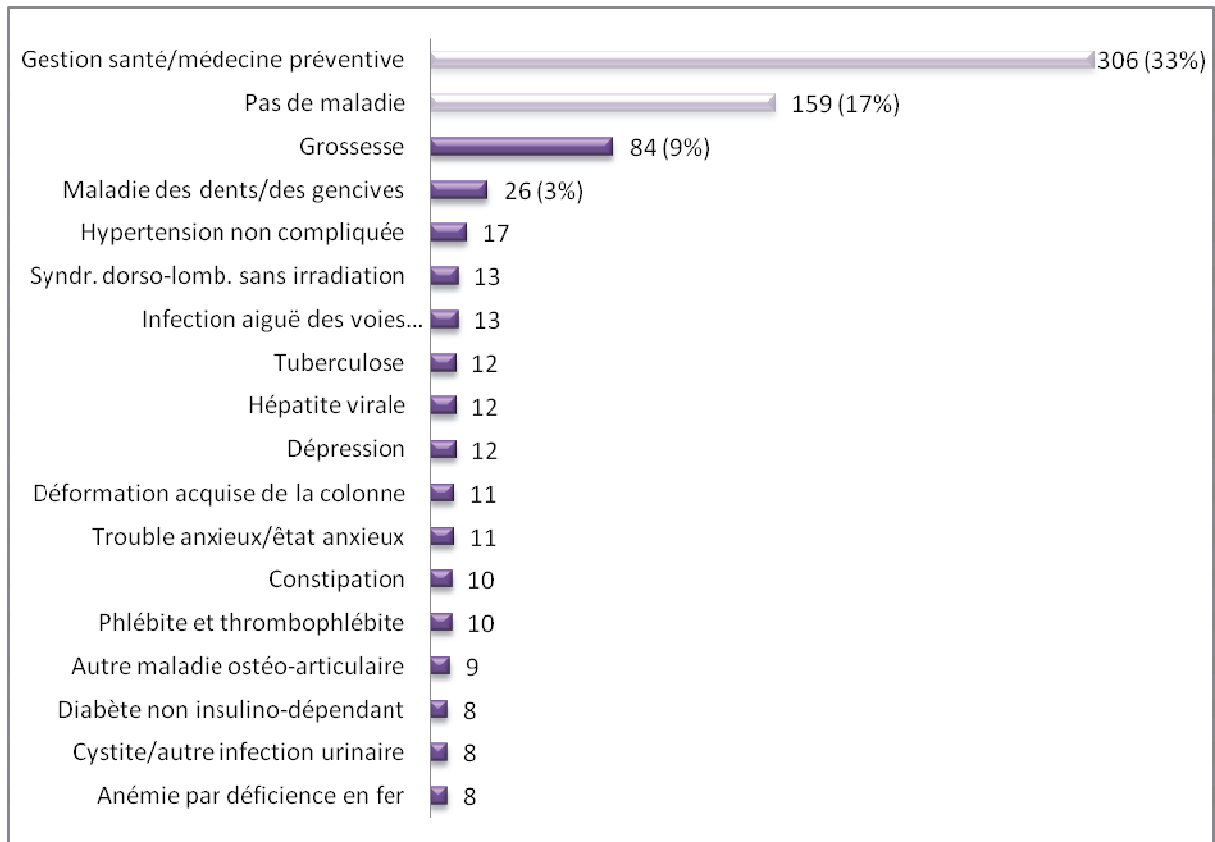


Figure 20 : Répartition des résultats de consultation par appareil (n=915)

Les pathologies les plus représentées au sein de la PASS sont en lien avec la gynéco obstétrique (11%), le système digestif (9%) et l'appareil ostéo-articulaire (6%).

Le chapitre « Général et non spécifique » (53%) est un chapitre ne correspondant pas à un appareil anatomique. Il contient notamment le RC « Gestion de santé/médecine préventive » de la PASS (306 RC code A98), le RC « Pas de maladie » (159 RC code A97)....

- **Répartition des résultats de consultations par diagnostic**



**Figure 21 : répartition des consultations par diagnostic (n=915)**

*L'item « Pas de maladie » correspond aux résultats de consultations de dépistage de maladie sans anomalie (ex sérologie VIH négative).*

Les résultats de consultations les plus retrouvées concernent de loin la gestion de santé et la médecine préventive (306 résultats de consultation) qui représente le rôle de dépistage et de prévention au sein de la PASS (33%)

La grossesse représente 84 des 915 motifs de consultations (9%).

## Détail des procédures préventives

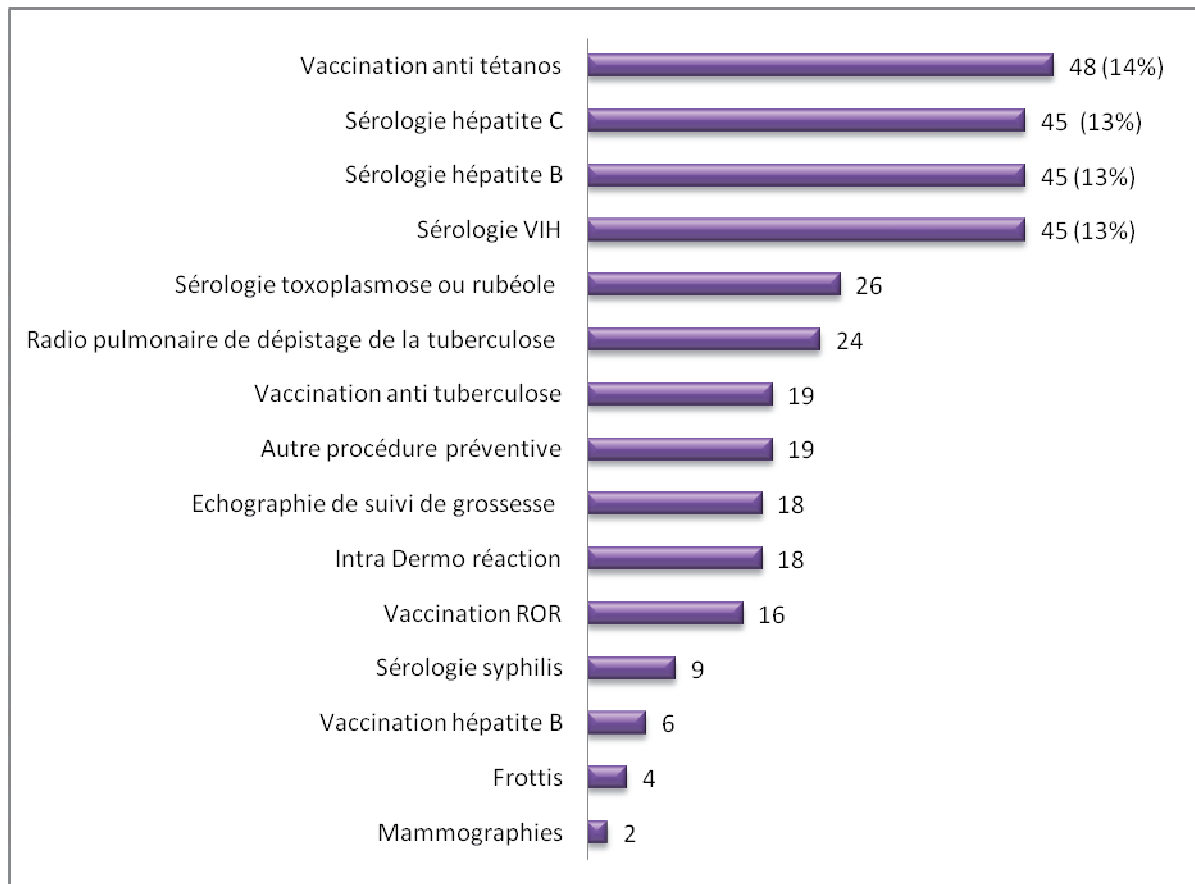


Figure 22: Procédures préventives (n=344)

Les 306 résultats de consultation (prévention) sont associés à 344 procédures préventives.

Les vaccins antitétaniques représentent 48 procédures (14%).

Les sérologies VIH ainsi que les sérologies hépatite B et hépatite C représentent 45 procédures chacune (13%).

## - Répartition des résultats de consultations par genre

### ➤ Chez les hommes

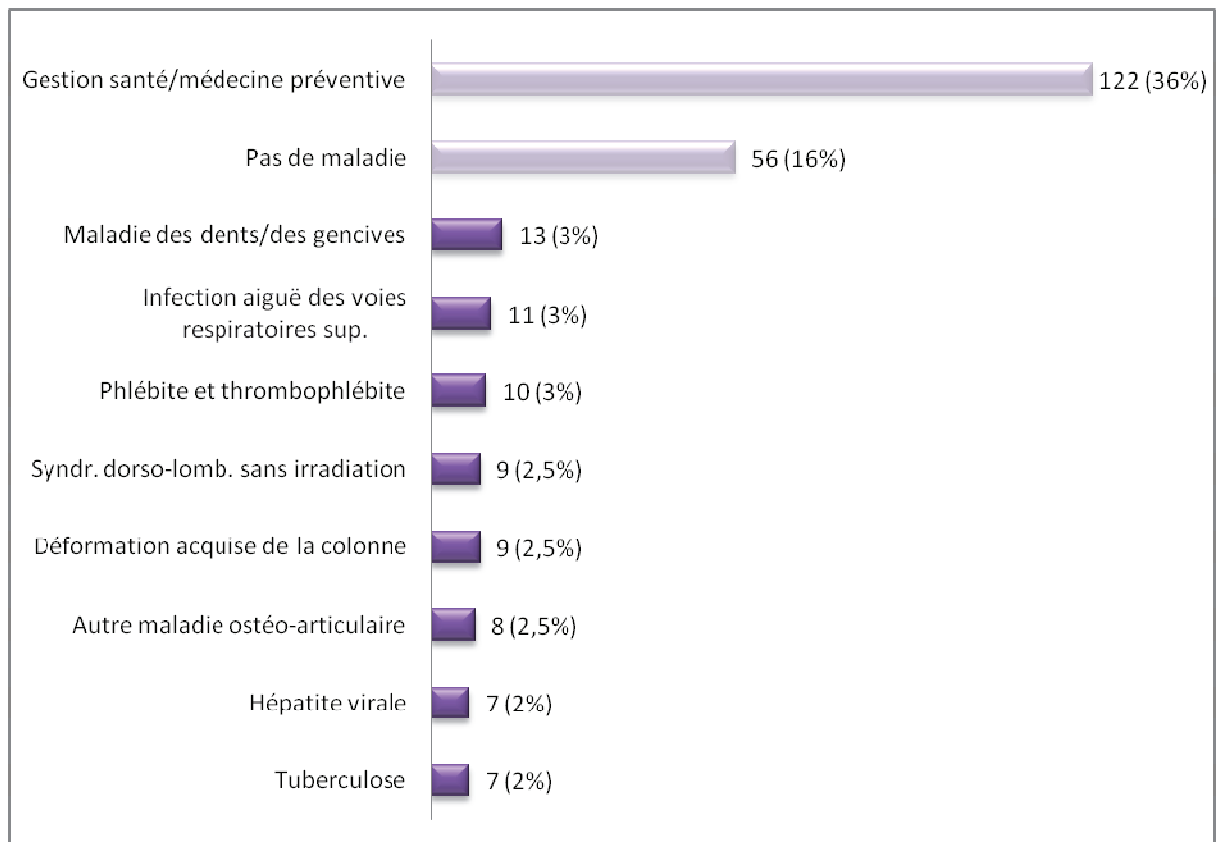


Figure 23: Répartition des résultats de consultations chez les hommes (n=342)

La gestion de santé et la médecine préventive représentent 36% des résultats de consultations chez les hommes.

Les problèmes dentaires représentent 4% des résultats de consultations.

### ➤ Chez les femmes

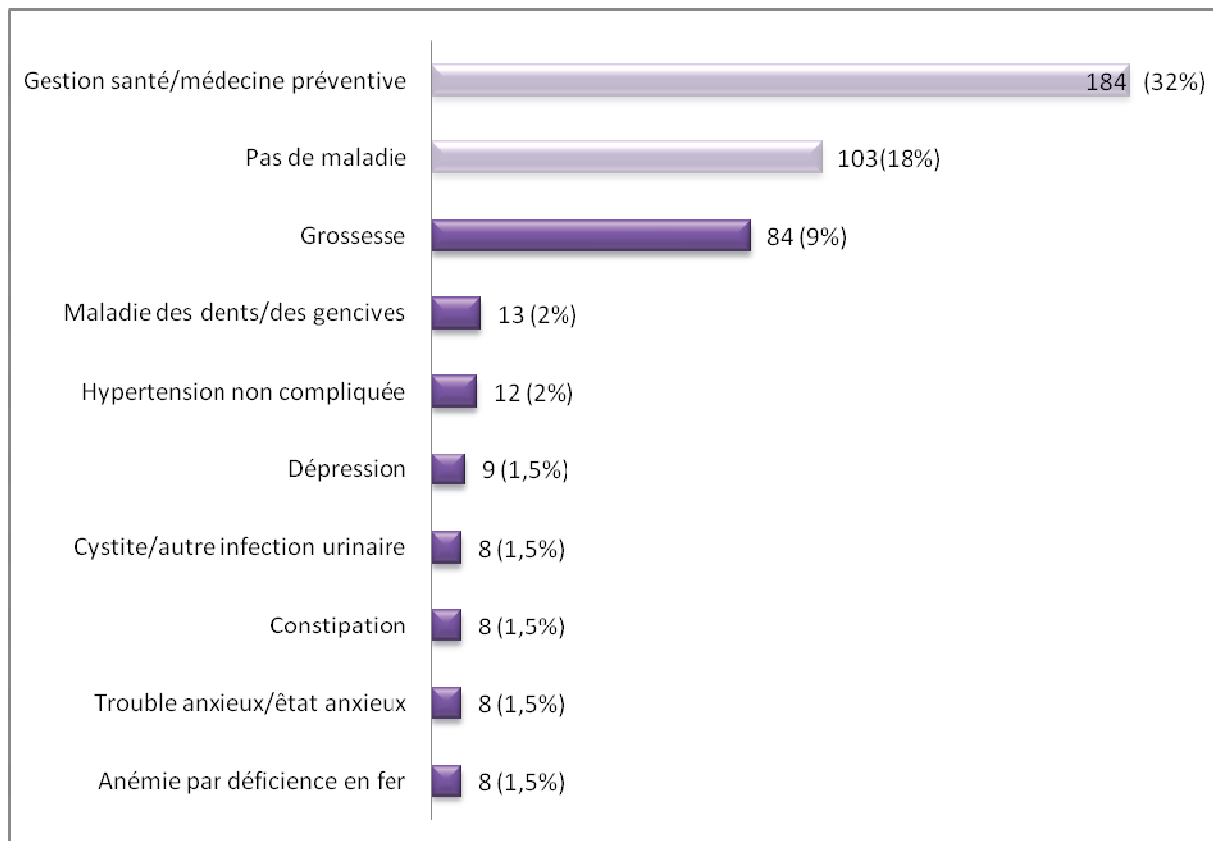


Figure 24: Répartition des résultats de consultations chez les femmes (n=573)

La majorité des résultats de consultations concernant les femmes est en lien avec la grossesse (9%) et l'activité préventive de la PASS (32%).

