



HAL
open science

Prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de précarité sur le bassin rennais

Céline Potin, Samuel Janvier

► To cite this version:

Céline Potin, Samuel Janvier. Prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de précarité sur le bassin rennais. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01812565

HAL Id: dumas-01812565

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01812565v1>

Submitted on 11 Jun 2018

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.

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée par

POTIN Céline

née le 18 mars 1988 à Morlaix

et JANVIER Samuel

né le 13 mars 1989 à Rennes

**Prise en charge
bucco-dentaire des
personnes en
situation de précarité
sur le bassin rennais.**

**Thèse soutenue à RENNES
le 30 Juin 2017**

devant le jury composé de :

Dr Guy CATHELIN

PU-PH à l'université de Rennes 1 / *président du jury*

Dr Valérie BERTAUD-GOUNOT

PU-PH à l'université de Rennes 1 / *directrice de thèse*

Dr Gilda TROHEL

Docteur en chirurgie-dentaire - CHU Rennes / *co-directrice de thèse*

Dr Vincent MEURIC

MCU-PH à l'université de Rennes 1 / *examineur*

Dr Jean-François PINEL

Docteur en médecine-CHU Rennes / *membre invité*

« Nous certifions sur l'honneur ne pas avoir repris pour notre compte des propos, citations, ou illustrations déjà publiés. »

CORPS ENSEIGNANTS DE L'U.F.R. D'ODONTOLOGIE

56e SECTION : DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION

SOUS-SECTION 01 : PEDODONTIE

Professeur des Universités	:	M.	SIXOU Jean-Louis
Maître de Conférences des Universités	:	Mme	MARIE-COUSIN Alexia
Assistant Hospitalier Universitaire	:	Mme	GENDRONNEAU Marion
Assistant Hospitalier Universitaire	:		

SOUS-SECTION 02 : ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Professeur des Universités	:	M.	SOREL Olivier
Maître de Conférences des Universités	:	Mme	MANO Marie-Charlotte
Assistant Hospitalier Universitaire	:	Mme	GUILLON Mathilde
Assistant Hospitalier Universitaire	:	M.	GUEDON Jonathan
Assistant Hospitalier Universitaire	:	M.	DUCROZ Bertrand
Assistant Hospitalier Universitaire	:	M.	BREZULIER Damien

SOUS-SECTION 03 : PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE
LEGALE

Professeur des Universités	:	Mme	BERTAUD-GOUNOT Valérie
Maître de Conférences des Universités	:	M.	PRIGENT Hervé
Assistant Hospitalier Universitaire	:	M.	COUATARMANACH Antoine
Assistant Hospitalier Universitaire	:	Mme	AMBROISE Constance

57e SECTION : SCIENCES BIOLOGIQUES, MEDECINE ET CHIRURGIE BUCCALES

SOUS-SECTION 01 : PARODONTOLOGIE

Professeur des Universités	:	Mme	JEANNE Sylvie
Assistant Hospitalier Universitaire	:	Mme	SOENEN Anne-Hélène
Assistant Hospitalier Universitaire	:	Mme	NOVELLO Solen
Assistant Hospitalier Universitaire	:		

SOUS-SECTION 02 : CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE,
ANESTHESIE ET REANIMATION

Maître de Conférences des Universités	:	Mme	LEJEUNE-CAIRON Sophie
Maître de Conférences des Universités	:	M.	LIMBOUR Patrick
Maître de Conférences des Universités	:	M.	CLIPET Fabrice
Maître de Conférences des Universités	:	M.	BADER Gérard
Assistant Hospitalier Universitaire	:	Mme	OBRY Faustine
Assistant Hospitalier Universitaire	:	M.	DERRIEN Anthony
Assistant Hospitalier Universitaire	:	M.	FAU Victor

SOUS-SECTION 03 : SCIENCES BIOLOGIQUES (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie,
Génétique, Anatomie Pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)

Professeur des Universités	:	Mme	BONNAURE-MALLET Martine
Maître de Conférences des Universités	:	M.	MEURIC Vincent
Maître Conf. Associé des Universités	:	Mme	MARTIN Bénédicte
Assistant Hospitalier Universitaire	:	M.	BOYER Emile
Assistant Associé Universitaire	:	Mme	DAVID Sandrine
Assistant Associé Universitaire	:	Mme	CHATHOTH Kanchana Nandan

58e SECTION : SCIENCES PHYSIQUES ET PHYSIOLOGIQUES ENDODONTIQUES ET PROTHETIQUES

SOUS-SECTION 01 : ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIQUE

Professeur des Universités	:	M.	VULCAIN Jean-Marie
Maître de Conférences des Universités	:	Mme	DAUTEL-MORAZIN Anne
Maître de Conférences des Universités	:	Mme	LE GOFF Anne
Maître de Conférences des Universités	:	M.	TURPIN Yann-Loïg
Maître de Conférences des Universités	:	M.	PERARD Matthieu
Maître de Conférences des Universités	:	Mme	LE CLERC Justine
Assistant Hospitalier Universitaire	:	Melle	DUMONT Laure-Anne
Assistant Hospitalier Universitaire	:	Mr	DEMOY Julien
Assistant Hospitalier Universitaire	:	Mme	BINET Sophie

SOUS-SECTION 02 : PROTHESES (Conjointe, Adjointe Partielle, Complète, Maxillo-Faciale)

Maître de Conférences des Universités	:	M.	RAVALEC Xavier
Maître de Conférences des Universités	:	M.	BEDOUIN Yvan
Maître de Conférences des Universités	:	M.	CHAUVEL Brice
Assistant Hospitalier Universitaire	:	M.	POIRIER Charles-Edouard
Assistant Hospitalier Universitaire	:	M.	VASLIN Marc
Assistant Hospitalier Universitaire	:	Mr	PERRIGAULT Sébastien
Assistant Hospitalier Universitaire	:	Mme	SAINT-ETIENNE Clothilde

SOUS-SECTION 03 : SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES BIOMATERIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE

Professeur des Universités	:	M.	CATHELINEAU Guy
Maître de Conférences des Universités	:	Mme	CHAUVEL-LEBRET Dominique
Maître de Conférences des Universités	:	Mme	MEARY Fleur
Assistant Hospitalier Universitaire	:	Mr	LE PADELLEC Clément

ENSEIGNANTS AUTRES SECTIONS

41° section : Sciences Biologiques

Maître de Conférences	:	Mme	TAMANAI-SHACOORI Zohreh
-----------------------	---	-----	-------------------------

64°/65° section : Biochimie et Biologie Moléculaire/Biologie Cellulaire

Maître de Conférences	:	Mme	GAUTIER-COURTEILLE Carole
-----------------------	---	-----	---------------------------

A Monsieur le Docteur **Guy CATHELIN**
Docteur en chirurgie dentaire
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier du Centre de Soins Dentaires de Rennes,
Nous vous remercions pour avoir accepté de présider ce jury de thèse.

A notre juge et directrice de thèse,
Madame le Docteur **Valérie BERTAUD-GOUNOT**
Docteur en chirurgie dentaire
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier du Centre de Soins Dentaires de Rennes,
Nous vous remercions.

A notre juge et codirectrice de thèse,
Madame le Docteur **Gilda TROHEL**
Docteur en chirurgie dentaire
Praticien Hospitalier du Centre de Soins Dentaires de Rennes,
Nous vous remercions pour votre patience et votre implication.

A notre juge,
Monsieur le Docteur **Vincent MEURIC**
Docteur en chirurgie dentaire
Maître de Conférences des Universités
Praticien Hospitalier du Centre de Soins Dentaires de Rennes,
Nous te remercions d'avoir accepté de siéger au jury de cette thèse (même un vendredi soir !).

Au Docteur **Jean-François PINEL**,
Merci de vous être rendu disponible pour assister à notre thèse.