- Répartition des résultats de consultations par âge

➤ Moins de 15 ans

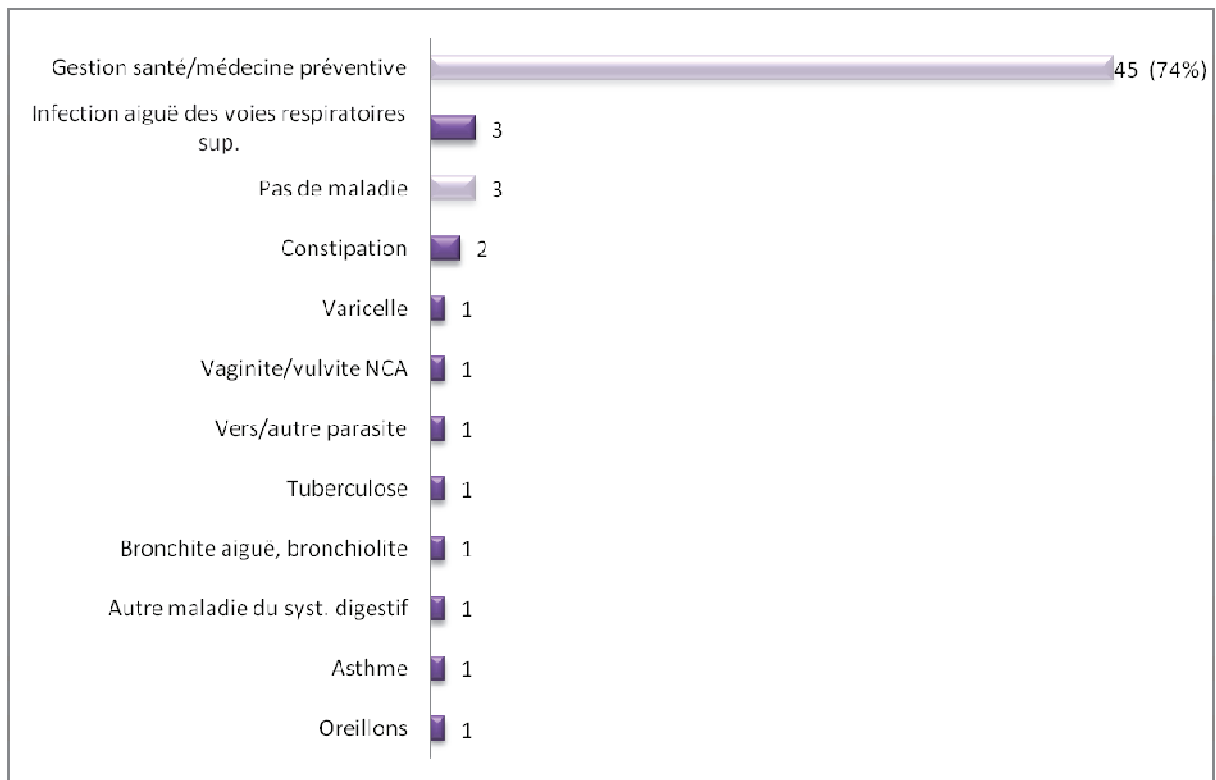
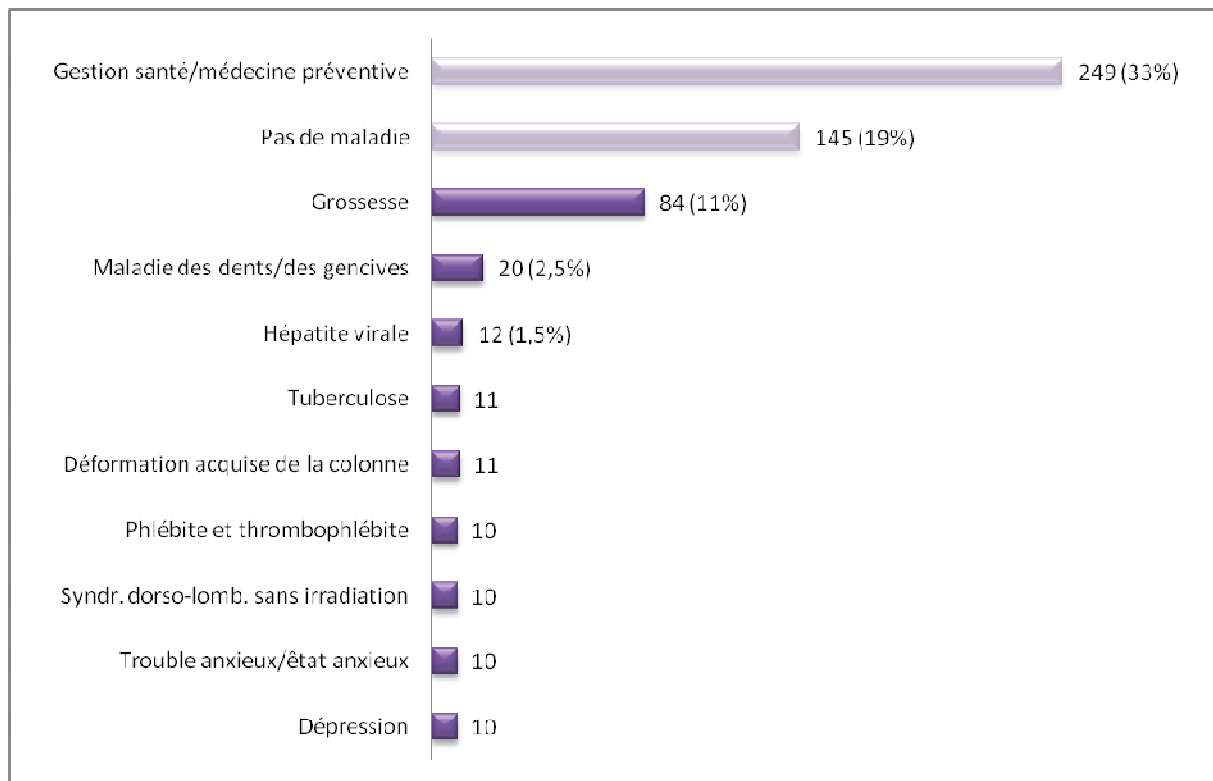


Figure 25: Résultats de consultations des patients âgés de moins de 15 ans (n=61)

L'activité de prévention concerne la majorité des résultats de consultations concernant les enfants de moins de 15 ans (74%).

➤ **De 15 à 50 ans**

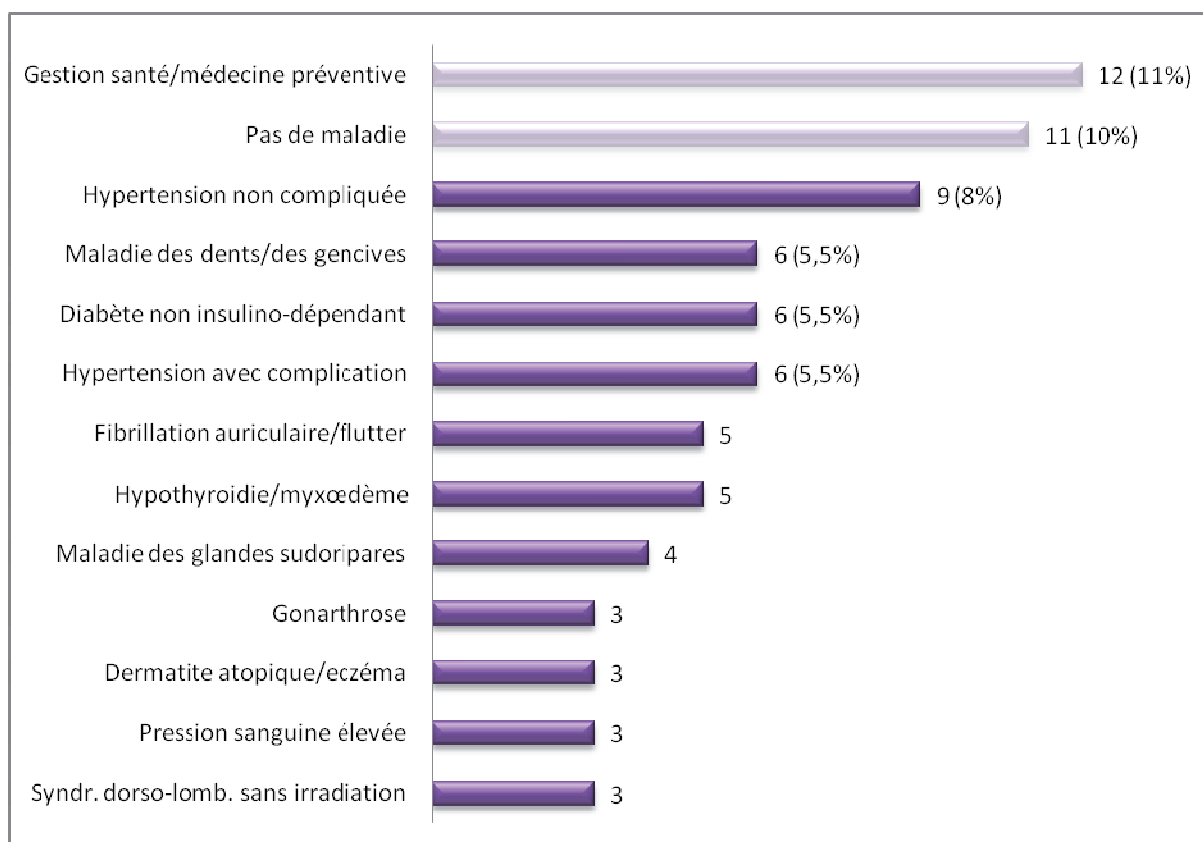


**Figure 26: Résultats de consultations des patients âgés de 15 à 50 ans (n=746)**

La gestion de santé et la médecine préventive représentent 33% des résultats de consultations pour la tranche d'âge 15-50 ans.

La grossesse représente 11% des résultats de consultations pour la tranche d'âge 15-50 ans.

➤ **Plus de 50 ans**



**Figure 27: Résultats de consultations des patients âgés de plus de 50ans (n=108)**

La gestion de santé et la médecine préventive représentent 12 résultats de consultations (11%).

L'hypertension artérielle non compliquée représente 9 résultats de consultations (8%).

L'hypertension avec complication représente 6 résultats de consultations (5,5%).

Le diabète non insulino-dépendant représente 6 résultats de consultations (5,5%).



- Répartition des résultats de consultations selon la nationalité

➤ Nationalité française

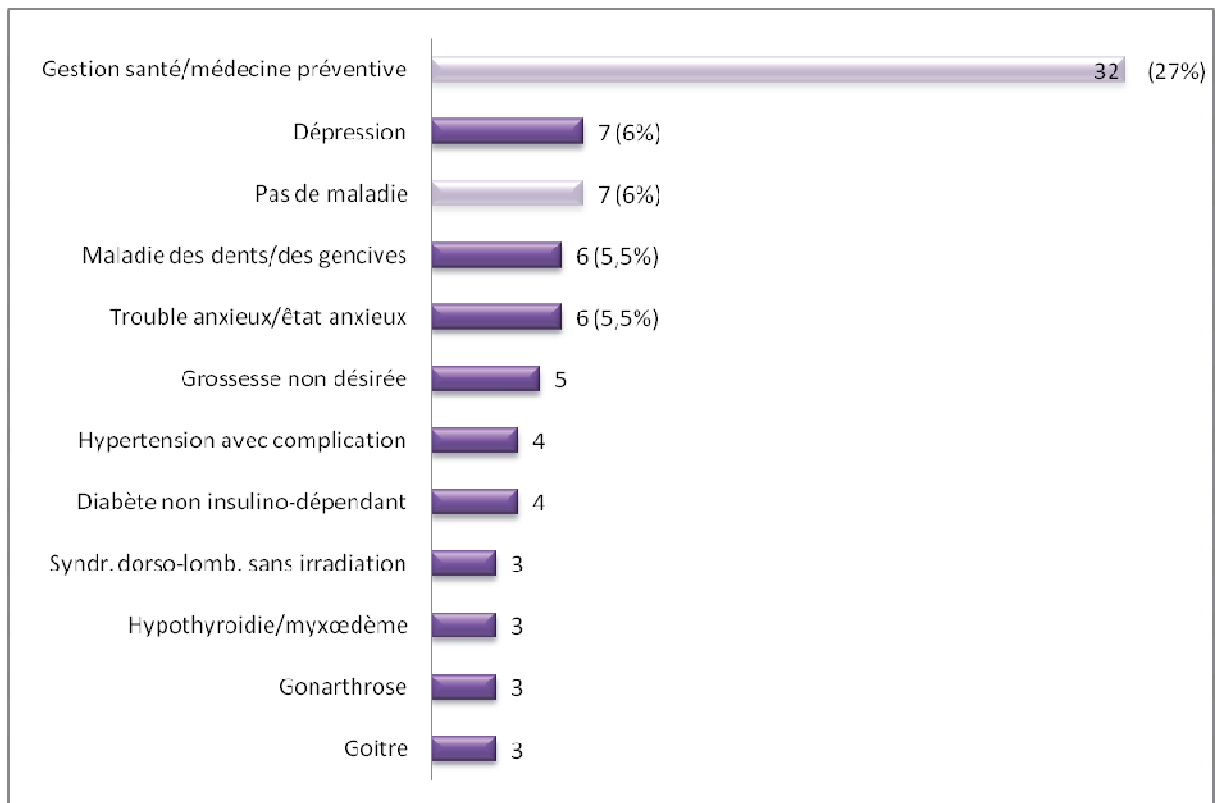


Figure 28: Résultats de consultations chez les patients français (n=118)

Après la médecine préventive, la majorité des résultats de consultations concernant les français sont dépression (6%), ou état anxieux (5,5%).

## ➤ Nationalités étrangères

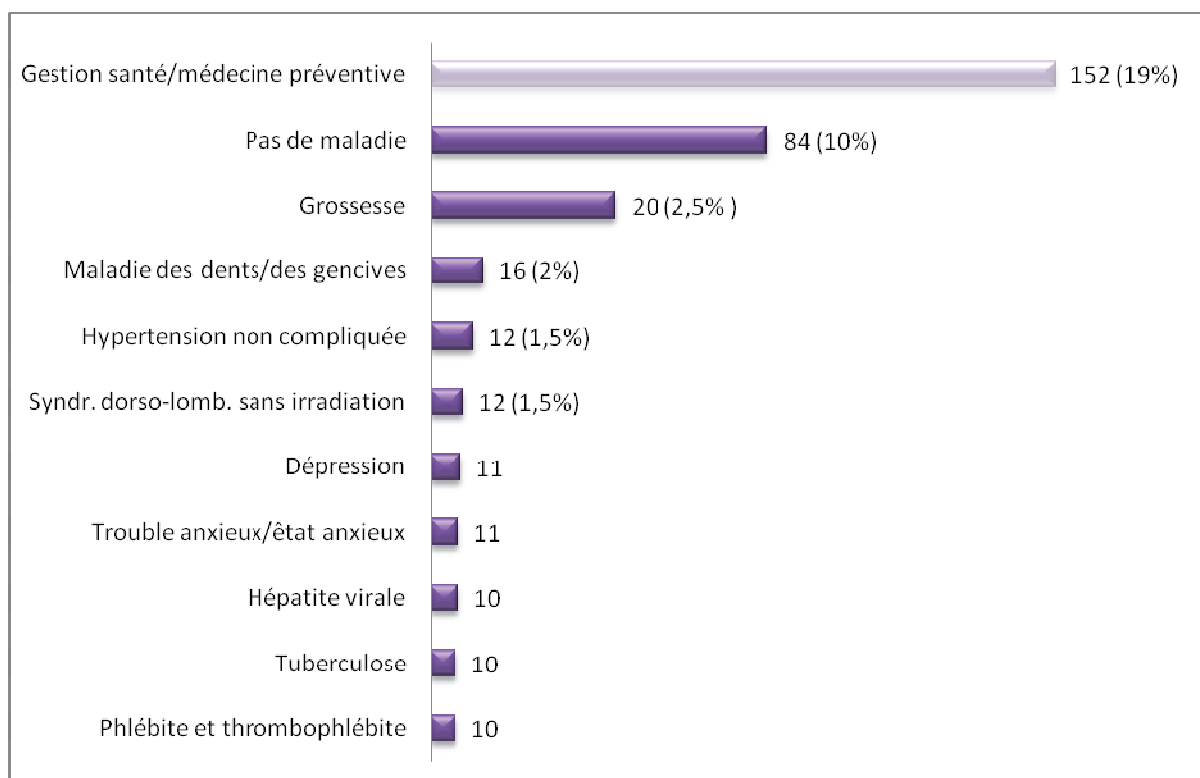


Figure 29: Résultats de consultations chez les patients étrangers (n=797)

La tuberculose, les hépatites virales représentent 12 résultats de consultations (1,5%).

Les grossesses représentent 82 résultats de consultations (10%).

Les maladies des dents et des gencives concernent 20 résultats de consultations (2,5%).

### ➤ Afrique subsaharienne

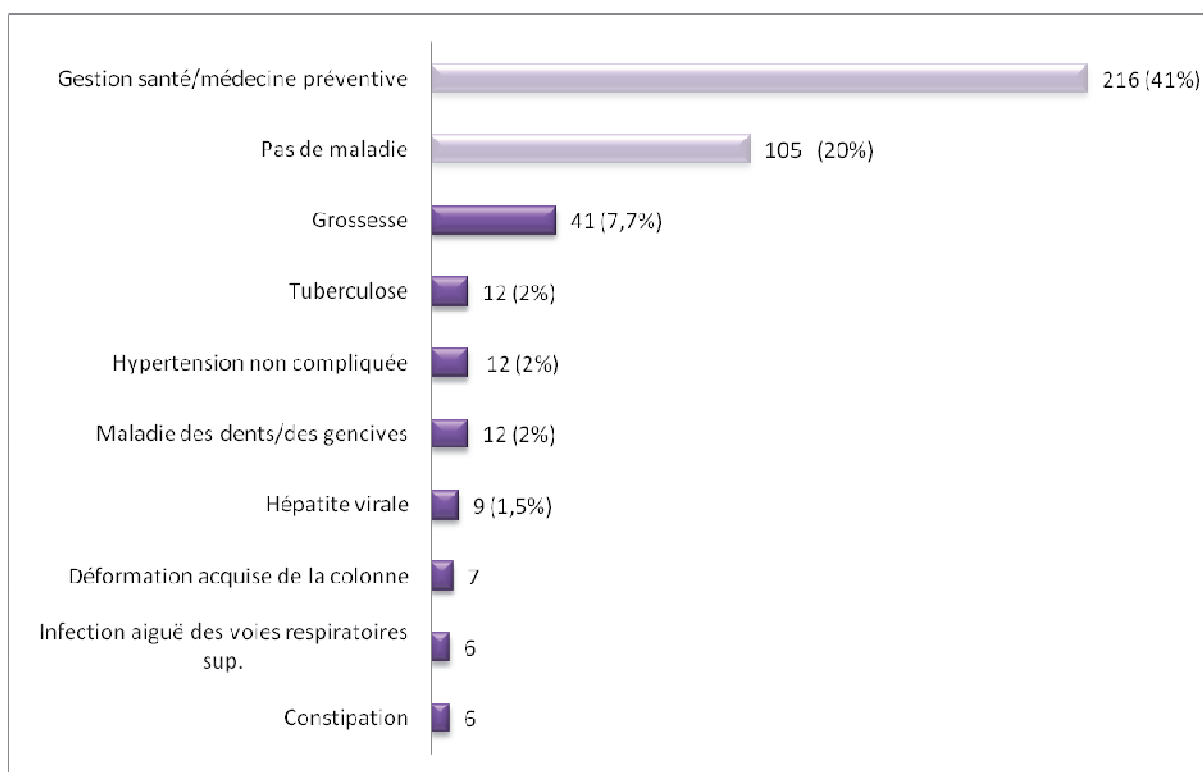


Figure 30: Résultats de consultations en fonction de la nationalité (Afrique subsaharienne) (n=528)

La gestion de santé et la médecine préventive représentent 216 des résultats de consultations (41%).

La grossesse représente 41 résultats de consultations (7,7%).

La tuberculose et les hépatites virales représentent respectivement 12 et 9 résultats de consultations (2% et 1,5%).

- Répartition des résultats de consultations selon le type d'habitat

➤ Habitat précaire

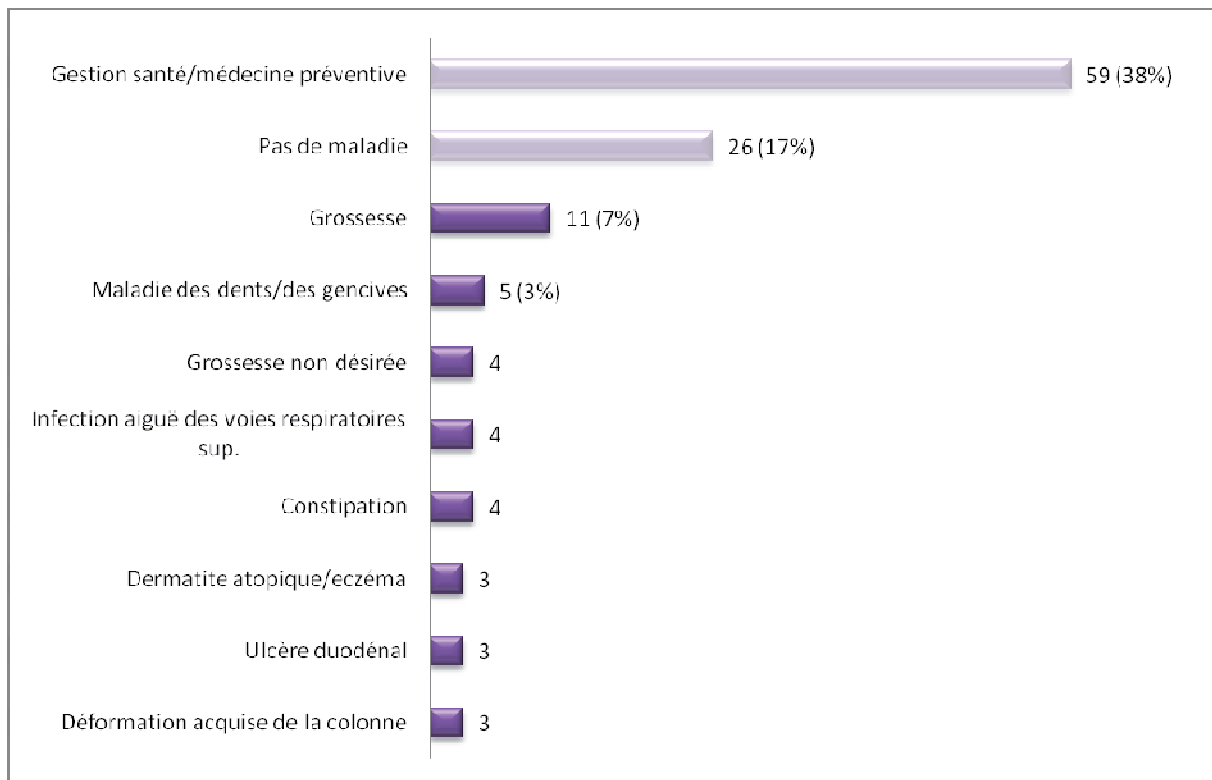
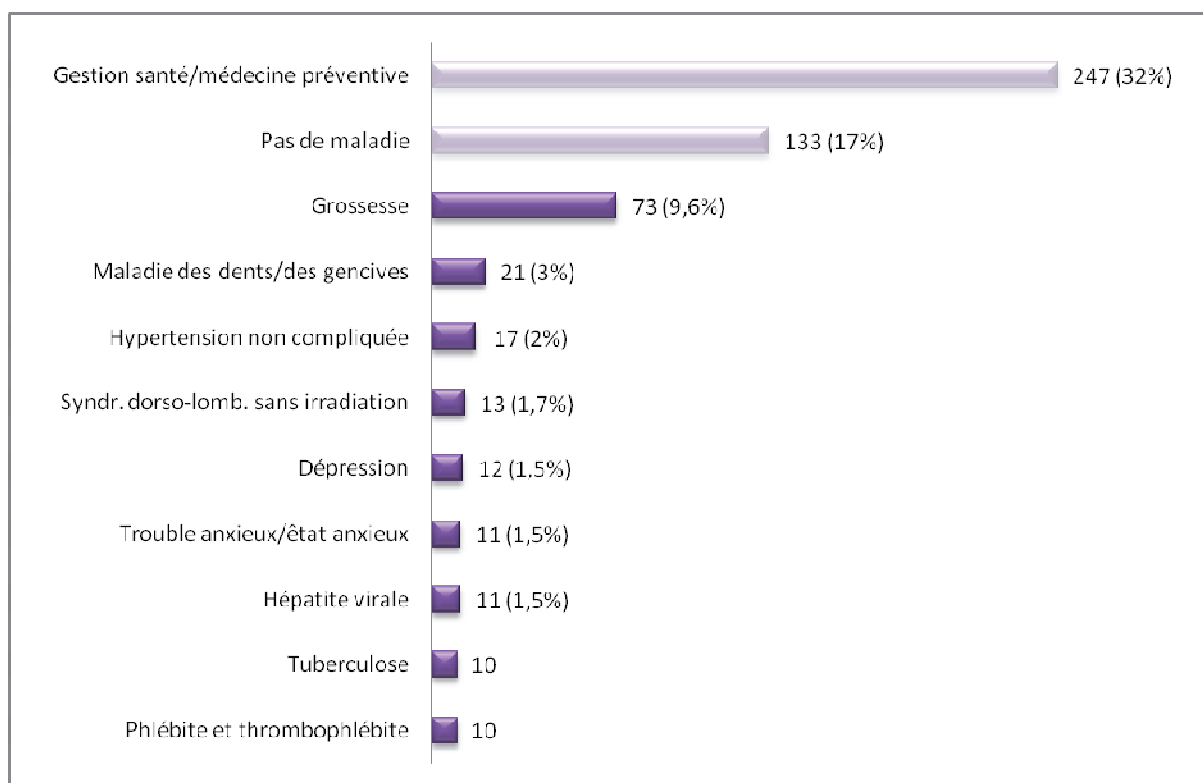


Figure 31: Résultats de consultations en fonction du type d'habitat : habitat précaire (n=154)

Les résultats de consultations concernant les patients à « habitats précaires » sont la médecine préventive (38%), la grossesse (7%), les douleurs dentaires (3,2%), les infections aiguës des voies respiratoires (3%).

➤ **Habitat fixe ; ami, famille**



**Figure 32: Résultats de consultations en fonction du type d'habitat (Fixe ; ami, famille) (n=761)**

Les grossesses représentent 73 résultats de consultations (9,6%).

Les troubles anxieux et la dépression représentent respectivement 12 et 11 résultats de consultations (1,5%).

## - Répartition des résultats de consultations selon la couverture sociale

### ➤ Aucune couverture sociale

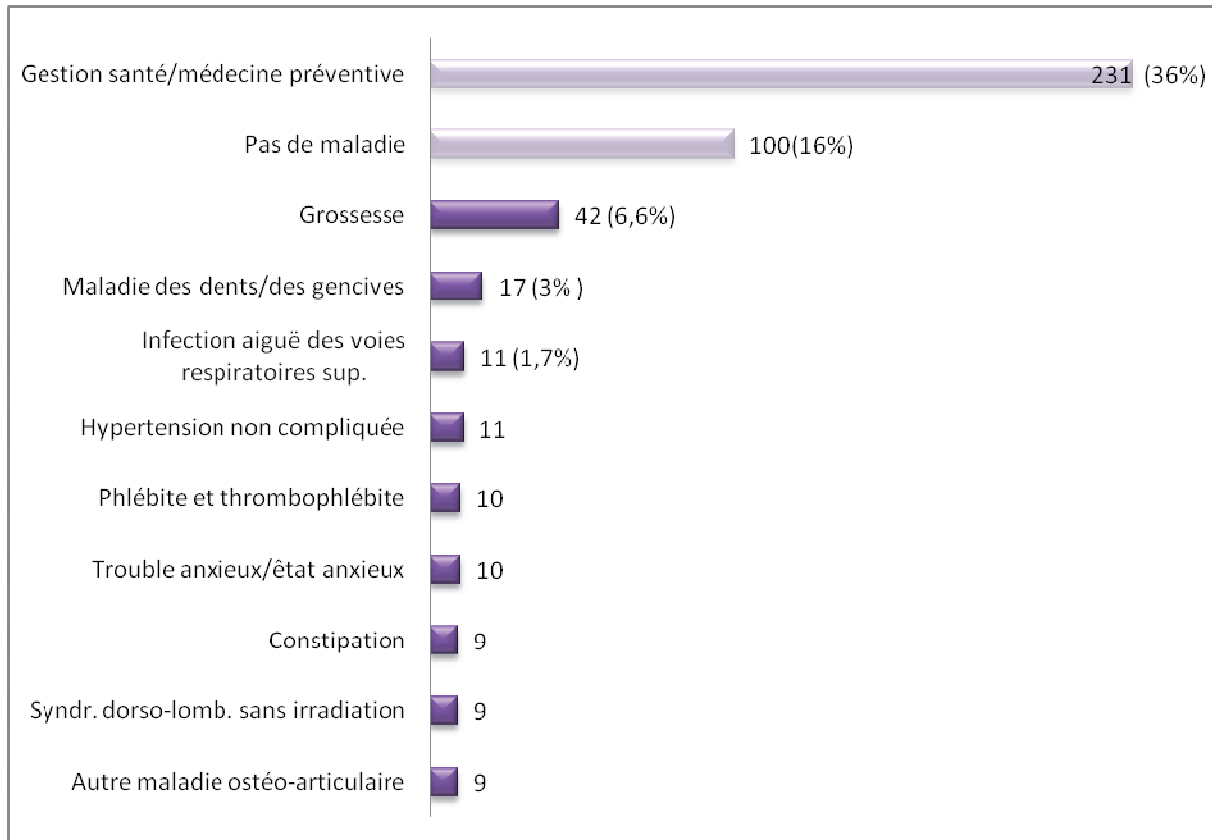


Figure 33: Répartition des résultats de consultation en fonction de la couverture sociale (n=636)

La gestion de santé et la médecine préventive représentent 231 résultats de consultations (36%).