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de cette thèse.
A ma famille pour toutes ces années de soutien.
A Mlle BEDIER, Tu es l'arpège qui né sous mes doigts quand la douce musique de ta voix enveloppe tendrement mon cœur d'un halo au parfum bonheur.
A mes amis, capables de me supporter.
Samuel

Je dédie cette thèse:

à ma famille, qui m'a soutenue et supportée pendant ces nombreuses années d'études;
à mes amis de Rennes, avec qui j'ai passé (et je passe encore d'ailleurs) de supers moments;
à mes amis de Morlaix, qui ont toujours cru en moi et m'ont bien encouragée depuis le début;
à Anna, pour son écoute et ses conseils,
à Charlie, sans qui je n'aurais sûrement pas eu mon concours de M1;
à Jacques, qui m'accepte autant en tant que fermière que dentiste,
et à Samuel quand même, mon binôme de compèt'...

Céline

1.	INTRODUCTION.....	8
2.	CONTEXTE.....	12
2.1.	Définitions.....	12
2.1.1.	Pauvreté.....	12
2.1.2.	Précarité.....	13
2.1.3.	Exclusion.....	14
2.2.	Etat de santé et accès aux soins des populations en situation de précarité	15
2.2.1.	Etat de santé.....	16
2.2.2.	Inégalités sociales de santé	17
2.2.3.	Migrants.....	17
2.2.4.	Accès aux soins	18
2.2.5.	Les droits	19
2.2.6.	Renoncements aux soins et refus de soins	20
2.2.7.	Inégalités sociales dentaires.....	21
2.3.	Diagnostic sur les personnes en situation de précarité et pauvreté en Bretagne	23
2.3.1.	Etat des lieux	23
2.3.2.	Offre de soins	25
3.	IDENTIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE	29
3.1.	Analyse des problèmes.....	29
3.1.1.	Problème principal.....	31
3.1.2.	Causes primaires et secondaires	32
3.1.2.1.	Méconnaissance des droits :.....	32
3.1.2.2.	Méconnaissance des besoins de santé bucco-dentaire :.....	32
3.1.2.3.	Difficulté de prise en charge dans le circuit classique.....	34
3.1.3.	Conséquences primaires et secondaires.....	35
3.1.3.1.	Pathologies bucco-dentaires	36
3.1.3.2.	atteinte image de soi/intégrité (psychique et physique) :	38
3.2.	Analyse des objectifs	40
3.2.1.	Objectifs primaires.....	42
3.2.2.	Objectifs secondaires.....	42
3.2.3.	Actions.....	44
3.2.4.	Résultats	46
3.3.	Analyse des stratégies	46
3.3.1.	Généralités sur les PASS.....	46
3.3.2.	Prise en charge adaptée.....	48
3.3.2.1.	Au niveau social	48
3.3.2.2.	Au niveau psychologique	48
3.3.2.3.	Au niveau de la prise en charge dentaire.....	49
4.	PLANIFICATION PASS BUCCO-DENTAIRE SUR LE BASSIN RENNAIS.....	51

4.1.	Une structure calibrée pour le territoire cible	51
4.1.1.	Inscription géographique	51
4.1.2.	Quantification de la population cible.....	53
4.2.	Coordination	54
4.2.1.	Spécificités Rennaises	54
4.2.2.	Le comité de pilotage.....	54
4.2.3.	Organisation conjointe entre la cellule de coordination et la PASS bucco-dentaire	55
4.3.	Structuration de la prise en charge dentaire au CSERD et parcours de soins.....	56
4.4.	Cadre général de financement.....	59
4.4.1.	Généralités	59
4.4.2.	Proposition de financement pour la PASS bucco-dentaire de Rennes	60
4.5.	Evaluation	62
5.	CONCLUSION	64
6.	ANNEXES.....	66
6.1.	Sans domicile fixe (SDF)	66
6.2.	Présentation de dispositifs législatifs et institutionnels	70
6.3.	Déontologie.....	76
6.4.	Structures Rennaises	79
6.5.	Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).....	87
6.6.	Les PASS en Bretagne	94
6.7.	PASS ayant une inscription territoriale similaire à celle de Rennes	97
6.8.	Critères d'attribution MIGAC PASS.....	98
6.9.	Contractualisation ARS-Etablissement	99
6.10.	Budget global des PASS en fonction de la file active	106

1. INTRODUCTION

La promotion de la santé est « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé* » selon la charte d'Ottawa de 1986 et réaffirmée lors de la conférence de Bangkok en 2005. Elle vise à créer des conditions favorables à la santé et s'inscrit dans une démarche comportant 5 axes :

- l'élaboration d'une politique favorable (par exemple au travers de la réglementation)
- l'intervention sur le milieu et l'environnement quotidien
- la participation effective de la communauté pour définir les priorités et les actions
- le développement des aptitudes personnelles (information, éducation pour la santé, renforcement des facteurs de protection)
- la réorientation des services de santé (par exemple en développant l'éducation thérapeutique et pas seulement la prise en charge sanitaire) (1)

Dans un souci de renforcer l'accès aux soins des plus démunis, la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a institué dans chaque région un Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS), dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le représentant de l'État dans la région. Les Agences Régionales de Santé (ARS) veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion (*article L. 1431-2 du code de la santé publique*).

Ce programme comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en œuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur les situations locales particulières et les expériences existantes. Il s'attache à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels.

Ainsi, le PRAPS est un outil permettant de développer la coopération entre divers partenaires, dans un souci de décloisonnement des interventions. Depuis la loi du 21 juillet 2009, cette programmation prend la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé conclus par l'ARS, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements.

L'objectif principal du PRAPS est de permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé et médico-social de droit commun par des mesures spécifiques élaborées avec elles. Ces mesures spécifiques devront conduire à :

- favoriser l'ouverture des droits (droits de bénéficier d'une couverture sociale pour la prise en charge financière des soins, mais aussi des droits fondamentaux...)
- adapter l'offre de soins afin d'inscrire les personnes dans la meilleure trajectoire de soins possible (importance de l'offre de premier recours, des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) somatiques, PASS dentaires, des urgences, du secteur psychiatrique, des équipes mobiles, lits halte soins santé (LHSS)...))
- travailler les problématiques d'admission au sein des services et établissements sociaux et médico-sociaux (personnes sans domicile, personnes âgées, handicapées ou immigrées à faibles revenus, et en situation de précarité).

Les publics concernés sont:

- les personnes dont l'état de santé entraîne, ou est susceptible d'entraîner, une détérioration de leur situation sociale ;
- les personnes dont la situation sociale peut constituer un obstacle supplémentaire dans la prise en compte de leur santé (certains patients, malgré des droits ouverts, restent en marge de la société).

Il existe donc plusieurs catégories de publics démunis qui ont des difficultés d'accès aux soins et à la prévention :

- personnes « sans chez soi », jeunes en rupture familiale en errance en situation de précarité et/ou sous l'emprise des addictions et/ou souffrant de maladies mentales ;
- les jeunes de 16-25 ans en difficulté d'insertion ;
- les adultes en situation de précarité, de pauvreté, et en priorité les chômeurs de longue durée, les travailleurs saisonniers et employés précaires du secteur de l'agro-alimentaire ;
- les résidents des établissements d'accueil et d'hébergement, les populations vivant en « maison mobile » ;
- les familles monoparentales en difficulté sociale ;
- les personnes âgées isolées ;
- les personnes sous main de justice, détenues ;
- les étrangers en situation de précarité.

Cette population présente des éléments de précarité et/ou de vulnérabilité avec l'intrication de problèmes médicaux et sociaux.

Les actions doivent concourir à la prévention et à la lutte contre les pathologies liées à la précarité ou à l'exclusion: maladies chroniques, dépendance à l'alcool, au tabac, aux drogues illicites, déséquilibres nutritionnels, souffrance psychique, tuberculose; et garantir l'ouverture et l'effectivité des droits à une couverture sociale.

Dans le domaine du droit à la santé, la création ou la généralisation du dispositif a pour but d'améliorer la capacité du système sanitaire et social à prendre en charge les personnes les plus en difficulté en assurant une prise en charge et un accompagnement personnalisés. L'atteinte de cet objectif repose sur une meilleure coordination des intervenants et sur un travail en réseau des différents acteurs.

« *La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation.* » (1er alinéa de la loi du 29 juillet 1998 dénommée « loi Aubry »).