La grossesse concerne 42 résultats de consultations (6,6%).

➤ **AME**

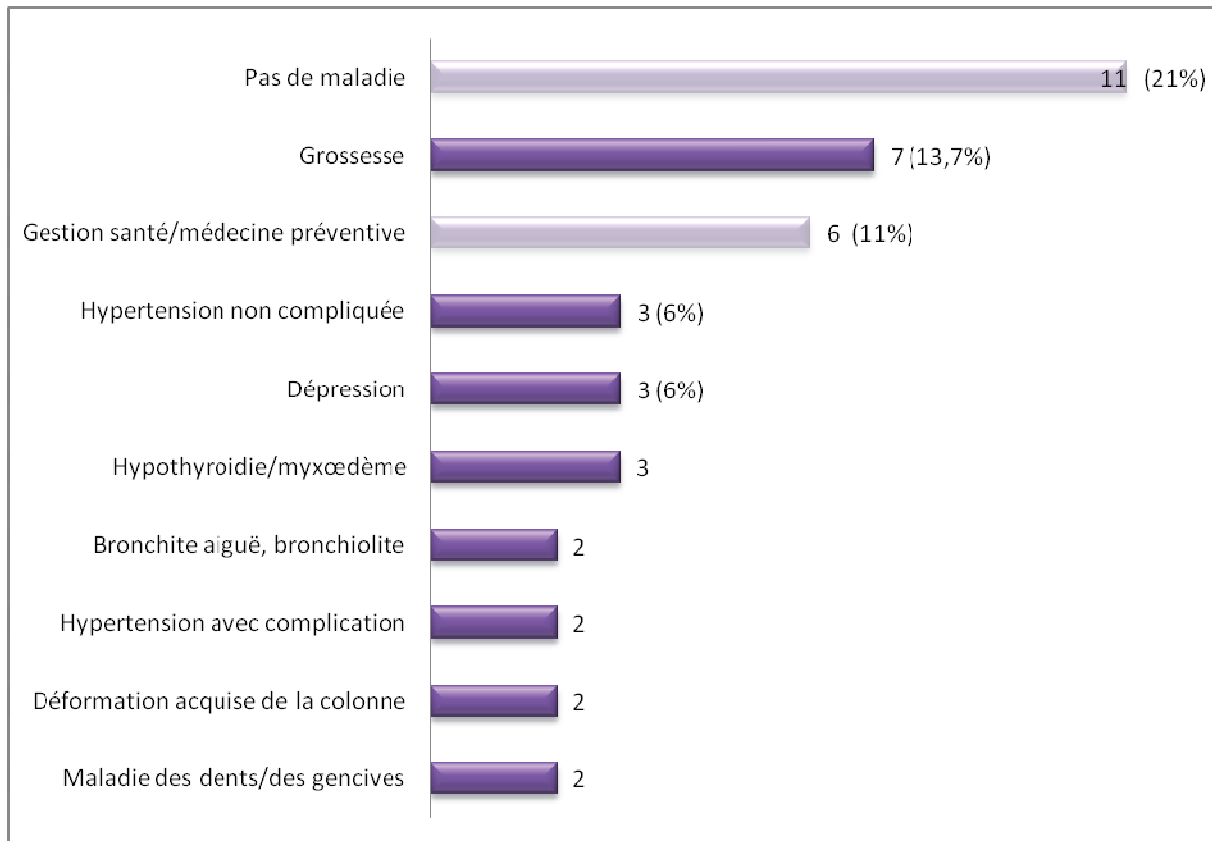
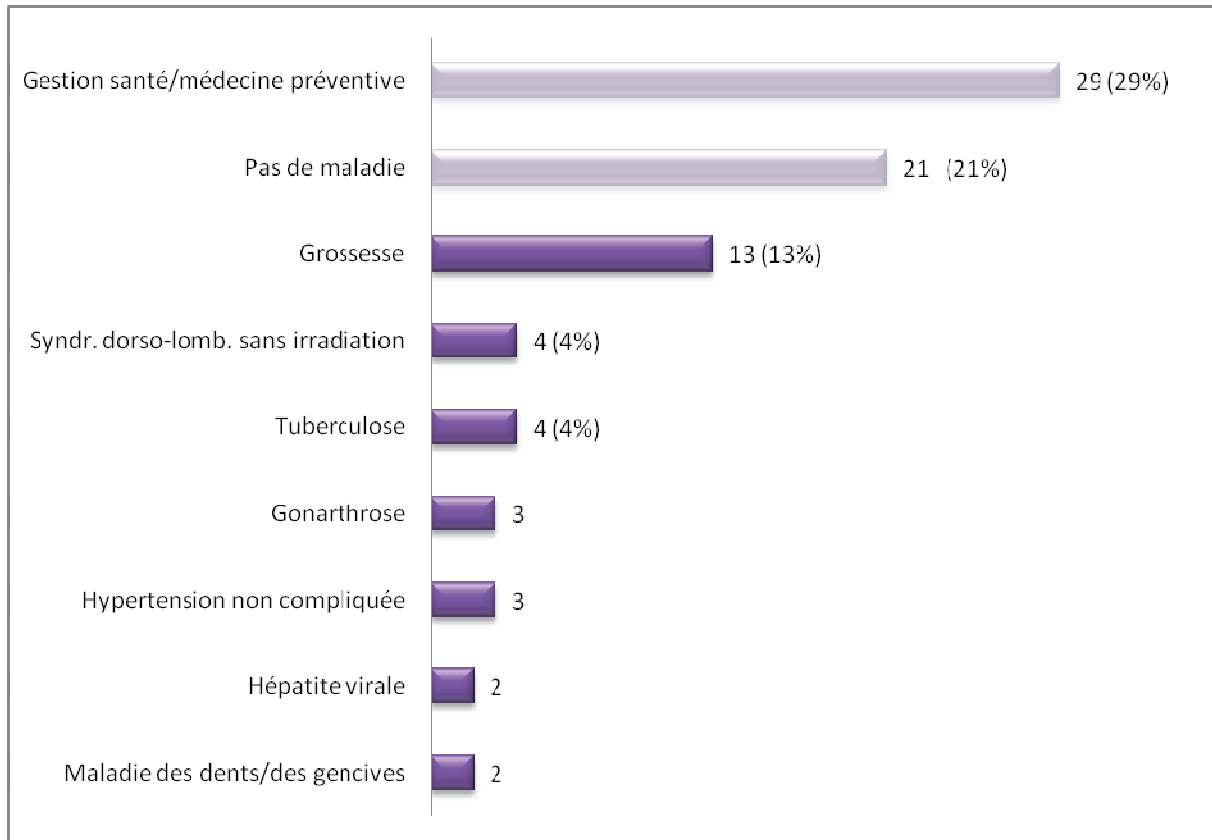


Figure 34: Répartition des résultats de consultation en fonction de la couverture sociale (n=51)

Chez les patients ayant l'AME, la grossesse représente 7 résultats de consultations (13.7%).

➤ **CMU-C**



**Figure 35: Répartition des résultats de consultations en fonction de la couverture sociale (n=99)**

Chez les patients ayant la CMU-C la grossesse représente 13 résultats de consultations (13%).



- Répartition des résultats de consultations en lien avec des maladies chroniques

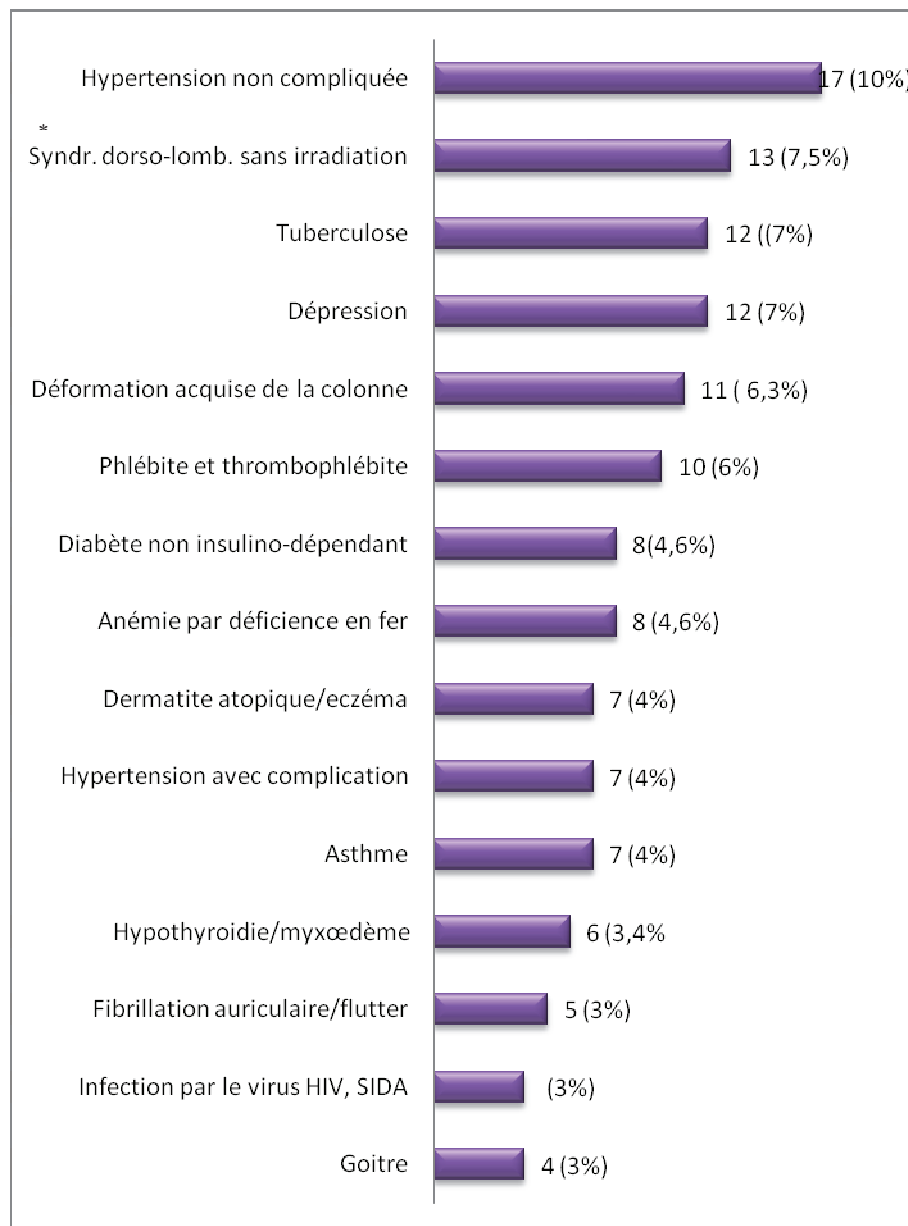


Figure 36: Résultats de consultations en lien avec des maladies chroniques (n=172)

\* syndrome dorso-lombaire sans irradiation comprend également une maladie aiguë comme le lumbago

L'HTA est la maladie chronique la plus fréquente : 17 résultats de consultations (10%), suivi des syndromes dorso-lombaire sans irradiation (7,5%), de la tuberculose et la dépression (7%).

Le diabète non insulino-dépendant représente 8 résultats de consultations (4,6%).

- Répartition des résultats de consultations : détails des consultations gynéco-obstétriques

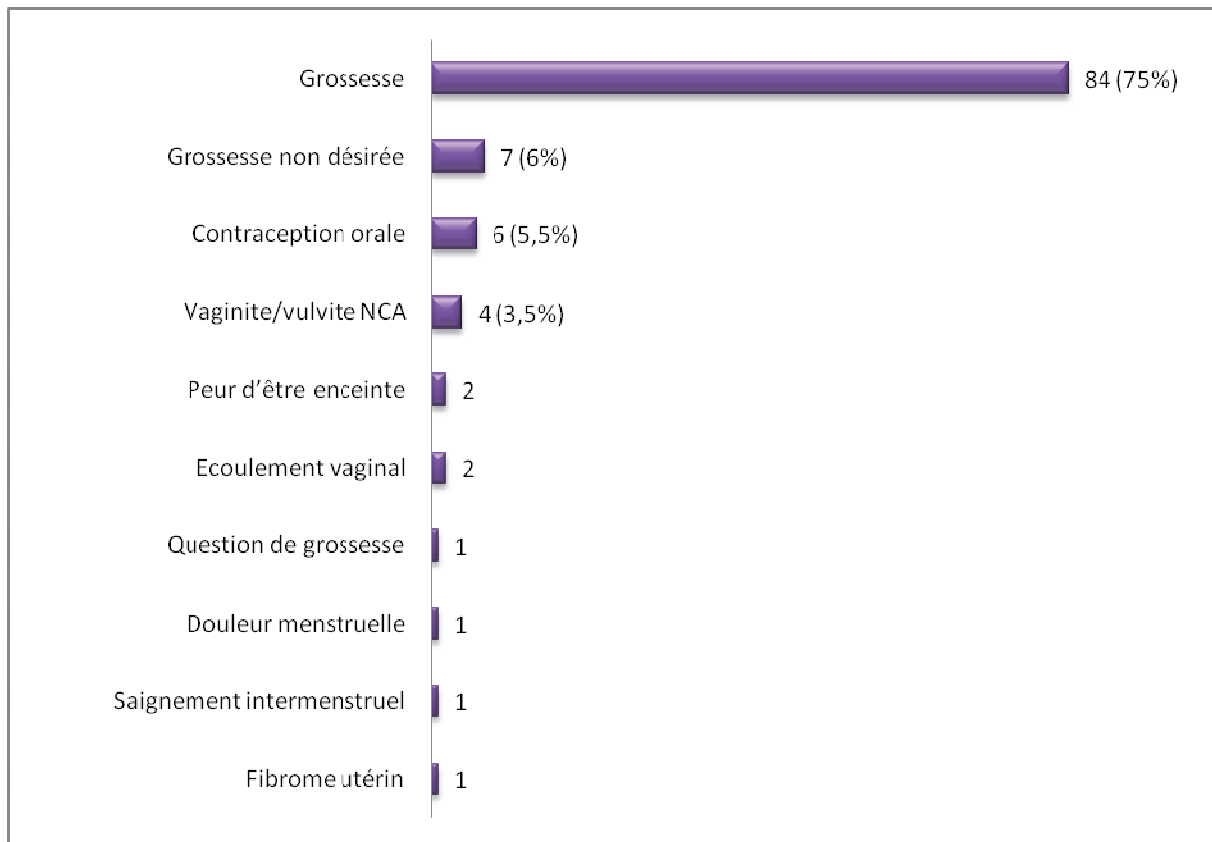


Figure 37 : Résultats de consultations en lien avec une pathologie gynécologique ou un état gynéco-obstétrical (n=112)

La grossesse et son suivi représentent 91 résultats de consultations (81%).

La contraception orale représente 6 résultats de consultations (5,5%).

- Répartition des résultats de consultations « infections »

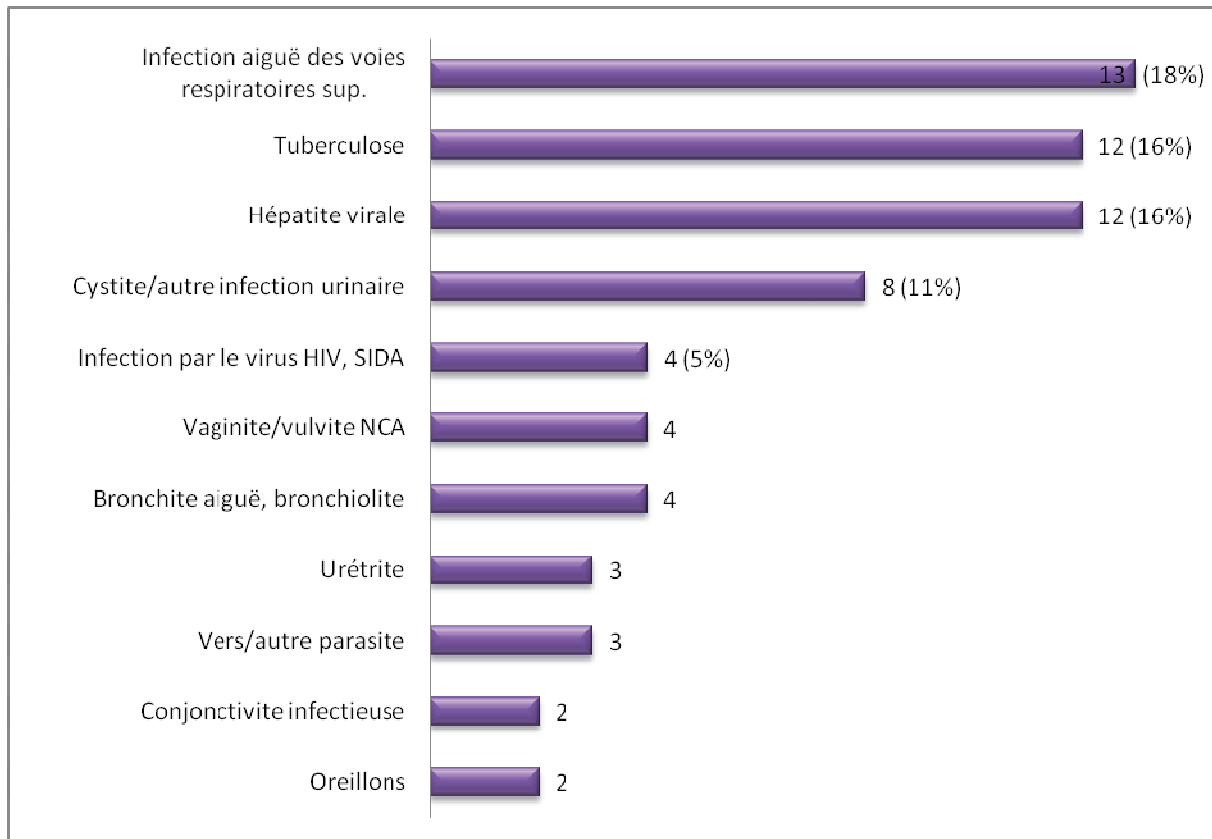


Figure 38 : Résultats de consultations infections (n=74)

Les infections aiguës des voies respiratoires supérieures représentent 13 résultats de consultations (18%). La tuberculose et les hépatites virales représentent chacune 12 résultats de consultations (16%).

## VI) Discussion

### 1) RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS

Nous avons pu recueillir sur l'année 2011 un nombre de 136 patients ayant bénéficié de 326 consultations médicales. Un total de 915 résultats de consultations a été codé. Parmi ces patients, 52% étaient des femmes et 38% des patients se situaient dans la tranche d'âge 30-50ans. Les résultats de consultations concernaient majoritairement des patients étrangers (87%) sans couverture médicale de base (70%) ni complémentaire (81%).

Trente-sept pour cent des motifs de consultations étaient des «épisodes nouveaux initiés par la PASS », c'est-à-dire des motifs de consultations proposés aux patients par le prescripteur : dépistage, vaccination...

Parmi les 915 résultats de consultations recueillis, 47% concernaient l'activité de dépistage et prévention et 13 % un suivi de grossesse. L'activité de prévention concernait la majorité des résultats de consultations concernant les enfants de moins de 15 ans (74%). Les maladies chroniques telles que l'hypertension artérielle avec ou sans complication concernaient 14% des patients de plus de 50 ans et le diabète de type II (5,5%). La tuberculose et les hépatites virales représentaient 24 résultats de consultations (16% des RC dans la catégorie infectieux).

La majorité des résultats de consultations des patients de nationalité française concernait un trouble psychique (dépression (6%), ou un état anxieux (5,5%)).

Le profil de patient le plus fréquemment rencontré à la PASS de Vernon en 2011 est celui d'une femme originaire d'Afrique subsaharienne, sans couverture médicale consultant pour un suivi de grossesse ou un dépistage.

## 2) DISCUSSIONS DES RESULTATS

### 2.1) Caractéristiques sociales et démographiques

#### ➤ Genre

Contrairement à ce qui est observé dans d'autres PASS, (PASS de l'hôpital Saint-Antoine à Paris, PASS de l'hôpital d'Avignon, PASS Jean Guillon de Nantes) et dans les CASO de Médecins du Monde, la majorité des patients consultant à la PASS de Vernon était des femmes (52%). Selon l'enquête de Allonier C, les femmes auraient généralement plus recours aux soins que les hommes (26).

De plus, les migrations pour motif familial prédominent désormais et se traduisent par une féminisation de la population immigrée : en 1999, les femmes représentaient la moitié des immigrés vivant en France contre 45 % en 1946 (27).

Elles regroupent la majorité des résultats de consultations (63%).

Dans son rapport de 2011, Médecins du Monde déclarait que 59,9 % des patients consultant des CASO était des hommes.

Le nombre important de grossesses, la nécessité d'un suivi prolongé, les examens complémentaires prescrits dans le cadre de ce suivi expliquent probablement la prédominance de résultats de consultations concernant les femmes.

#### ➤ Age

La majorité des patients a entre 30 et 50 ans (38%) et regroupe la majorité des résultats de consultations (45%). Cette prédominance résulte du fait que les patients qui effectuent le choix de la migration sont le plus souvent des adultes jeunes.

En effet, par définition, les immigrés ne naissent pas en France, et peu d'enfants ont été concernés par le regroupement familial, procédure plus souvent utilisée par les conjoints. Les immigrés sont aussi un peu moins nombreux aux âges élevés (28).

Les enfants de moins de 15 ans représentent 15% des consultants (n=20) et 6% des résultats de consultations (n=61), ce qui est comparable aux données des autres PASS (26) et aux données de Médecins du Monde (14). Il n'ont pas de couverture sociale de base pour 90% d'entre eux.

En 2011, 12,2 % des patients reçus aux CASO sont mineurs ; leur nombre est en constante augmentation depuis 2007 (14). Plus de 1 mineur sur 2 est âgé de moins de 7 ans. Parmi eux, moins d'un tiers est suivi par les services de la Protection

Maternelle et Infantile (PMI). Cette proportion s'améliore légèrement, lorsque la durée du séjour en France augmente, avec près de la moitié des jeunes suivis en PMI au-delà d'une année passée en France (14).

Concernant l'accès aux soins des mineurs, une circulaire du ministère de la Santé pose le principe selon lequel tout mineur peut bénéficier d'une couverture médicale immédiate, sans condition de durée de présence. Dans les faits, seuls 11 % des mineurs disposent de droits ouverts lorsqu'ils sont reçus la première fois dans les CASO, proportion plus faible encore que celle des autres patients (16 %). Les obstacles à l'accès aux droits et aux soins cités par les mineurs ou leurs accompagnants sont identiques à ceux des autres patients et concernent en premier lieu les difficultés administratives, la méconnaissance du dispositif d'accès aux droits et aux soins ou encore la barrière linguistique.

#### ➤ **Nationalité**

La majorité des résultats de consultations concerne des patients étrangers extracommunautaires originaires pour la plupart d'Afrique subsaharienne (58%). Or, dans sa thèse décrivant l'activité de la PASS de Vernon en 2000, Gilles Comoz décrit une population de 60% de patients français et 40% de patients étrangers (29). Cette évolution se retrouve dans les différents CASO (14). En effet, en 2000, plus de 2 patients sur 10 accueillis étaient français. Cette proportion a progressivement diminué au fil des ans avec un taux de 6.6% en 2011. Une des explications à cette évolution est l'instauration de la CMU qui a permis aux Français de consulter de moins en moins dans ce type de structure et de plus en plus dans des circuits de soins classiques via leur médecin traitant ou les urgences.

Les patients français qui consultent à la PASS sont en très grande précarité (13%). Ces patients n'ont pas effectué de démarches d'ouverture de droits CMU auxquels ils ont pourtant droit, par manque d'information, difficultés administratives, refus de confronter à des structures administratives, ou renoncement aux soins (14).

#### ➤ **Hébergement**

Quarante-sept pour cent des résultats de consultations concernent des patients ayant un domicile fixe, 36% sont hébergés par des amis ou de la famille.

Seulement 7% des patients se déclarent sans domicile fixe. Ces résultats diffèrent de l'étude de A.Trinh-Duc et al (regroupant l'analyse de 21 PASS) qui ont montré que les français qui consultaient les PASS étaient plus souvent isolés et sans domicile fixe. Les étrangers, quant à eux, sont plus souvent hébergés car bénéficiant du réseau de solidarité de leur communauté ou de la famille (35). Il semble que la très grande précarité de certains patients leur ôte même l'idée de venir consulter dans des structures telles que les PASS. Pour aider ces patients, des structures mobiles ou PASS mobile ont été créées pour aller à la rencontre de ces patients les plus marginalisés.

### ➤ **Couverture maladie**

La majorité des résultats de consultations est en rapport avec des patients n'ayant aucune couverture médicale de base (70%) ni aucune couverture médicale complémentaire (81%). Or si l'absence de couverture maladie de base est un obstacle majeur à l'accès aux soins, les études montrent que l'absence de complémentaire constitue également un frein au recours aux soins : les personnes sans complémentaire renonceraient 2 fois plus que les autres aux soins les moins bien couverts par le régime obligatoire.

Dans les CASO de Médecins du Monde en 2011, près de 80 % des personnes accueillies disposent de droits théoriques pour obtenir une couverture maladie au regard de leur situation administrative déclarée: 55,6 % relevaient de l'AME, 19,7 % de l'Assurance maladie et 2,6 % d'un système de protection sociale d'un autre pays européen.

Les patients ne relevant d'aucun dispositif (22,1 % en 2011) se heurtent pour la plupart au critère de résidence de plus de 3 mois en France imposé depuis 2004 pour l'ouverture des droits. L'accès effectif aux droits s'avère difficile pour les consultants des CASO. Ainsi, seuls 16 % des patients relevant d'un dispositif de couverture maladie disposent de droits ouverts lorsqu'ils sont reçus la première fois au CASO, alors que près de 80 % pourraient y prétendre.

Ces résultats illustrent l'importance du rôle de l'assistant social qui voit au préalable tous les patients et leur permet d'ouvrir des droits sociaux et de réintégrer un circuit classique de prise en charge. Tous les patients, une fois leurs droits ouverts, partent

avec un choix de médecin traitant et une lettre résumant la prise en charge de la PASS.

## **2.2) Caractéristique sanitaire**

### **2.2.1) Activité de prévention et de suivi**

#### **➤ Maladies Sexuellement Transmissibles, Infections Sexuellement Transmissibles, hépatites**

L'activité de prévention est prépondérante dans les différentes populations consultant la PASS (33%). En fonction de leur prévalence dans le pays d'origine et des facteurs de risque de contamination, une sérologie VIH, une sérologie hépatite B, une sérologie hépatite C et un dépistage de la syphilis ont été proposés.

Parmi les 306 résultats de consultations concernant l'activité de prévention et suivi, 45 sérologies VIH ont été pratiquées, ainsi que 45 sérologies hépatite B et hépatite C. Neuf sérologies de dépistage de la syphilis ont été effectuées.

Les autres résultats de consultation en rapport avec la prévention concernaient le dépistage de la tuberculose, la mise à jour des vaccinations, les frottis cervico-vaginaux ....

En France, les populations migrantes et/ou précaires sont, pour la plupart, en grande difficulté d'accès à la prévention et par conséquent plus vulnérables aux pathologies infectieuses comme le VIH et les hépatites. Il est donc très important de renforcer la prévention et d'améliorer l'accès au dépistage et aux soins pour les populations rencontrées, de délivrer des messages de prévention en les adaptant à la population étrangère et/ou précaire, et d'inciter les patients à se faire dépister précocement pour le VIH, les hépatites, les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et la tuberculose, afin de faciliter une prise en charge précoce et l'accès aux soins.

Des programmes de prévention du VIH, des hépatites, des IST et de la tuberculose ont été mis en place dès 2003 dans les CASO. En France, on estime à environ 6 300 le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité au VIH en 2010. La proportion de sérologies confirmées positives est estimée au niveau national à 2,2 ‰ en 2010. Les personnes nées à l'étranger sont plus touchées par l'épidémie : dans son rapport de 2011, Médecins du Monde estime que 47 % des patients ayant



découvert leur séropositivité sont de nationalité étrangère et 67 % de ceux-ci sont originaires d'Afrique subsaharienne.

L'enquête sur la prévalence des hépatites B et C en France montre une prévalence de 0,84 % pour le VHC et de 0,65 % pour le VHB en 2004. Cette enquête souligne l'influence de la précarité sociale sur ces prévalences : les prévalences de l'hépatite B et de l'hépatite C étaient respectivement 3 et 3,5 fois plus élevées chez les bénéficiaires de la CMU-C que chez les non-bénéficiaires.

#### ➤ **La tuberculose**

En fonction du pays d'origine (Afrique subsaharienne, Maghreb), la PASS propose un dépistage de la Tuberculose en lien avec le Centre de lutte antituberculeux d'Evreux (CLAT) avec une radio pulmonaire chez 24 patients et/ou une intra dermo réaction (IDR) pour 35 patients.

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire.

En 2010, la France est un pays à faible incidence de tuberculose avec un taux de déclaration plus élevé en Ile-de-France notamment à Paris (22,1/100 000).

#### ➤ **Les vaccinations**

Quarante huit vaccinations antitétaniques ont été effectuées en 2011 à la PASS de Vernon.

L'activité préventive est majoritaire chez les enfants de moins de 15 ans avec la mise à jour des vaccinations (74% des résultats de consultations pour cette tranche d'âge) alors qu'elle ne représente que 11% des résultats de consultations des patients âgés de plus de 50 ans. Dans les CASO, la vaccination apparaît globalement insuffisante avec seulement 26 à 41 % des personnes à jour concernant le tétanos, la diphtérie/polio, la tuberculose et l'hépatite B. La situation des jeunes de moins de 18 ans sur ces questions apparaît meilleure avec des taux de couverture vaccinale variant de 54 % pour l'hépatite B à environ 71 % pour le tétanos.