La loi pose le principe que l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, de manière complémentaire, à la protection et à la promotion de la santé. Il apparaît que la prise en charge médicale des personnes précaires représente un enjeu non seulement éthique et de santé publique mais aussi économique (2). La question des soins dentaires est également cruciale puisque peu d'hôpitaux en France sont équipés d'un service de soins dentaires. Dans son rapport de décembre 2009, le Haut Conseil de la Santé Publique, montre que les personnes en situation précaire cumulent facteurs de risque et maladies et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres ; il parle alors d'une « *double injustice* » (3).

Les différentes lois de lutte contre l'exclusion et pour l'inclusion apportent les éléments de prise en charge des populations en situation de précarité.(annexe 6.1) Ces dispositions législatives ont permis de mettre en place au cours du temps divers dispositifs: 1993-> Samu Social ; 1995-> bus social dentaire ; 1998-> PASS ; 2004-> réseaux de santé. Ces systèmes ad hoc de prise en charge ont été mis en place car 15% de la population française n'a pas accès à la santé. Leur objectif est l'inclusion des patients dans le système de soins en promouvant la santé, ceci permettant une resocialisation de l'individu et une reprise de possession de son corps et de son image. Tout ceci a pour but une réintégration dans le système de soins traditionnel. Les systèmes ad hoc sont donc une passerelle, une main tendue (4).

Depuis 2015, le CHU de Rennes a mis en place une PASS somatique pour la prise en charge des patients en situation de précarité sur le bassin Rennais. Elle accompagne les patients dans l'ensemble des démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits et à leurs accès aux soins.

L'objectif de ce travail est d'augmenter le champ de la PASS du CHU de Rennes avec un volet bucco-dentaire. Dans un premier temps, nous définirons les éléments nécessaires à la compréhension de la précarité et la difficulté d'accès aux soins des populations fragilisées. Dans un second temps, une partie analytique, à partir de la méthodologie de projet définira les problèmes, les objectifs et les stratégies d'action pour améliorer la prise en charge dentaire des patients précaires. Enfin, la troisième partie est une proposition de mise en place d'une PASS bucco-dentaire au sein du centre de soins dentaire et de recherche du CHU de Rennes avec l'élaboration d'un protocole de prise en charge adapté (Qui ? Quand ? Comment ? Où ? Par qui ? Quoi ? Pourquoi?) accompagnée d'une proposition de financements visant la mise en place des actions concrètes.

La mise en place d'une équipe dédiée aux patients en situation de précarité permettrait une prise en charge psycho-sociale limitant le nomadisme des patients dans leur prise en charge dentaire et une réinsertion plus rapide dans le système de soins classique.

2. CONTEXTE

Pour une prise en charge efficace des personnes en situation de précarité, il est nécessaire de définir le champ d'action ainsi que les conséquences qu'implique une situation de précarité sur la santé de la population. Plusieurs notions caractérisent les individus fragilisés par la vie.

2.1. Définitions

2.1.1. Pauvreté

En 1984, le Conseil de l'Europe définit la pauvreté : « *Des personnes sont considérées comme pauvres lorsque leurs ressources matérielles, culturelles ou sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État membre où elles vivent.* » (5). La pauvreté réfère primitivement à l'accès à la nourriture, l'eau potable, les vêtements, le logement et le chauffage, mais avec le progrès technologique et le développement des sociétés, elle concerne également l'accès à des ressources comme l'électricité et les communications, et de manière générale l'ensemble des conditions de vie, incluant l'accès à des soins de santé et l'éducation. Le terme "pauvreté" est relatif à celui de richesse et fait référence aux situations d'inégalités économiques et politiques entre individus et entre sociétés.

Cette définition fait apparaître trois caractéristiques de la pauvreté:

- c'est un phénomène multidimensionnel qui ne se limite pas à l'absence ou à la privation de ressources monétaires mais qui se caractérise par un cumul de difficultés dans divers domaines (travail, logement, santé, éducation) ;
- c'est un phénomène relatif qui ne peut être défini en fonction de modes de vie acceptables qui varient dans le temps et dans l'espace ;
- elle a un caractère conventionnel car c'est un acte politique et normatif qui identifie une population pauvre dans une population totale.

Différentes approches permettent de quantifier la pauvreté :

- l'approche monétaire basée sur les ressources et la consommation (approche quantitative) ;
- l'approche en condition de vie (approche qualitative). Elle évalue le degré de

privations en référence à des éléments de bien-être (alimentation, logement, habillement, santé, relations sociales, sentiment de sécurité...).

Ainsi, on distingue :

- la pauvreté absolue qui concerne les personnes qui ne disposent pas des ressources qui leur permettraient de satisfaire leurs besoins essentiels (nourriture insuffisante et de mauvaise qualité, vêtements non-adaptés à la saison, logement inconfortable, insalubre et surpeuplé). Cette situation rend la vie quotidienne très difficile et diminue l'espérance de vie.

- la pauvreté relative qui concerne les personnes qui ne disposent pas des ressources qui leur permettraient de vivre comme les autres membres de la société dont elles font partie. Elle met en évidence une différence, des inégalités sociales (6).

Selon l'INSEE, en 2014, 8,6 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté en France (revenu médian entre 840 € et 1008 € par mois) soit 14,2 % de la population. Les catégories les plus touchées sont les chômeurs, les familles monoparentales et les travailleurs indépendants (touchant au maximum 1008 € par mois) (7).

La pauvreté est une cause majeure de souffrance.

2.1.2. Précarité

En 1987, le conseil économique et social français a donné une définition officielle de la précarité: « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de ré-assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible.* » (8) Les sécurités dont il est question sont le travail, les revenus, le logement, l'accès aux soins et aux droits juridiques, l'école et l'accès à l'instruction, l'accès à la culture, le lien familial, le lien social... La précarité est une perte de lien avec les autres et avec soi-même. C'est un cumul de vulnérabilités, un état de fragilité, d'instabilité, une accumulation de petites ruptures et une désaffiliation. La précarisation se définit donc comme un processus multidimensionnel. Ainsi, la précarité est le résultat d'un enchaînement d'événements, d'expériences et de ruptures qui conduisent à des situations de fragilisation économique, sociale et familiale (9).

La précarité est une forte incertitude de conserver ou récupérer une situation acceptable dans un avenir proche. Cette notion développée et étudiée en sciences sociales est subjective et relative, puisqu'elle est définie par rapport à une « *situation acceptable* », au sein d'une société donnée. Elle est perçue et définie différemment d'une culture à l'autre.

La précarité ainsi définie ne caractérise donc pas une catégorie sociale aux limites précises mais plutôt un état transitoire qui concerne une population hétérogène : travailleurs pauvres, intermittents du travail, dépendants de l'aide publique (RSA ou autre), jeunes en difficulté d'insertion sociale et professionnelle, immigrés, sans-abri (cf annexe 6.1 : SDF), certains retraités, femmes victimes de violences, jeunes adultes sortant d'un dispositif d'accueil de l'aide sociale à l'enfance, sortants d'hôpital, sortants de prison, toxicomanes...

Les évolutions sociétales opérées depuis une trentaine d'années se traduisent par un développement du précaire et des conditions de déprivation. La précarité devient **un état** (caractérisé par le manque, la perte), et non plus une situation transitoire. C'est sur la base d'une telle approche qu'elle doit être prise en compte en tant que **déterminant de l'état de santé**.

Les notions de précarité et de pauvreté sont à la fois distinctes et liées. Les populations ne se recouvrent pas exactement : une personne en situation de précarité n'est pas forcément — ou pas tout de suite — en situation de pauvreté (10). Cet état de précarité, s'il se prolonge, risque d'être à l'origine d'un processus d'exclusion sociale.

2.1.3. Exclusion

La notion d'exclusion qui prévaut en France est intéressante car elle est pluridimensionnelle. C'est-à-dire qu'elle prend en compte tous les aspects de la vie qui contribuent à restreindre les possibilités de choix qui s'offrent à la personne - sphère économique (chômage, absence d'emploi, insuffisance des ressources) ; - sphère administrative (non-reconnaissance des droits sociaux, civils, politiques) ; - sphère sociale (langue, culture, le fait d'habiter à proximité de sa communauté,...) (5).