#### ➤ **Dépistage des cancers féminins**

Quatre frottis cervico-vaginaux (FCV) ont été réalisés et 2 mammographies de dépistage du cancer du sein ont été proposées par la PASS de Vernon en 2011.

Le rapport de Médecins du Monde de 2013 a mis en évidence un très faible recours au FCV parmi les femmes fréquentant les CASO par rapport à la population générale

française. D'après cette enquête, seul un tiers des femmes de 25- 65 ans interrogées ont déclaré avoir fait un FCV au cours de leur vie contre 94,9% des femmes interrogées en population générale en France en 2010 (31).

Concernant le cancer du sein, près de 70% des femmes consultant les CASO de 50 à 74 ans ont déclaré n'avoir jamais bénéficié d'une mammographie. La part des femmes ayant réalisé une mammographie dans les 2 ans est très inférieure à celle retrouvée dans la population générale (87,5%) selon le baromètre cancer de 2010 (31).

### ➤ **La contraception**

Seulement 6 résultats de consultations étaient en rapport avec une demande de contraception dans notre étude (5,3% des résultats de consultations en lien avec une grossesse ou un état gynéco-obstétrical n=112). Ce faible recours à la contraception est également décrit dans le rapport de Médecins du Monde. En effet, si les femmes fréquentant les CASO démarrent leur sexualité au même âge que les femmes françaises, elles adoptent beaucoup moins souvent une contraception. Seules 23,5% des femmes de 15- 54 ans utilisent une contraception de manière régulière contre 72% des femmes en population générale (31).

Tous ces résultats soulignent l'existence de très fortes inégalités sociales en matière de pratiques préventives alors que les femmes en situation de précarités sont plus vulnérables et présentent des facteurs de risques de développement de lésion précancéreuse (31).

### **2.2.2) La grossesse et son suivi**

Vingt et une patientes ont consulté à la PASS pour un suivi de grossesse.

Dix-sept patientes étaient étrangères avec en moyenne 4,6 résultats de consultations par patiente. La grossesse et son suivi ont représenté 9% de l'ensemble des résultats de consultations toutes populations confondues et 15% des résultats de consultations concernant les femmes.

Le nombre important de grossesse peut être expliqué par la prédominance de femmes dans notre population et par le suivi qui est probablement mieux respecté lorsque cela concerne une grossesse. Par ailleurs, le plateau technique et le service

de gynéco obstétrique sont particulièrement bien organisés à Vernon et sont très réactifs face aux demandes d'examens et de consultations émanant de la PASS.

L'importance du nombre d'examens complémentaires proposés aux patientes notamment les sérologies toxoplasmose et rubéole effectuées à chaque consultation, les échographies de suivi induisent des résultats de consultations supplémentaires en lien avec la grossesse.

La prévention et le suivi pour les grossesses chez les patientes étrangères est particulièrement important. Ces patientes ont un surrisque de grossesses pathologiques. En effet, l'étude épidémiologique de Saurel-Cubizolles et co. a permis de montrer en 2010 que les femmes étrangères bénéficiaient moins souvent que les Françaises des sept consultations prénatales minimales prévues pour le suivi d'une grossesse sans complications. En 2007, en France, la mortalité était de 8,9 pour 1 000 naissances chez les Françaises, contre 13,9/1 000 chez les femmes d'Afrique subsaharienne et 10,6/1 000 chez les femmes d'autres nationalités. Le taux d'hypotrophie était significativement plus élevé pour les femmes d'Afrique subsaharienne que pour les femmes françaises, ce qui n'était pas le cas pour les autres groupes de nationalités (32).

Le taux de mortalité maternelle des femmes étrangères était de 12,5 pour 100 000 naissances vivantes versus 7,9 pour les Françaises. Il existe des disparités entre les nationalités étrangères elles-mêmes. Le taux pour les femmes de nationalité étrangère autre que celles de l'Europe ou du Maghreb était 2 à 3 fois plus élevé que celui des Françaises. Ce surrisque est en partie associé aux complications de l'hypertension et aux infections, mais également à une part plus élevée de soins non optimaux (absence de suivi des grossesses, exposition à des facteurs de risques importants (logement précaire et/ou insalubre), absence de dépistages et traitements préventifs...) parmi ces femmes (32).

### **2.2.3) Les pathologies psychiatriques**

La majorité des résultats de consultations concernant les patients français était un trouble psychique (dépression (8%), ou état anxieux (7%)), ce qui correspond également aux données de Médecins du Monde (14).

Dans les CASO, en 2011, un trouble psychologique ou psychiatrique a été diagnostiqué chez 11 % des personnes reçues en consultation. Les troubles les plus fréquemment rencontrés sont les troubles anxieux et les syndromes dépressifs. Les affections psychiatriques plus graves comme la psychose ont été diagnostiquées chez 0,5 % des patients. La souffrance psychique n'est pas toujours reconnue et exprimée par les patients, ce sont bien souvent les médecins qui la repèrent, intriquée à d'autres affections. Trente-deux pour cent des personnes présentant un trouble psychique ou psychiatrique consultent pour un autre motif.

De nombreux symptômes psychiques s'expriment par d'autres types de plaintes : douleurs abdominales, cervicalgie ..., et sont donc classés dans d'autres catégories de résultats de consultations.

L'impact psychologique face à l'épreuve de migration, les difficultés liées au déracinement culturel, et l'éloignement familial, sont des éléments favorisant le développement de trouble psychiatrique.

Dans une étude réalisée auprès des centres de santé du COMEDE (Comité médical pour les exilés), plus de 60% des patients avaient subi des violences dans leur pays d'origine et près d'un quart la torture. Le taux de prévalence des psycho-traumatismes était de 11,2 %, il était plus élevé chez les personnes âgées de 29 à 49 ans, chez les femmes et variait selon la nationalité.

L'accès aux soins de santé mentale pour les étrangers en situation précaire est particulièrement difficile du fait d'obstacles spécifiques comme la barrière linguistique qui rendent complexe leur prise en charge à long terme. Le renforcement des dispositifs existants, des traducteurs, et en particulier des permanences d'accès aux soins psychiatrique serait essentiel pour assurer une meilleure prise en charge de ces patients. Le développement de consultations transculturelles permettrait de répondre aux besoins spécifiques des populations migrantes.

Médecins du Monde met en évidence dans son rapport une plus grande précarité des patients français consultant les CASO avec une proportion plus importante de SDF(14) (35). Ces personnes souffrent plus fréquemment de troubles psychiques. L'exclusion peut entraîner de fortes souffrances psychiques et/ou renforcer des troubles mentaux préexistants, comme en témoigne l'enquête Samenta (33) menée en Île-de-France auprès des personnes sans logement. Selon cette étude, un tiers

d'entre- elles souffrent de troubles psychiatriques sévères et un cinquième au moins d'une addiction, ces niveaux étant bien plus élevés qu'en population générale.

Les données concernant les patients français de Vernon diffèrent des résultats de la PASS d'Avignon (34) avec seulement 8 résultats de consultations concernant des SDF français sur les 45 patients résultats de consultations.

Les études de Médecins du Monde (14) et de Trinh-Duc A (35), confirment la prédominance des pathologies psychiatriques chez les patients français par rapport aux patients étrangers.

#### **2.2.4) Les pathologies chroniques**

Les personnes de plus de 50 ans constituent un groupe minoritaire mais cumulent les difficultés médico-sociales liées à la précarité et celles liées aux pathologies chroniques. Le dépistage des pathologies chroniques est essentiel lors d'une consultation. Elles peuvent rester longtemps silencieuses et sans dépistage, les personnes concernées attendront les complications de la maladie pour consulter à nouveau (parfois plusieurs années plus tard), sans avoir pu bénéficier des soins médicaux destinés à ralentir l'évolution et à prévenir les complications graves.

Des maladies chroniques telles que l'HTA (10%) et le diabète de type 2 (4,6%) ont été codées dans notre étude. Les 172 résultats de consultations en lien avec des maladies chroniques ont été répartis sur 67 consultations soit 2,5 consultations en moyenne par maladie.

Ces données sont un peu différentes de la PASS de Nantes où les maladies cardiovasculaires représentent 75,9% des consultations, les dyslipidémies 53.5%, le diabète 13%.

Les données de la littérature montrent bien un lien entre diabète et précarité, la prévalence de la maladie augmentant avec la précarité (37).

Ce faible pourcentage de diabétiques de type 2 peut s'expliquer par l'âge de la population consultant à la PASS inférieur à 50 ans pour 88% de la population.

La pathologie cancéreuse représente 7.4% des consultations de la PASS de Nantes alors que nous n'en avons recensé aucune. Cette différence peut s'expliquer par le manque de dépistage des cancers à la PASS de Vernon. Ce dépistage spécifique est en général confié au futur médecin traitant, choisi après ouverture de droit sociaux. En effet, lorsqu'un patient consulte pour la première fois à la PASS, s'il n'a

pas de droit ouvert, celui consultera à la PASS jusqu'à obtention de ces droits (CMUC, AME...) Chaque patient de la PASS sera ensuite orienté vers un médecin traitant avec une lettre résumant la prise en charge tant au niveau social que médical.

Les structures comme la PASS de Vernon sont des structures qui peuvent prendre en charge certaines maladies chroniques mais dont le but principal est de réinsérer les patients dans un circuit de soins classique.

### **2.2.5) Les pathologies infectieuses**

La tuberculose et les hépatites virales ont représenté 12 résultats de consultations (1,3% des résultats de consultations) et 16% des pathologies infectieuses.

Le VIH a représenté 2% des résultats de consultations.

Il existe des réseaux de soins bien organisés et spécifiquement dédiés à la prise en charge des patients séropositifs pour le VIH (service de maladie infectieuse du CHU de Rouen) et des patients tuberculeux (CLAT d'Evreux).

Il y a de ce fait un biais de recrutement, ces patients ne s'adressant pas directement à la PASS.

Certaines PASS notamment celle de Saint-Antoine à Paris s'occupent en particulier des patients VIH avec un recrutement allant de 7 à 30% selon les études (38)

### **3) DISCUSSION DE LA METHODE**

#### **3.1) Limites**

Cette étude a été menée de manière rétrospective en analysant les dossiers de l'année 2011. C'est une photographie à un instant donné des patients, et leurs caractéristiques médico-sociales évoluent dans le temps.

Les consultations sont effectuées à la PASS de Vernon par plusieurs médecins généralistes. Le recueil de données des consultations peut donc être différent d'un médecin à l'autre, ce qui représente un premier biais.

Par ailleurs, les données médicales ont été codées rétrospectivement par une seule personne ce qui représente un second biais dans l'analyse des données.

Ce problème ne se pose pas pour le recueil social et démographique, puisque l'assistant social remplissait de manière exhaustive un tableau déjà codé et validé précédemment au sein de la PASS.

#### **3.2) Points forts**

Les données sociales ont été recueillies à l'aide du dossier social et ne sont pas soumises à interprétation contrairement aux données médicales.

La Classification Internationale des soins Primaires est un outil de codage particulièrement adapté aux consultations de la PASS permettant de retranscrire l'activité en termes de motifs et de résultats de consultations.

Le recueil a pu être effectué pour 75% des consultations de l'année 2011 grâce à ce codage simple.

#### **4) PERSPECTIVES**

Cette étude réalisée à la PASS de Vernon sur l'année 2011 a permis de montrer des spécificités concernant les patients de Vernon tant sur le plan social que sur le plan médical et de mettre en évidence la place bien spécifique de ces structures dans le réseau de soins national.

Les PASS permettent l'accès à des consultations de soins primaires, à une population mise à l'écart de la société. Elles permettent de préparer ou d'éviter certaines hospitalisations, d'ouvrir des droits sociaux et de réorienter les consultants dans le réseau de soins classique avec des bénéfices sur le plan humain comme en termes purement comptables. Le nombre de plus en plus important de patients s'adressant à ces structures illustre bien leur utilité dans le rouage de l'accès aux soins et justifie leur développement.

Présenter le suivi de l'activité, le profil des personnes reçues, leurs difficultés, le type de pathologies rencontrées permet de contribuer au fonctionnement de la PASS et d'en déterminer ses besoins.

Afin d'améliorer la prise en charge des patients, il serait nécessaire de renforcer le lien entre la PASS et l'hôpital de Vernon. L'hôpital public représente le principal accès à la santé pour une partie de la population très défavorisée. Il se doit d'assurer des soins de technicités et de qualités égales pour tous, sans qu'aucun obstacle d'ordre administratif ne fasse rempart à leur prise en charge.

Une des perspectives serait également de faciliter la délivrance des médicaments.

Depuis janvier 2013, la pharmacie de l'hôpital de Vernon commande les médicaments à la pharmacie du centre hospitalier d'Evreux qui les achemine dans la journée. Ce délai d'obtention ne facilite malheureusement pas l'observance des prescriptions par les patients qui parfois décident de partir lorsque ce délai est trop long.

Le recours à des services d'interprétariat pourrait faciliter les consultations médicales puisque beaucoup de consultations sont traduites par des accompagnants ne maîtrisant pas parfaitement le français ce qui entraîne des difficultés de communication, des non-dits ou des mauvaises traductions concernant les symptômes.

La création d'une unité mobile, rattachée à la PASS de Vernon pourrait être utile pour repérer et aller au devant des publics en situation d'exclusion les plus éloignés



des structures de soins. Il faudrait aller au devant de certains patients et effectuer des démarches de prévention sur leur lieu de vie : foyers de migrants, squats, centres d'hébergement de nuit...

Au sein du centre hospitalier, la PASS doit communiquer sur son fonctionnement et se faire connaître à toutes les personnes travaillant dans le champ de la santé et de la précarité. Elle doit tisser un réseau de soins avec des professionnels de santé.

Enfin, l'accès aux soins dentaires est problématique avec un seul dentiste sur Vernon en partenariat avec la PASS. Des PASS dentaires existent dans certaines villes, mais leur nombre reste très insuffisant.