Sont considérées comme exclues non seulement les personnes soumises à une procédure prévue et directe de rejet, mais également celles qui sont « mises de côté » indirectement, parce qu'elles ne possèdent pas les mêmes droits ou ne peuvent participer aux mêmes activités que les autres (11). L'absence de sécurité devient alors l'un des éléments caractéristiques de l'appréhension de la notion de personnes précaires, que celles-ci soient victimes d'exclusion sociale ou d'exclusion sanitaire. Cette dernière est d'autant plus inéquitable que la santé est un élément essentiel de ce que les économistes appellent le « *capital humain*. » (12) (13)

Le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) utilise une définition minimaliste et dit que « si l'on considère que l'exclu est une personne qui malgré son état de pauvreté, ne bénéficie pas, parce qu'elle n'en a pas le droit, qu'elle ignore ses droits ou qu'elle n'a même plus l'énergie de faire les démarches nécessaires, des possibilités d'aide (revenu, logement, école, santé) correspondant le plus à sa situation, on peut estimer le nombre d'exclus à environ 0,4 à 0,5 % de la population, soit environ 300 000 personnes ». La part de jeunes de moins de 25 ans est très importante (le RSA ne leur étant pas accessible sauf s'ils sont chargés de famille) (14).

Toujours selon le HCSP « Ne voir et ne vouloir traiter que l'exclusion et la grande pauvreté revient à occulter le fait que la précarité est la traduction d'un renforcement des inégalités sociales qui est devenu en quelques années le problème le plus considérable que la société française ait eu à affronter depuis longtemps. Ses causes et ses effets vont bien au delà de la population visible des exclus. » (15) L'accès aux soins et à la prévention des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé (5).

2.2. Etat de santé et accès aux soins des populations en situation de précarité

La cause première des inégalités de santé est la misère économique, sociale et/ou culturelle.

Le processus de précarisation est bien à la jonction du social et de l'individuel. Des recherches mettent en évidence différents facteurs (collectifs et individuels) ayant une influence sur l'état biologique et expliquant les inégalités de santé:

- facteurs psychosociaux: le soutien social apporté par le réseau de relations, le niveau d'insertion et la position hiérarchique ressentie au sein de son groupe, le degré d'équipement et de cohésion sociale dans lequel évolue l'individu...

- variables individuelles: les événements de la vie (exposition à des facteurs de risque ou à des comportements à risque), les conditions de vie et de travail, les traits individuels de personnalité...

Tout ceci agit sur la "capacité à faire face" de l'individu, c'est à dire sur sa capacité à mobiliser des ressources diverses en fonction des situations (16) (17).

Ces facteurs vont donc influencer directement sur l'état de santé des individus, mais également indirectement sur leur comportement vis-à-vis des soins, et donc de leur accès aux soins.

Le « capital social » dont bénéficient les individus étant fortement corrélé à leur niveau dans la société, il n'est pas surprenant que les personnes en situation de précarité, mais aussi d'isolement, d'exclusion soient les plus pénalisées dans l'accès aux services de santé. Ils en ont pourtant plus besoin que le reste de la population. La plupart des individus développent des problèmes de santé physique et psychologique (dans certaines situations, la souffrance psychologique est liée aux difficultés financières ou d'insertion professionnelle).

2.2.1. Etat de santé

Il n'existe pas de maladies spécifiques à la précarité ou à la pauvreté mais des pathologies plus fréquentes au fur et à mesure que l'on descend l'échelle sociale. Ceci conduit à parler d'inégalités sociales de santé et à explorer les différences entre les catégories sociales.

Les pathologies générales telles que la tuberculose, le diabète, les pathologies dermatologiques, les pathologies ORL, les pathologies bucco-dentaires, ont des incidences supérieures dans les populations en situation de précarité (18). Près d'un tiers de ces personnes présente un trouble psychiatrique sévère (10 fois plus de troubles psychotiques et 4 fois plus de troubles dépressifs que dans la population générale). Une personne sur cinq présente un trouble de la personnalité ou du comportement, et plus d'une personne sur 10 un risque suicidaire moyen ou élevé (19). En Bretagne, un travail mené en 2005 a montré que 67 % des personnes accueillies dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ont effectué des séjours en psychiatrie (20).

Les addictions (dépendance ou consommation régulière) concernent 29 % des sans domicile: un sur cinq est dépendant à l'alcool et 16 % consomment régulièrement du cannabis (19). De même, l'enquête santé et protection sociale, met en évidence un taux de fumeurs deux fois plus élevé parmi les bénéficiaires de la CMUc (21).

Les sans domicile se déclarent moins fréquemment en bonne santé que l'ensemble de la population. Ce niveau de santé perçue, quel que soit l'âge, est le reflet d'une santé physique et psychique dégradée. À structure d'âge et de sexe identique à la population générale, 34 % des

SDF indiquent être en partie ou totalement édentés et 20 % déclarent être obèses; 1/4 s'estiment en dépression. Parmi les facteurs liés à la dépression, figurent une sur-déclaration d'événements graves vécus pendant l'enfance, mais aussi des comportements à risques telle qu'une consommation intensive d'alcool (22).

L'état de santé des patients CMUc est nettement moins bon que celui du reste de la population. C'est surtout une population jeune qui cumule de nombreux facteurs de précarité. Un bénéficiaire de la CMUc sur 5 vit du RSA (23). Les affections des oreilles et des dents sont sur-représenté dans cette population; l'atteinte dentaire précoce est probablement liée à une insuffisance de soins préventifs (21).

2.2.2. Inégalités sociales de santé

Les inégalités de santé sont construites par une multiplicité de mécanismes. Il existe une hypothèse de transmission des normes de comportements liés à la santé entre les générations. En effet, être issu d'un milieu défavorisé, avoir connu des épisodes de précarité dans l'enfance, avoir des parents de niveau scolaire peu élevé, adoptant des comportements à risques ou en mauvaise santé, sont autant de facteurs explicatifs des inégalités de santé à l'âge adulte et de la probabilité d'avoir un mauvais état de santé perçu.

Il existerait une programmation précoce par les événements survenus au cours des périodes critiques de vie in utero et l'enfance dont les effets peuvent rester longtemps sans expression mais induire à long terme un très mauvais état de santé et l'apparition de maladies graves. Il est donc supposé une influence de l'environnement précoce sur les trajectoires de vie et en particulier sur le statut socio-économique qui à leur tour, influencent la santé à l'âge adulte (reproduction sociale des comportements à risque) (24).

De plus, 68 % des Français pensent que les inégalités de santé se sont aggravées au cours des dernières années. Ils donnent priorité à l'accès à la santé pour leurs enfants, mettant leur santé entre parenthèses, voire même en danger (25).

Donc la probabilité d'être en mauvaise santé est plus élevée chez les personnes issues des milieux les plus défavorisés. Ce sont des gens (les précaires au sens large) qui n'ont plus accès aux soins du fait de la mise en place des dépassements d'honoraire, des franchises médicales et de l'obligation d'avance de soins. Une augmentation du coût de la couverture complémentaire a une incidence beaucoup plus forte sur les ménages pauvres que sur les autres.

2.2.3. Migrants

L'accès aux soins de la population d'origine étrangère est un enjeu de santé publique. Des études montrent que les immigrés étrangers connaissent des conditions de vie plus fréquemment péjoratives que les Français (en termes de ressources, logement et travail notamment) et potentiellement néfastes pour leur santé. On observe des disparités entre populations Française et immigrée. De meilleur, l'état de santé des immigrés est devenu moins bon que celui des Français de naissance. Ces différences sont plus marquées chez les immigrés de première génération, les femmes, et varient selon le pays d'origine. Un moindre recours aux soins de ville et à la prévention a également été constaté. Le meilleur état initial est expliqué par des phénomènes de sélection liés à la migration (26).