## VII) REFERENCES

1. Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de Santé: Déterminants sociaux et modèle d'action. Report No.: RM2011-061P.
2. Code de la santé publique - Article L1411-1-1 | Legifrance [Internet]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
3. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. 2008 mai.
4. Fourcade M, Jeske V, Naves P. Synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions - Rapports publics - La Documentation française [Internet]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/044000202/index.shtml>
5. Parizot I, Chauvin P. Le recours aux soins des personnes en situation précaire □: une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. 2003.
6. Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C .Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie
7. Observatoire des inégalités [Internet]. [cité 18 mai 2012]. Disponible sur: <http://www.inegalites.fr/spip.php?article270>
8. Allonier C, Boisguérin B, Le Fur P. Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population. févr 2012;(173).
9. Wresinski J. Grande pauvreté et Précarité économique et sociale. Paris, Journal Officiel n°6. 1987. Avis et rapports du conseil économique et social
10. Loi n°88-1088 du 1 décembre 1988 Relative au RMI
11. Circulaire DH/AF1 n° 05960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).
12. France. Haut comité de la santé publique, Rainhorn J-D, Grémy F. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: Éd. ENSP; 1998
13. Point de repère numéro 37- février 2012 - Garantir l'accès aux soins des catégories modestes : exemple de l'optique
14. Association - ONG - Médecins du Monde - ONG de solidarité internationale - L'accès aux soins des plus démunis en 2011 [Internet]. [cité 9 avr 2013]. Disponible sur: <http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Dossiers-de-presse/France/L-acces-aux-soins-des-plus-demunis-en-2011>

15. Rapport ONUSIDA 2011  
[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216\\_WorldAIDSday\\_report\\_2011\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_fr.pdf).
16. Perronnin M. La complémentaire santé en France en 2008: une large diffusion mais des inégalités d'accès. Janv2011;(161)
17. Durrieu caroline. Droit de la santé: droits du malade (patient) [Internet]. [cité 9 mars 2013]. Disponible sur: <http://sos-net.eu.org/medical/dpom.htm#med>
18. Desprès C, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières: une approche économétrique. Nov 2011;(170).
19. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés: une synthèse des travaux français. janv 2012;(172).
20. L'Aide Médicale de l'Etat [Internet]. [cité 29 mai 2012]. Disponible sur: <http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?id=8>
21. Loi du 13 août 2004. Articles L.863-1 à 863-6 du code de la sécurité sociale
22. Guthmuller S, Jusot F, Wittwer J, Desprès C. Le recours à l'Aide complémentaire santé: les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille. 2011 [cité 27 avr 2013]; <http://basepub.dauphine.fr/handle/123456789/7022>
23. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
24. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins "enquête nationale de 2008 sur la mise en place du dispositif PASS. Paris octobre 2009
25. O'Halloran JF, Miller GC and Britt H. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Family Practice* 2004; 21: 381–386.
26. Allonier C, Dourgnon P (2010) enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Paris, IRDES, rapport
27. Tavan C(2005) Les immigrés en France : une situation qui évolue.
28. Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005 .Catherine Borrel, cellule Statistiques et études sur l'immigration, Insee
29. Comoiz G. Précarité et accès aux soins: L'expérience des médecins généralistes de Vernon, dans le cadre d'un centre d'accès aux soins des plus démunis.
30. Scavion A, Agard C. Caractéristiques médicosociales des mineurs d'une consultation PASS du CHU de Nantes.2005

31. Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité en France. Enquête de Médecin du Monde (mars 2013).
32. Saurel-Cubizolles MJ. Santé périnatale des femmes étrangères en France. BEH (janv 2012)
33. Laporte A., et al. Samenta, la santé mentale des personnes sans logement personnel d'Île-de-France », rapport final, Observatoire du samu Social, Inserm, 2010.
34. De la Blanchardière A. Etude prospective des caractéristiques médicosychosociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux de santé en 2002. La revue de médecine interne (2004)
35. Trinh-Duc A, De la Blanchardière A . Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité des permanences d'accès aux soins de santé. La revue de médecine interne (2005)
36. Kaoutar B, Chauvin P. La santé des migrants consultant la polyclinique Baudelaire de l'hôpital Saint-Antoine à Paris, France. Bull. Soc. Pathologie exotique (2012)
37. Rapport IGAS sur l'évaluation de la prise en charge du diabète, Morel A, Lecoq G, Jourdain-Menninger D, (juin 2012), Bibliothèque des rapports publics, La documentation française.
38. DHOS. Etude PASS. Fiche de synthèse sur les études sur les PASS menées par l'IGAS, l'Anaes, Grès médiation santé ,2004

## VIII) ANNEXES

### 1) CHRONOLOGIE DES DECISIONS CONCERNANT LES SOINS ET LA PRECARITE

1987 : rapport du conseil économique et social sur la pauvreté en France, proposant d'apporté par la loi une couverture médicale de base pour tous, et d'instaurer un revenu minimum.

1988 : Création d'un Revenu Minimum d'Insertion.

1988 : Circulaire relative à l'amélioration des conditions d'accès aux soins des personnes démunies qui rappelle le rôle des hôpitaux.

1993 : Une circulaire précise que l'hôpital doit rester un lieu privilégié où les plus démunis peuvent faire valoir leurs droits et recommande la création d'une cellule spécialisée.

1994 : Rapport du haut comité de la santé publique sur l'augmentation des inégalités sociales en santé.

1994 : Les associations regroupées au sein d'une commission de lutte contre la pauvreté et l'exclusion de l'union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux obtiennent le label « grande cause nationale ». Un collectif est créé le collectif Alerte.

1995 : Un rapport du conseil économique et social sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté montre une approche globale et de droit commun.

1995 : Une circulaire préconise l'élaboration d'un programme régional d'accès aux soins des plus démunis (PRAPS). Selon la charte du patient hospitalisé : « l'accès au service public hospitalier est garanti à tous, en particulier aux

personnes les plus démunies, quand bien même elles ne pourraient justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie ».

1998 : Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

1998 : Circulaire créant les PASS.

2000 : Rapport de la mission d'accompagnement de la mise en place des PASS.

2003 : Etat des lieux fait par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

2004 : Loi relative à la politique de santé publique.

2005-2007 : les PASS sont citées dans différents programmes contre la tuberculose.

2007-2009 : les PASS sont citées dans des circulaires relatives à la prise en charge des migrants/étrangers en situation de vulnérabilité infectés par le HIV.

2007 : une circulaire réaffirme l'importance du décroisement entre la santé et le social.

2010 : l'année a été consacrée : « Année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ».

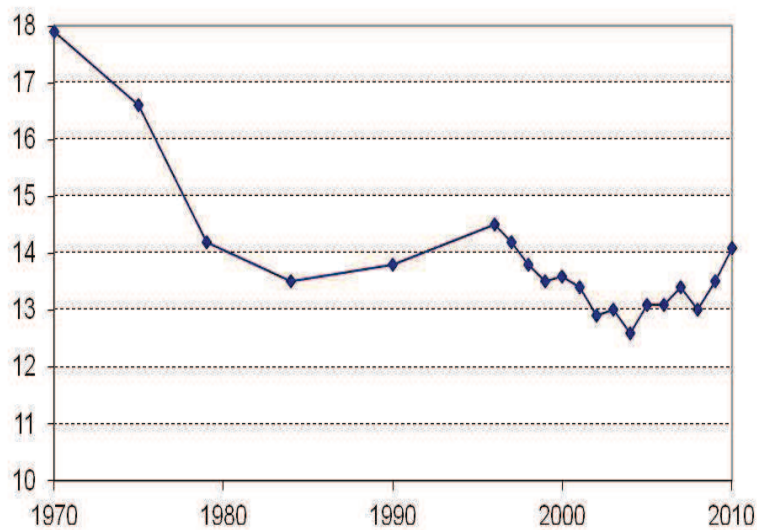
## 2) DEFINITIONS

Immigré : Selon le Haut conseil à l'intégration, un immigré « est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France ».

### La pauvreté en France :

Un individu ou (un ménage) est considéré comme pauvre quand son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Ce seuil est fixé à 50 % du niveau de vie médian en France, tandis qu'Eurostat (organisme européen) privilégie le seuil de 60 %. Le niveau de vie médian coupe la population en deux : la moitié gagne moins, la moitié gagne davantage.

### **Évolution du taux de pauvreté en France de 1970 à 2010 (en %)**



La pauvreté a baissé des années 1970 au milieu des années 1990. Elle est ensuite restée plutôt stable jusqu'au début des années 2000. Depuis 2002, le nombre de personnes pauvres au seuil de 50 % a augmenté de 760 000 (+ 20 %) et le nombre au seuil de 60 % a progressé de 678 000 (+ 9 %). Les taux sont passés respectivement de 6,5 à 7,5 % et de 12,9 à 13,5 %. Un patient pauvre peut se trouver en difficulté et renoncer à différents soins du fait de leurs coûts.

### 3) EXEMPLE DE DOSSIER SOCIAL

#### DOSSIER SOCIAL

DOSSIER COMMUN AUX PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE DE HAUTE-NORMANDIE  
IDENTIFIANT DE LA PASS : VERNON

#### 1ère PRISE EN CHARGE SOCIALE À LA PASS

NUMERO DE DOSSIER :

Date de consultation 23/07/2010

DDN : 32 107 1953 @ ANGOLA  
Sexe : (1) Masculin / 2 - Féminin

#### PAYS D'ORIGINE

- 1 - France - DOM-TOM
- 2 - Union européenne
- 3 - Europe sans obligation de titre de séjour
- 4 - Europe avec obligation de titre de séjour
- 5 - Maghreb
- 6 - Afrique autre
- 7 - Proche Orient
- 8 - Asie
- 9 - Amérique

#### ETRANGERS

- carte résident
  - carte de séjour étudiant
  - carte de retraité
  - Autorisation provisoire de séjour
  - visa long séjour (regroupement familial ou conjoint de Français)
  - Visa touristique
  - demandeur d'asile (attente de réponse)
  - régularisation en cours ou renouvellement
  - appel OFPRA en cours
  - clandestin
  - autre (préciser)
- a 2 enfants (de 19 et 26 ans) -> 2 garçons qui vivent en Angola.*

#### DOMICILE

- 1 - Fixe
  - 2 - Sans domicile (rue)
  - 3 - Hébergement (ami, famille)
  - 4 - Centre d'hébergement d'urgence
  - 5 - CHRS - CADA
  - 6 - Foyer (de migrants Sonacotra, résid social)
  - 7 - Hôtel
  - 8 - Hébergement précaire (construction provisoire, habitation de fortune., squatt)
  - 9 - Autre (foyer maternel, hébergement via l'ASE)
- AHate AHate hébergement + famille 3 mois*

#### SITUATION FAMILIALE

- 1 - Célibataire
- 2 - Marié, vie maritale, PACS
- 3 - Divorcé(e), séparé(e)
- 4 - Veuf(ve)

nombre d'enfants à charge sur le territoire français :



ISOLEMENT SOCIAL : 1 - oui

2 - non

**ADRESSÉ(E) PAR**

1 - Venu de lui-même (connaissance du service hors partenaires, affichage)

2 - CCAS, Mairie

3 - Service social (départemental, CRAM, Scolaire, MGEN...)

4 - PMI

5 - Hôpital

6 - Médecin libéral

7 - Centre d'hébergement

8 - Foyer de migrants, de jeunes travailleurs

9 - Association

10 - SAMU social

11 - Autre (signalement par la famille, l'entourage, service de médiation)

**DEMANDE(S) INITIALE(S) (plusieurs réponses possibles)**

1 - Accueil

2 - Social

3 - Médical

4 - Psychologique

5 - Autre (préciser)

**MOTIF(S) DE VENUE À LA PASS (plusieurs réponses possibles)**

1 - pas de droits ouverts

2 - droits insuffisants - absence de complémentaire et/ou de tiers payant

3 - refus de prise en charge (médecins généralistes, spécialistes, dentistes...)

4 - freins psychologiques, nécessité d'un accompagnement (soins, renouvellement de soins...)

5 - biens non couverts par la sécurité sociales (pas du tout couverts ou absence de prise en charge de la part restant à charge de l'assuré: ticket modérateur, optique, dentaire... situation pour laquelle on peut être amené à demander une aide financière, à préciser:

**TRAVAIL SOCIAL RELATIF A L'INSERTION, ACCOMPAGNEMENT SOCIAL EN COURS**

1 - aucun connu

2 - CCAS

3 - secteur (service social départemental de secteur (assistante sociale, CESF, PMI...)

4 - spécialisé (CRAM, scoallire, CMP, SSAE...)

5 - autre: associations humanitaires, caritatives, dispositif d'insertion (ASI, PAIO...°

**NIVEAU D'ETUDES**

1 - aucun connu

2 - primaire

3 - technique (CAP, BEP)

4 - secondaire

5 - supérieur

**CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE**

1 - Salarié (dont apprenti)

2 - profession libérale

3 - artisan, commerçant

4 - exploitant agricole

5 - retraité

6 - élève, étudiant, stagiaire indemnisé ou non

7 - chômeur indemnisé (ASSEDIC)

8 - chômeur non indemnisé (droits épuisés)

9 - sans activité (sans démarche d'insertion professionnelle ou absence de droit au travail)

10 - invalidité

SI INACTIF PRECISER SI AUTORISATION DE TRAVAIL

- 1 - oui
- 2 - non

SI CHOMEUR PRECISER SI INSCRIT AU PÔLE EMPLOI

- 1 - oui
- 2 - non

SI INSCRIT PRECISER DEPUIS QUAND

- 1 - moins d'un an
- 2 - entre 1 et 2 ans
- 3 - plus de 2 ans

SI TRAVAILLE PRECISER LE TYPE D'EMPLOI

- 1 - travailleur indépendant
- 2 - CDI
- 3 - CDD (y compris intérim et CNE)
- 4 - contrat aidé
- 5 - stage de formation (rémunéré ou non)
- 6 - travailleur saisonnier ou intermittent (dont intérimaire ayant des missions de courte durée)

✓ NATURE DES RESSOURCES : (plusieurs réponses possibles)

- 1 - Aucune ressource
- 2 - Salaire - Travail indépendant
- 3 - Retraite
- 4 - Indemnités - Allocations de chômage (ASSEDIC)
- 5 - RSA
- 6 - Allocations familiales
- 7 - pension d'invalidité
- 8 - AAH (Allocation adulte handicapé)
- 9 - stage rémunéré
- 10 - Indemnités journalières
- 11 - Bourse
- 12 - Autres (préciser)

*A payé ses factures  
mais n'a plus de factures.*

✓ NIVEAU DE RESSOURCES DU FOYER

- 1 - aucun
- 2 - inférieur à la CMU
- 3 - supérieur à la CMU

✓ COUVERTURE SOCIALE DE LA PERSONNE RECUE

**de base**

- 1 - Aucune
- 2 - socio-professionnel
- 3 - CMU
- 4 - AME

**complémentaire**

- 1 - Aucune
- 2 - Mutuelle (dont aide à la mutualisation)
- 3 - CMUC
- 4 - AME

0 CAUSE DE NON OUVERTURE DES DROITS DE BASE

- 1- ignorance **PAS INFORME**
- 2 - refus des démarches dont freins psychologiques
- 3 - étrangers de passage (visa)
- 4 - dossier en cours
- 5 - 3 mois de séjour sur territoires
- 6 - autre à préciser

0 CAUSE DE NON OUVERTURE DES DROITS A COMPLEMENTAIRE

- 1- ignorance
- 2 - refus des démarches dont freins psychologiques
- 3 - surendettement
- 4 - ressources légèrement supérieures au plafond
- 5 - faibles ressources au moment de la demande mais impossibilité d'entrer dans le dispositif CMU à cause des ressources des 12 derniers mois
- 6 - autre à préciser

0 INTERVENTION SOCIALE (plusieurs réponses possibles)

- 1- démarches administratives (ouverture des droits, renouvellement...)
- 2- accompagnement (accompagnement physique ou soutien aux démarches)
- 3- Informations
- 4 - liaisons
- 5 - aides diverses (préciser)
  - Entretien avec entourage
  - Contact avec entourage

0 ORIENTATIONS (plusieurs réponses possibles)

- 1 - Aucune
- 2 - Secteur
- 3 - PMI
- 4 - ASE
- 5 - Association(s)
- 6 - Administration(s)
- 7 - Médecin de ville
- 8 - Psychologue
- 9 - Orientations en interne (Infirmière ou médecin de la PASS ou autres services hospitaliers)
- 10 - Autre (préciser)