La situation sociale défavorable des migrants dans le pays d'accueil du fait d'une situation économique fragilisée, d'un isolement et de la perte du réseau social en France ; d'une difficulté d'orientation dans le système de soins ; parfois, d'une réponse différenciée du système de soins liée à l'origine du patient (discrimination), ainsi qu'un accès aux droits plus difficile, notamment à la protection sociale, ont donc un impact sur les disparités de recours aux soins. Les immigrés naturalisés sont tout de même moins concernés par ces difficultés d'accès (27).

A besoins de soins équivalents (ajustés par âge, sexe, état de santé contrôlés) les immigrés (étrangers et naturalisés) ont une probabilité inférieure à celle des Français nés en France d'avoir consulté un généraliste. 35 % des immigrés étrangers et 20 % des immigrés naturalisés ne disposent pas d'une couverture complémentaire contre 7 % des Français nés en France (27).

2.2.4. Accès aux soins

Un Français sur 5 retarde ses soins ou y renonce totalement (surtout chômeur et étudiant, dont 20% sont dépourvus de couverture maladie) à cause de problèmes financiers (avance de suppléments, prix élevés...). Les soins dentaires et les lunettes sont les premiers postes de soins sacrifiés (28). La moitié des Français dont le revenu mensuel est inférieur à 1200 € ont déjà dû reporter ou renoncer à une consultation chez un dentiste et plus d'un tiers chez l'ophtalmologiste (29).

Les zones urbaines sensibles (ZUS) sont caractérisées par un surpeuplement et un mauvais état du logement ainsi que par une fréquence importante du chômage et de non-emploi. Les conditions de vie nuisent à la santé des habitants : bruit (logement), isolement social (quartier), difficultés financières et économiques... Il y a une forte proportion de bénéficiaires

de la CMU et de l'AME mais aussi beaucoup plus de personnes qu'ailleurs n'ayant pas la sécurité sociale. Les indicateurs de santé y sont défavorables du fait (entre autres) d'une disqualification sociale vécue par les habitants des quartiers populaires (ouvriers et ZUS). Les habitants de ces quartiers ont vécu plus souvent que les autres des problèmes de santé ayant un impact scolaire, professionnel et/ou financier et ont plus souvent subi de discriminations liées à leur état de santé. Ils ont un sentiment de non-respect de leurs propres droits, de racisme et de discrimination, de rejet. L'expérience de la maladie y est plus fréquente, accentuée d'un moins bon sentiment d'y résister. S'ajoute une méconnaissance (ressentie) des droits sociaux et plus de difficultés à comprendre les informations données par les médecins et à appliquer les recommandations de santé. On y observe moins de fumeurs, mais ce sont de plus gros fumeurs. Il en va de même avec l'alcool dont la consommation est plus excessive.

Les habitants des ZUS et des quartiers ouvriers renoncent plus souvent à des soins pour raisons financières (les soins dentaires sont les plus concernés) et recourent plus souvent aux urgences hospitalières. Les habitants y déclarent une situation plus critique que la moyenne en ce qui concerne la connaissance de leurs droits; les deux tiers estiment qu'ils ne sont pas suffisamment informés de tous leurs droits (30).

On peut ainsi mettre en avant l'existence de barrières culturelle et informationnelle expliquant un recours aux soins plus tardifs et davantage orienté vers les soins curatifs chez les populations les plus pauvres et les moins éduquées.

2.2.5. Les droits

Selon le Fonds en charge de la gestion de la CMU, au 31 mars 2010, 2,1 millions de personnes bénéficiaient de la « CMU de base », parmi lesquels 97 % étaient exonérées de cotisations maladie. (annexe 6.2) Or, 3 à 4 millions de Français sont trop « riches » pour bénéficier de la CMUc mais trop pauvres souscrire à une complémentaire santé. Une pathologie peut donc entraîner une chute dans la précarité. L'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) permet de diminuer l'effet de seuil d'accès à la CMU. Cependant, on observe 60 % de non-recours à l'ACS par manque d'information des personnes et un accès compliqué (non demande ou non réception) (13) (31). Cela laisse subsister des restes à charge élevés et récurrents pour une minorité d'assurés. Les soins pour lesquels les prix ne sont pas encadrés (prothèse dentaire, optique, dispositifs médicaux hors optique) les restes à charge sont proches de la moitié de la dépense.

Les divers dispositifs mis en place constituent sans conteste une avancée considérable pour l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Toutefois, la situation de l'accès aux soins et de l'effectivité du droit d'accès aux soins des patients en situation de précarité semble délicate. En effet, alors que plus de 77 % des patients peuvent théoriquement accéder à une couverture maladie au regard de leur situation personnelle, seuls 19 % ont effectivement des droits ouverts. Plus précisément, ce sont les patients relevant de l'AME qui ont le plus de difficultés à accéder aux droits, avec seulement 10 % d'entre eux disposant de droits ouverts. Les raisons de l'obstacle à l'accès aux soins sont nombreuses et visent notamment la méconnaissance des droits, la barrière linguistique, les difficultés administratives et la question de la domiciliation (obligatoire pour l'ouverture de droit). Environ 30 % de personnes n'ont pas de logements stables : ils vivent dans des lieux d'hébergement social, des hôtels ou squats, dans la rue, dans des bidonvilles entraînant une difficulté supplémentaire pour l'ouverture des droits (32).

Les conditions de logement des familles monoparentales sont plus difficiles et plus fragiles. Quand une baisse des ressources s'ajoute à l'augmentation des charges, les ménages choisissent de se restreindre fortement sur les autres postes de dépenses plutôt que de quitter leur logement. Les difficultés liées au logement sont celles qui exposent le plus à la précarité (33).

2.2.6. Renoncements aux soins et refus de soins

La dimension culturelle du renoncement doit être prise en compte : absence d'éducation à la santé des populations précaires, absence de demande par absence d'écoute, absence de demande par absence de rencontre entre les patients et les professionnels (nécessité d'aller à la rencontre de l'autre). Or, si on écoute, des demandes émergent. Le renoncement a un effet délétère sur l'état de santé futur (34).

En 2006, selon l'enquête santé protection sociale, les renoncements étaient concentrés sur un nombre limité de soins: 63 % des personnes citent les soins bucco-dentaires, 25 % l'optique et 16% les soins des spécialistes. Le renoncement définitif aux soins dentaires en France représenterait les deux tiers des renoncements aux soins médicaux pour des raisons financières. L'absence de couverture complémentaire est le principal facteur lié au renoncement: 32% des personnes sans complémentaire déclarent avoir renoncé, contre 19 % des bénéficiaires de la CMUc et 13 % des bénéficiaires d'une complémentaire privée (hors CMUc) (21) (35).

Seuls les actes de soins primaires dits « conservateurs » (traitement des lésions carieuses et de leurs complications, détartrages) et chirurgicaux sont opposables aux honoraires légaux, socialisés. Cette disparité des remboursements des actes dentaires en fonction de leur nature est une singularité participant non seulement à l'inaccessibilité aux soins, mais de toute évidence à la précarisation de ceux qui en sont victimes. Paradoxalement, la précarité apparaît corrélée à la tardiveté du recours aux soins, plus mutilants, dont les conséquences ne peuvent être traitées que par des actes de réhabilitation notamment prothétique (36).

Les renoncements aux soins peuvent aussi être liés à des difficultés d'accès: délais d'attente pour les rendez-vous trop longs ; cabinets trop éloignés ; difficultés de transport... (23). Cette fragilité est également accentuée par l'évolution des pratiques administratives: l'allongement des délais de réponse vient complexifier des situations déjà difficiles (complexité des parcours de soins créés par les réformes récentes).

La mise en évidence de refus de soins pour les bénéficiaires de la CMUc ou la spécialisation de certains médecins dans une patientèle CMUc (obligée de se déplacer dans ces cabinets plus accueillants) révèlent la difficulté à concilier l'accès aux soins et les dépassements d'honoraires. La logique de tiers payant intégral de la CMUc (le bénéficiaire est dispensé de l'avance de frais) s'oppose à la liberté tarifaire de la médecine. Les patients les plus pauvres, pourtant « ciblés » par la politique publique, sont contraints de fuir les actes chers qui ont été autorisés par cette même politique publique (34) (37).