0 ACTIONS MISES EN PLACE à caractère médical à caractère social (plusieurs réponses possibles)

- 1 - Consultation aux Urgences
- 2 - consultation spécialiste
- 3 - Régularisation ouverture des droits
- 4 - Hospitalisation
- 5 - Hébergement
- 6 - Fourniture de médicaments
- 7 - Demande d'aide financière
- 8 - Examens para médicaux
- 9 - Réponse à un problème familial
- 10 - Centre d'orthogénie
- 11 - Autres problèmes administratifs
- 12 - orientation soins dentaires
- 13 - Autre (préciser)

#### 4) CODAGE

La date de naissance, cotée de 1 à 5 selon la classification suivante :

- 1-Inférieur à 5ans
- 2-De 5 à 15 ans
- 3-De 15 à 30 ans
- 4-De 30 à 50 ans
- 5-Supérieur à 5 ans

Le Sexe (0- Féminin / 1- Masculin)

Le pays d'origine, côté de 1 à 9 selon la classification suivante :

- 1-France – DOM-TOM
- 2-Union européenne
- 3-Europe sans obligation de titre de séjour
- 4-Europe avec obligation de titre de séjour
- 5-Maghreb
- 6-Afrique autre
- 7-Proche orient
- 8-Asie
- 9-Amérique

Le domicile, coté de 1à 9 selon la classification suivante :

- 1-Fixe
- 2-Sans domicile Fixe
- 3-Hébergement (ami, famille)
- 4-Centre d'hébergement d'urgence
- 5-CHRS-CADA
- 6-Foyers (de migrants Sonacotra, résidences sociales, FJT)
- 7-Hôtel
- 8-Hébergement précaire (Construction provisoire, squat)
- 9-Autre

La catégorie socioprofessionnelle, cotée de 1 à 10 selon la classification suivante :

- 1-Salarié (dont apprenti)
- 2-Profession libérale
- 3-Artisan, commerçant
- 4-Exploitant agricole
- 5-Retraité
- 6-Elève stagiaire
- 7-Chômeur indemnisé (ASSEDIC)
- 8-Chômeur non indemnisé (droits épuisés)
- 9-Sans activité (sans démarche d'insertion professionnelle ou absence de droit au travail)
- 10-Invalidité

Le niveau de ressources du foyer, coté de 1 à 3 selon la classification suivante :

- 1-Aucun
- 2-Inférieur à la CMU
- 3-Supérieur à la CMU

La couverture sociale de base, cotée de 1 à 4 selon la classification suivante :

- 1-Aucune
- 2-Couverture socioprofessionnelle
- 3-CMU
- 4-AME

La couverture sociale complémentaire, cotée de 1 à 4 selon la classification suivante :

- 1-Aucune
- 2-Mutuelle
- 3-CMU-C
- 4-AME

# 5) CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES SOINS PRIMAIRES

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 <sup>nd</sup> Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. <b>B</b>	Oeil	F	Ostéo-articulaire	L
<b>Procédures</b> -30 Ex médical/bilan santé détaillé -31 Ex médical/bilan santé partiel -32 Test de sensibilité -33 Ex microbiologie/immunologique -34 Autre analyse de sang -35 Autre analyse d'urine -36 Autre analyse de selles -37 Cytologie/histologie -38 Autre analyse de laboratoire -39 Epreuve fonctionnelle -40 Endoscopie -41 Radiologie diagnostique/imagerie -42 Tracé électrique -43 Autre procédure diagnostique -44 Vaccination/médication préventive -45 Recom./éducation santé/avis/régime -46 Discussion entre dispensateurs SSP -47 Discussion dispensateur spécialiste -48 Clarification de la demande du patient -49 Autre procédure préventive 60 Médication/proscription/injection -51 Incision/drainage/aspiration -52 Excision/biopsie/cauté/débridation -53 Perfusion/intubat./dilatat./appareillage -54 Répar./fixation/suture/plâtre/prothèse -55 Traitement local/infiltration -56 Pansement/compression/bandage -57 Thérapie manuelle/médicament physique -58 Conseil thérap./écoute/examens -59 Autres procédures thérapeutiques -60 Résultats analyses/examens -61 Résultats exp/procéd autre dispensateur -62 Contact administratif -63 Rencontre de suivi -64 Epils. nouveau/en cours init. par disp. -65 Epils. nouveau/en cours init. par tiers -66 Référence à dispens. SSP non médecin -67 Référence à médecin -68 Autre référence -69 Autres procédures	<b>Syst. Digestif <b>D</b></b> D01 Douleur/crampe abdominales gén. D02 Douleur abdominale/épigastrique D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac D04 Douleur rectale/anale D05 Démangeaisons périanales D06 Autre douleur abdominale loc. D07 Dypopsie/indigestion D08 Flatulence/gaz/renvoi D09 Nausée D10 Vomissement D11 Diarrhée D12 Constipation D13 Jaunisse D14 Hématémèse/vomissement de sang D15 Méléna D16 Saignement rectal D17 Incontinence rectale D18 Modification selles/mouvement intestin D19 S/P dents/gencives D20 S/P bouche/langue/lèvres D21 P. de déglutition D23 Hépatomégalie D24 Masse abdominale NCA D25 Distension abdominale D26 Peur du cancer du syst. digestif D27 Peur d'une autre maladie digestive D28 Limitation de la fonction/incap. (D) D29 Autre S/P du syst. digestif D30 Infection gastro-intestinale D71 Oreillons D72 Hépatite virale D73 Gastro-entérite présumée infectieuse D74 Cancer de l'estomac D75 Cancer du colon/du rectum D76 Cancer du pancréas D77 Autre cancer digestif/NCA D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig. D79 CE du syst. digestif D80 Autre traumat. du syst. digestif D81 Anom. congénitale du syst. digestif D82 Maladie des dents/des gencives D83 Maladie bouche/langue/lèvres D84 Maladie de l'œsophage D85 Ulcère duodénal D86 Autre ulcère peptique D87 Trouble de la fonction gastrique D88 Appendicite D89 Hernie inguinale D90 Hernie hiatale D91 Autre hernie abdominale D92 Maladie diverticulaire D93 Syndrome du colon irritable D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse D95 Fissure anale/ulcère périanal D96 Vers/autre parasite D97 Maladie du foie NCA D98 Cholécystite/cholélithase D99 Autre maladie du syst. Digestif	<b>Oraille <b>H</b></b> H01 Douleur d'oreille/otalgie H02 P. d'audition H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille H04 Écoulement de l'oreille H05 Saignement de l'oreille H13 Sensation d'oreille bouchée H15 Préoc. par l'aspect des oreilles H17 Peur d'une maladie de l'oreille H25 Limitation de la fonction/incap. (H) H28 Autre S/P de l'oreille H70 Otite externe H71 Otite moyenne aiguë/myringite H72 Otite moyenne séreuse H73 Salpingite d'eustache H74 Otite moyenne chronique H75 Tumeur de l'oreille H76 CE dans l'oreille H77 Perforation du tympan H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille H79 Autre lésion traumat. de l'oreille H80 Anom. congénitale de l'oreille H81 Excès de cérumen H82 Syndrome vertigineux H83 Otitis média H84 Presbycusis H85 Traumatisme sonore H86 Surdité H89 Autre maladie de l'oreille/mastoïde	<b>Cardio-vasculaire <b>K</b></b> K01 Douleur cardiaque K02 Oppression/contriction cardiaque K03 Douleur cardiovasculaire NCA K04 Palpitat./perception battements card. K05 Autre battement cardiaque irrégulier K06 Veines proéminentes K07 Oedème, gonflement des chevilles K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire K24 Peur d'une maladie de cœur K25 Peur d'hypertension K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire K28 Limitation de la fonction/incap. (K) K29 Autre S/P cardiovasculaire K70 Infection du syst. cardio-vasculaire K71 RA/maladie cardiaque rhumatismale K72 Tumeur cardio-vasculaire K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire K74 Cardiopathie ischémique avec angor K75 Infarctus myocardique aigu K76 Cardiopathie ischémique sans angor K77 Décompensation cardiaque K78 Fibrillation auriculaire/flutter K79 Tachycardie paroxysmique K80 Arythmie cardiaque NCA K81 Souffle cardiaque/artériel NCA K82 Cœur pulmonaire K83 Valvulopathie NCA K84 Autre maladie cardiaque K85 Pression sanguine élevée K86 Hypertension non compliqué K87 Hypertension avec complication K88 Hypertension orthostatique K89 Ischémie cérébrale transitoire K90 Accident vasculaire cérébral K91 Maladie cérébrovasculaire K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér. K93 Embolie pulmonaire K94 Phlébite et thrombophlébite K95 Varices des jambes K96 Hémorroïdes K98 Autre maladie cardio-vasculaire	<b>Neurologique <b>N</b></b> N01 Mal. de tête N03 Douleur de la face N04 Jambes sans repos N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils N06 Autre perturbation de la sensibilité N07 Convulsion/crise comitiale N08 Mouvements involontaires anormaux N16 Perturbation du goût/de l'odorat N17 Vertige/étourdissement N18 Parésie/faiblesse N19 Trouble de la parole N26 Peur d'un cancer neurologique N27 Peur d'une autre maladie neurologique N28 Limitation de la fonction/incap. (N) N29 Autre S/P neurologique N70 Poliomélie N71 Méningeo/encéphalite NCA N72 Tétanos N73 Autre infection neurologique N74 Cancer du syst. neurologique N75 Tumeur benigne neurologique N76 Autre tumeur indét. neurologique N79 Commotion N80 Autre lésion traumat. de la tête N81 Autre lésion traumat. neurologique N85 Anom. congénitale neurologique N86 Sclérose en plaque N87 Syndrome parkinsonien N88 Épilepsie N89 Migraine N90 Algie vasculaire de la face N91 Paralysie faciale/paralysie de Bell N92 Névralgie du trijumeau N93 Syndrome du canal carpien N94 Névrite/neuropathie périphérique N95 Céphalée de tension N99 Autre maladie neurologique	<b>Codes Procédure</b> <b>Symptômes et plaintes</b> <b>Infections</b> <b>Néoplasmes</b> <b>Traumatismes</b> <b>Anomalies congénitales</b> <b>Autres diagnostics</b>



## 6) CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES DIFFERENTES COUVERTURES MALADIE

### Condition d'attribution de la CMU de base

#### - **Condition de résidence stable**

Pour obtenir la CMU de base, il est nécessaire de justifier que l'on réside en France métropolitaine ou dans les DOM-TOM de manière stable depuis au moins trois mois et n'être pas déjà couvert par un autre régime obligatoire de sécurité sociale.

#### - **Condition de résidence régulière : carte de séjour.**

Les personnes étrangères doivent avoir un titre de séjour en cours de validité ou un document attestant qu'elles ont demandé le renouvellement du titre de séjour ou encore une attestation de dépôt de demande d'asile (c'est la résidence régulière).

#### - **Condition de ressources**

Il n'y a pas de condition de ressources pour bénéficier de la CMU de base, mais une cotisation sera demandée si les revenus dépassent un certain plafond.

Cette cotisation est de 8 % sur les revenus.

Pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2011 au 30 septembre 2012, le plafond est fixé à 9164 euros.

### Conditions d'attribution de la CMU-C

#### - **Condition de résidence stable**

Comme pour la CMU de base il est nécessaire de justifier d'une résidence stable depuis au moins trois mois en France métropolitaine ou DOM-TOM



- **Condition de ressources (plafond de ressources annuel au 1<sup>er</sup> juillet 2012)**

1 personne : 7934 euros.

2 personnes : 11902 euros.

3 personnes : 14282 euros.

4 personnes : 16662 euros.

La CMU-C donne droit à la prise en charge à 100% sans avoir à faire l'avance des frais : prise en charge du ticket modérateur pour les soins reconnus par l'assurance maladie : soins de ville, soins hospitaliers et l'ensemble des prescriptions (pharmacie, etc.), prise en charge du forfait journalier sans limitation de durée (en cas d'hospitalisation), prise en charge au delà des tarifs remboursés par l'assurance maladie et dans la limite de tarifs fixés par arrêtés, des prothèses dentaires, des lunettes (verres et montures), des prothèses auditives et autres produits médicaux.

**Conditions d'attribution de l'AME**

Trois conditions sont nécessaires pour bénéficier de l'AME :

Il faut pouvoir justifier de son identité par un passeport, une carte d'identité ou la copie d'un ancien titre de séjour.

Il est nécessaire de justifier d'une présence ininterrompue sur le territoire français (France métropolitaine et DOM-TOM) depuis au moins trois mois (facture, visa, loyer, inscription scolaire....) à noter que l'AME n'est pas applicable à Mayotte.

Il faut remplir les conditions de ressources qui ne doivent pas dépasser un certain plafond, défini en fonction de la composition du foyer et du lieu de résidence. À noter que ces conditions de ressources sont les mêmes que pour l'obtention de la CMU complémentaire.

## **Résumé :**

**Introduction :** La crise économique mondiale a entraîné une hausse des inégalités sociales et territoriales de santé. En 2011, bénéficier de soins semble de plus en plus difficile dès lors que l'on ne dispose pas de moyens financiers suffisants. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont pour mission de faciliter l'accès au système de santé des personnes sans couverture sociale ou en situation de précarité et de les accompagner dans la reconnaissance de leurs droits.

**Objectif :** L'objectif principal de notre étude est de décrire l'activité de la PASS de Vernon en 2011 sur le plan social et médical.

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, rétrospective concernant les patients ayant consulté à la PASS de Vernon du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011. Les consultations médicales ont été codées à l'aide de la CISP-2.

**Résultats :** 136 patients ont bénéficié de 326 consultations médicales correspondant à 915 résultats de consultations.

- 52 % des consultants étaient des femmes,
- 87% des résultats de consultations concernent des étrangers,
- 70% des résultats de consultations concernent des patients n'ayant aucune couverture médicale de base,
- 47% des résultats de consultations concernent l'activité de dépistage et prévention et 13 % un suivi de grossesse

**Conclusion :** Le profil de patient le plus fréquemment rencontré à la PASS de Vernon en 2011 est une femme originaire d'Afrique subsaharienne, sans couverture médicale consultant pour un suivi de grossesse ou un dépistage.

Présenter le suivi de l'activité permet de contribuer au fonctionnement de la PASS et d'en déterminer ses besoins. Afin d'améliorer la prise en charge des patients, il serait nécessaire :

- De renforcer le lien entre la PASS et l'hôpital de Vernon.
- De faciliter la délivrance des médicaments.
- Le recours à des services d'interprétariat pourrait faciliter les consultations médicales.
- La création d'une unité mobile, rattachée à la PASS de Vernon pourrait être utile pour repérer et aller au devant des publics en situation d'exclusion les plus éloignés des structures de soins.
- Au sein du centre hospitalier, la PASS doit communiquer sur son fonctionnement et se faire connaître à toutes les personnes travaillant dans le champ de la santé et de la précarité. Elle doit tisser un réseau de soins avec des professionnels de santé.

**Mots clés :** Accès aux soins, précarité, permanence d'accès aux soins de santé, CISP-2