Qu'il s'agisse des enfants ou des adultes, les études ne cessent de mettre en évidence le refus de soins dont sont victimes les personnes en situation de précarité et notamment les titulaires de la CMU et de l'AME (1/3 des bénéficiaires de l'AME déclarent avoir été soumis à un refus de soins) (23) (38) (39). Or, le « panier de soins » de la CMUc est opposable aux professionnels de santé ; ils ne peuvent pas refuser de dispenser des soins aux bénéficiaires de la CMUc.

2.2.7. Inégalités sociales dentaires

Le récent rapport de la DREES sur l'état de santé en France souligne ainsi : « *L'interrelation entre la santé buccodentaire et l'état de santé général est particulièrement prononcée chez les personnes âgées, handicapées et plus généralement se trouvant en situation de précarité* » (15). Pour diverses raisons, les précaires ne consultent pas (ou plus) les cabinets dentaires ; or les pathologies dentaires ne guérissent jamais spontanément : une carie, une

fracture dentaire, une atteinte parodontale évoluent toujours défavorablement. Les complications sont inéluctables avec des conséquences sanitaires au plan général qui sont multiples. De plus, une santé déficiente ayant influence négative sur la position des individus vis-à-vis du marché du travail, cela les contraint encore plus dans le précarité.

L'accès aux soins dentaires reste trop souvent lié aux moyens financiers personnels compte-tenu du faible remboursement de ce type de soins. Les populations précaires souffrent de problèmes dentaires multiples qui sont plus nombreux et plus graves que ceux de la population témoin (personne ayant un emploi ou en cours d'étude).

L'état dentaire des personnes au RSA est le plus alarmant (plus de dents manquantes ou cariées, moins de dents soignées et nombre relativement élevé de dents remplacées par de la prothèse amovible (versus prothèse fixée) (40).

On observe un déficit majeur en soins précoces et en soins conservateurs chez les bénéficiaires de la CMUc (41) (42). L'accès des plus démunis à ces soins est insuffisant, malgré la prise en charge sans ticket modérateur qui leur est accordée. Les professionnels et les usagers, notamment ceux qui souffrent de précarité, doivent être incités à la réalisation optimale de ces soins. Mais on observe tout de même que, quelque soit leur situation sociale (chômeur, étudiant, jeune précaire (en situation d'insertion entre 16 et 25 ans sans emploi et non étudiant), RSA etc), les femmes prètent plus de soins à leur santé dentaire que les hommes.

Les enfants d'ouvriers, ainsi que ceux scolarisés en zone rurale ou en ZEP ont un état de santé bucco-dentaire plus mauvais ou sont plus souvent en surcharge pondérale. Ces inégalités perdurent chez les adultes. Les inégalités de recours aux soins entraînent des inégalités de santé (43).

Les problèmes dentaires sont aussi significativement corrélés à l'origine migratoire des individus. Le risque d'être dans la situation de beaucoup de dents manquantes ou à soigner est plus fort chez les Français nés de parents étrangers. Une moins bonne connaissance du système et des filières de soins ou la moindre maîtrise de la langue représentent des obstacles à l'accès et contribuent à détériorer l'état de santé des immigrés (30).

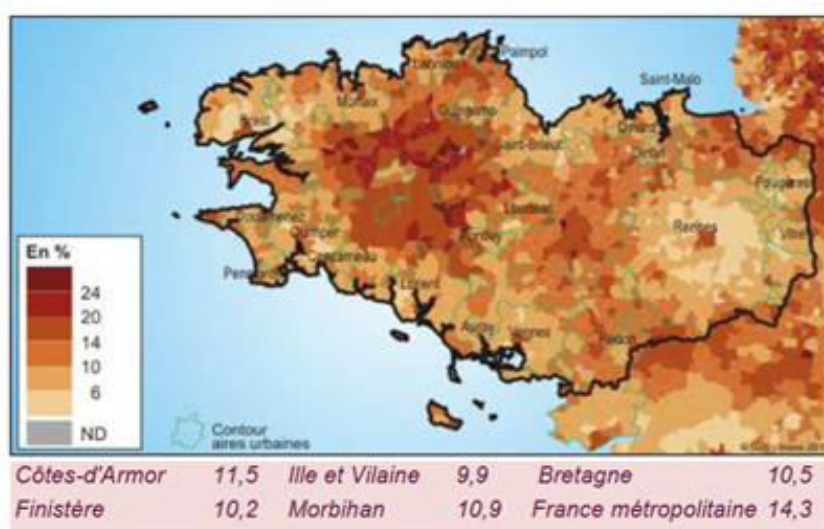
La dégradation de l'état bucco-dentaire des patients en situation de précarité est due à un renoncement aux soins par une couverture médicale insuffisante ou absente, par la méconnaissance et la difficulté de faire valoir leurs droits (complexité du système, barrière linguistique, barrières sociales, refus de prise en charge....) (22) (30) (42) (44).

2.3. Diagnostic sur les personnes en situation de précarité et pauvreté en Bretagne

2.3.1. Etat des lieux

La région Bretagne présente un taux de pauvreté inférieur à la moyenne nationale (10,5 % vs 14,3 %). Ce taux est stable depuis 2008 (10,8 %). Au niveau départemental, les taux de pauvreté sont de 9,9 % en Ille-et-Vilaine, 10,2 % dans le Finistère, 10,9 % dans le Morbihan et 11,5 % dans les Côtes-d'Armor.

Pour autant, la figure 1 fait apparaître des taux supérieurs à 20% localisés en Centre-Bretagne ainsi que dans le Bassin Rennais.



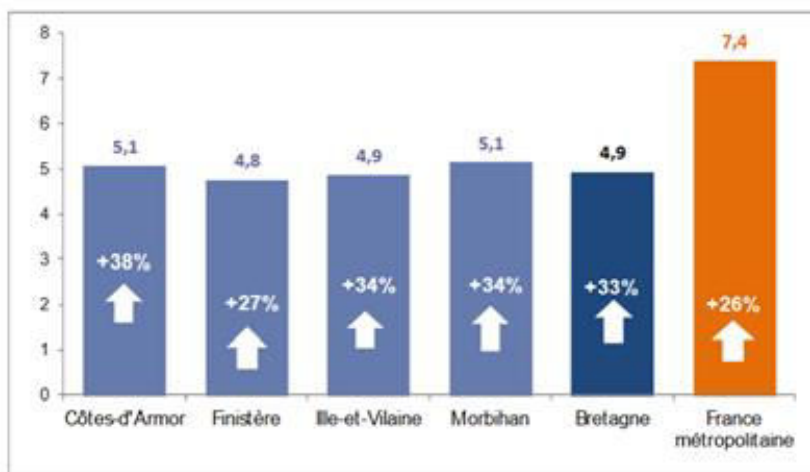
Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal

Figure 1 : Taux de pauvreté par commune en 2012

Des spécificités démographiques et socio-économiques rennaises existent par rapport au reste du territoire breton en raison de ses caractéristiques urbaines. En effet, 9 % des habitants rennais bénéficient de minima sociaux, 6,5% bénéficient de la Couverture Maladie Universelle et 15% de sa complémentaire. Ce taux culmine à 9% pour la CMU et à 25% pour la CMUc dans les quartiers prioritaires de la ville. Ainsi, outre une précarité plus importante que sur le reste du territoire breton, il existe de fortes disparités territoriales à l'échelle de la ville. Au niveau de l'unité urbaine de Rennes, 5 Zones Urbaines Sensibles sont répertoriées: Cleunay, Le Blosne, Maurepas, Villejean, Les Champs-Manceaux-Les Cloteaux (45).

On observe une augmentation du nombre de bénéficiaires du RSA. Entre 2010 et 2014, le nombre de bénéficiaires en France a augmenté de plus de 32%, portant leur total à plus de

2,4 millions en 2014 (46). La proportion de bénéficiaires des principaux minima sociaux est plus faible en Bretagne qu'au niveau national mais en constante augmentation: le RSA dans ses différentes composantes (socle et activité) était versé, fin 2014, à 80 523 allocataires (57 900 foyers bretons en 2009, et 62 581 en 2011) (14). La prestation couvre 161 500 personnes (allocataires et ayants droit), soit 4,9 % de la population bretonne, pourcentage nettement inférieur au taux métropolitain de 7,4 % (figure 2).



Sources : CNAF, MSA Exploitation ORS Bretagne
 * la proportion de personnes couvertes par la prestation a été calculée en divisant le nombre de personnes couvertes (allocataire+conjoint+enfants) par la population estimée INSEE.

Figure 2: Proportion de personnes couvertes par le RSA au 31 décembre 2014 pour 100 habitants et % d'évolution depuis 2009

Depuis la mise en place du RSA en 2009, le nombre de personnes couvertes a augmenté plus fortement (+33 %) qu'au niveau national (+26 %), particulièrement dans les Côtes-d'Armor (+38%). En 2013, la tranche d'âge des 25-29 ans était celle qui bénéficiait le plus du RSA socle (en Bretagne, 6 % des 25-29 ans le perçoivent contre 7 % en France métropolitaine). Parmi les allocataires du RSA en Bretagne, 32 % étaient des familles monoparentales et 51 % des personnes isolées. En Bretagne toujours, un allocataire sur 7 a un revenu constitué en totalité des prestations de la caisse d'allocations familiales (CAF), soit 14,4 % en 2013 contre 13,5 % en 2011. Les allocataires concernés sont proportionnellement plus nombreux dans les cantons de Saint-Brieuc et Lorient (26 % et 24 %), à l'inverse de ceux de Châteaugiron et Melesse (6 %). (Figure 3)

Une augmentation des bénéficiaires de la CMU est également observée : fin 2010, 48 938 personnes bénéficiaient de la CMU en Bretagne, ce qui constitue 8 870 bénéficiaires de plus qu'en 2009 et 18 680 de plus qu'en 2008. Même si la moyenne régionale reste beaucoup

en dessous de la moyenne nationale, on constate une augmentation du nombre des bénéficiaires et de leur proportion dans la population générale. A contrario, il y a une stabilisation de l'évolution du nombre des bénéficiaires de la CMUc en Bretagne (14).

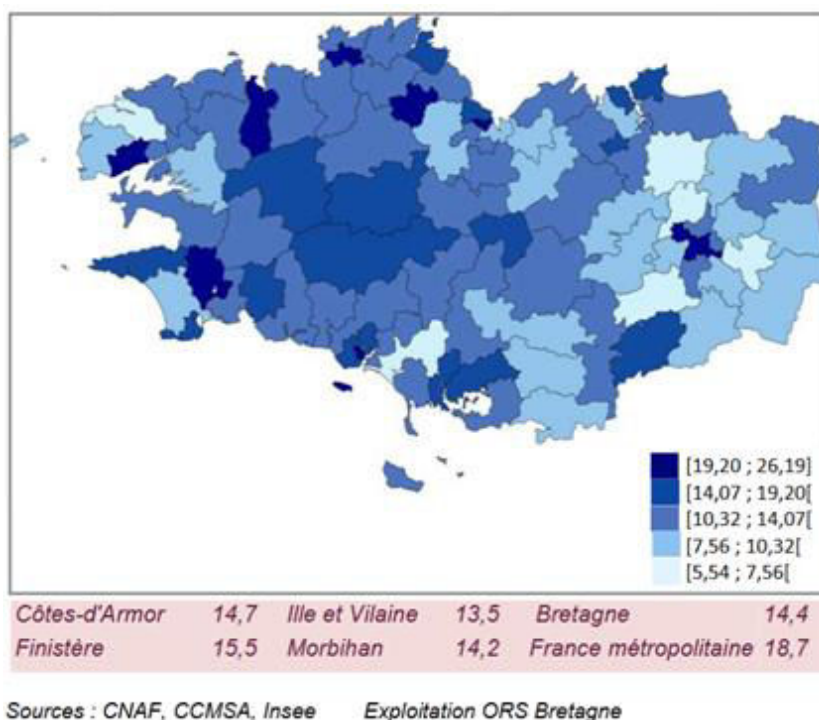


Figure 3: Part des allocataires dont le revenu est constitué à 100% par des prestations versées par les CAF, par canton en 2013

On observe de plus un surendettement des particuliers en hausse de plus de 4 % par rapport à 2012. En 2015, plus de 10 050 dossiers de surendettement ont été déposés en Bretagne, ce qui correspond à 11 382 personnes, pour un endettement moyen de 40 458 euros.

2.3.2. Offre de soins

Concernant le profil des usagers de ces services en région Bretagne, l'ARS a mis en évidence qu'une personne sur trois est sans couverture maladie de base (50% pour Rennes) ; une personne sur deux présente au moins un critère d'isolement social (plus de 60% pour Rennes) ; une personne sur trois est étrangère (35% à Rennes) ; près d'une personne sur deux est sans hébergement stable (60% à Rennes) ; et une personne sur trois est sans revenu (concernant Rennes : 40% n'ont pas de revenu et 30% ont un revenu inférieur au plafond de la CMUc) (47).

La Ville de Rennes a mis en place des actions en faveur de la santé. Elles sont décrites dans les fiches du Plan Local de Santé et reposent systématiquement sur des principes et des leviers d'action communs :

- S'appuyer sur l'ensemble des compétences de la Ville et les services de proximité qui interviennent sur le territoire pour offrir des services de qualité favorables au bien-être de tous.

- Informer, sensibiliser et engager la population à être actrice de sa propre santé en organisant ou soutenant des manifestations s'adressant au grand public, en diffusant des documents ressources et en développant des actions de promotion de la santé au plus près de la population.

- Favoriser l'interconnaissance et la logique de réseau entre les acteurs intervenant sur le territoire de la ville en faveur d'une vision globale de la santé : permettre une mutualisation des savoir-faire, partager la connaissance du public nécessaire à des actions ciblées et cohérentes avec l'ensemble des interventions développées sur le territoire.

- Soutenir les associations et l'engagement des usagers dans un souci de cohérence et de synergie des initiatives.

Le Plan Local de Santé de la Ville de Rennes décrit les actions de la ville développées autour de 9 enjeux:

- Promouvoir un environnement favorable à la santé,
- Rendre la ville accessible à tous,
- **Favoriser l'accès aux droits, aux soins et à la prévention pour tous,**
- Agir pour la santé dès le plus jeune âge,
- Assurer une meilleure prise en compte de la santé mentale dans la Ville, prévenir les conduites à risques pour la santé,
- Promouvoir une politique volontariste en termes de nutrition et d'activité physique,
- Se préparer à vieillir en bonne santé,
- Agir pour la santé au travail des agents municipaux.

AXE STRATEGIQUE 2	
<i>Améliorer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention pour les plus démunis</i>	
Objectifs spécifiques	Actions
<i>5. Assurer un accès aux droits et à la santé sur le territoire pour tous</i>	<i>6. Mettre en place le volet santé du Pacte Rennais d'Insertion</i>
	<i>7. Construire des outils communs pour partager l'information sur le territoire sur les dispositifs d'accès aux soins pour les plus précaires et le rôle de chacun</i>
	<i>8. Conforter l'accompagnement aux soins pour les personnes en très grande précarité en sécurisant les parcours et en veillant à la complémentarité des interventions</i>
<i>6. Former et accompagner les professionnels qui accompagnent les publics en difficulté autour des questions relatives à la santé</i>	<i>9. Favoriser l'appropriation des enjeux de santé par les acteurs des structures de proximité</i>
<i>7. Sensibiliser les habitants éloignés des questions de santé aux actions de prévention en travaillant avec les structures de quartier</i>	<i>10. Informer et développer le travail avec la population autour des questions de santé</i>
	<i>11. Engager un travail autour de la nutrition précarité avec les acteurs locaux comme porte d'entrée d'une sensibilisation globale sur la santé</i>

Figure 4: Axe stratégique 2 du Plan Local de Santé de la Ville de Rennes

En conclusion depuis 2008, on observe en France, une augmentation de la part des personnes en situation de précarité et une augmentation des inégalités sociales. Dans la grande majorité des cas, les personnes cumulent difficultés financières et précarité des conditions de logement, et 80 % des foyers sont en situation d'insécurité alimentaire pour raisons financières. Donc les difficultés financières peuvent figurer parmi les premières raisons du renoncement aux soins car l'accès à l'assurance complémentaire est difficile. De nombreuses associations dénoncent la complexité administrative à laquelle viennent s'ajouter des pratiques abusives ou des dysfonctionnements des administrations qui découragent les demandeurs et génèrent un retard voire un renoncement à la prise en charge médicale (28) (48).

La France est en effet dans une situation paradoxale ; alors que son système de santé est globalement satisfaisant, les inégalités sociales (différences de revenu et de prise en charge sociale) y sont le plus marquées malgré une mobilisation hospitalière publique, sur le modèle des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) posée par la loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 qui a concerné l'odontologie pour quelques hôpitaux. Le taux de non-recours aux soins (par difficulté d'accès, refus discriminatoire, méconnaissance des droits, inéquité de l'offre de soins sur le territoire, etc), en particulier en ce qui concerne les soins dentaires et la vision ne cesse d'augmenter... (16) (13).

Le Haut Comité de Santé Publique prône une conception globale de la santé impliquant

un continuum des actions de prévention et des actions curatives, fondé sur le concept d'évitabilité pour répondre aux enjeux du futur. Il est donc indispensable de développer des actions de proximité, de simplifier l'accès à certains droits et dispositifs, de privilégier la promotion de la prévention secondaire par la valorisation de soins conservateurs efficaces et de réaliser une éducation pour la santé des plus démunis par la prévention primaire pour instaurer une (bonne) hygiène bucco-dentaire.

La prise en charge des personnes précaires est une nécessité économique.

3. IDENTIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE

Basés sur la méthodologie de projet, nous avons utilisé comme outil le cadre logique pour identifier les problèmes, définir des objectifs, ainsi que des stratégies d'action et d'évaluation.

3.1. Analyse des problèmes

L'arbre à problèmes (figure 5) nous permet de mettre en relation la problématique centrale du cumul de vulnérabilités et d'accès aux soins avec leurs causes (partie inférieure du schéma) et leurs conséquences (partie supérieure du schéma).

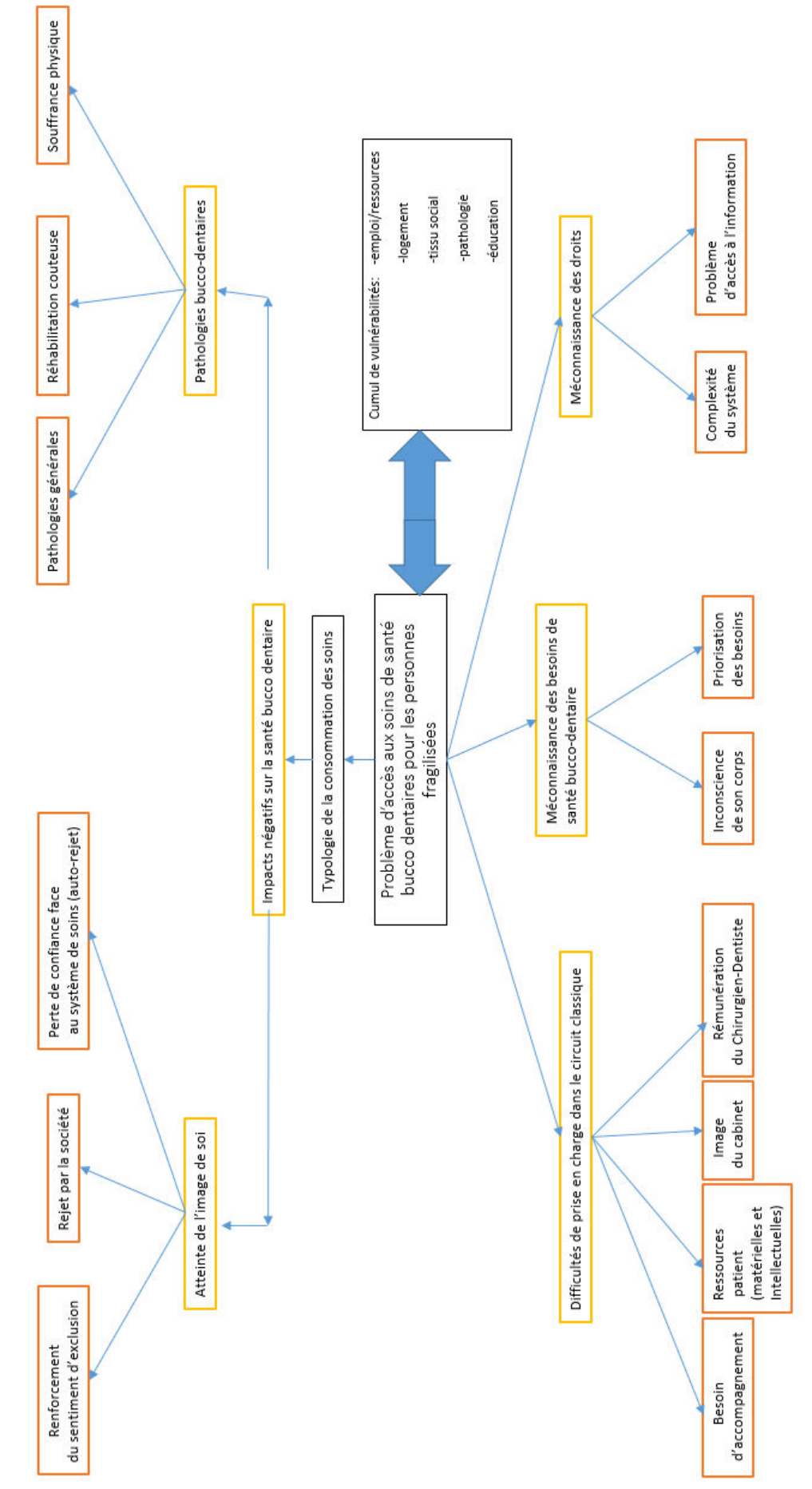
Les *causes* sont multiples et montrent la difficulté pour les personnes en situation de précarité d'intégrer le circuit classique de soins dentaires. Nous pouvons identifier plusieurs facteurs liés aux patients mais aussi liés aux praticiens : la méconnaissance des besoins de soins bucco-dentaires généralement sous-estimés, une priorisation des besoins ainsi qu'une image du corps détériorée, et enfin une méconnaissance des droits sociaux due à la complexité du système de santé et à un accès à l'information déficient.

Les *conséquences* de la précarisation sur la santé bucco-dentaire se retrouvent dans la typologie de la consommation de soins dentaires, ayant un impact négatif sur l'état bucco-dentaire global. Nous avons identifié deux effets néfastes :

- un accroissement des pathologies bucco-dentaires, ayant pour conséquences des répercussions sur la santé générale, des réhabilitations plus complexes et plus coûteuses ainsi que des souffrances physiques.

- une atteinte de l'image corporelle, provoquant des souffrances psychiques, renforçant l'exclusion et les difficultés de réinsertion.

Figure 5: L'arbre à problèmes



3.1.1. Problème principal

Un ensemble hétérogène de situations instables, génératrices de difficultés diverses, caractérise les individus en situation de précarité. Ils n'ont en commun que la forme de leur trajectoire, marquée par un cumul de handicaps et une dissociation progressive des liens sociaux (49). Chaque atteinte à un droit fondamental a un effet sur les autres, plus la situation devient difficile, moins il y a de possibilités de répondre aux sollicitations. Cela confirme l'interdépendance entre la santé et de multiples autres dimensions de l'existence (50).

La santé est un phénomène dynamique qui se construit tout au long de la vie et qui trouve son équilibre avec les déterminants classiques (individuels : socio-économiques, comportementaux, culturels, psychologiques ; environnementaux : société dans laquelle on évolue ; ainsi qu'avec le système de santé). Ces liens entre l'individu et son milieu de vie sont bien décrits dans le schéma de Dahlgren. (Figure 6)

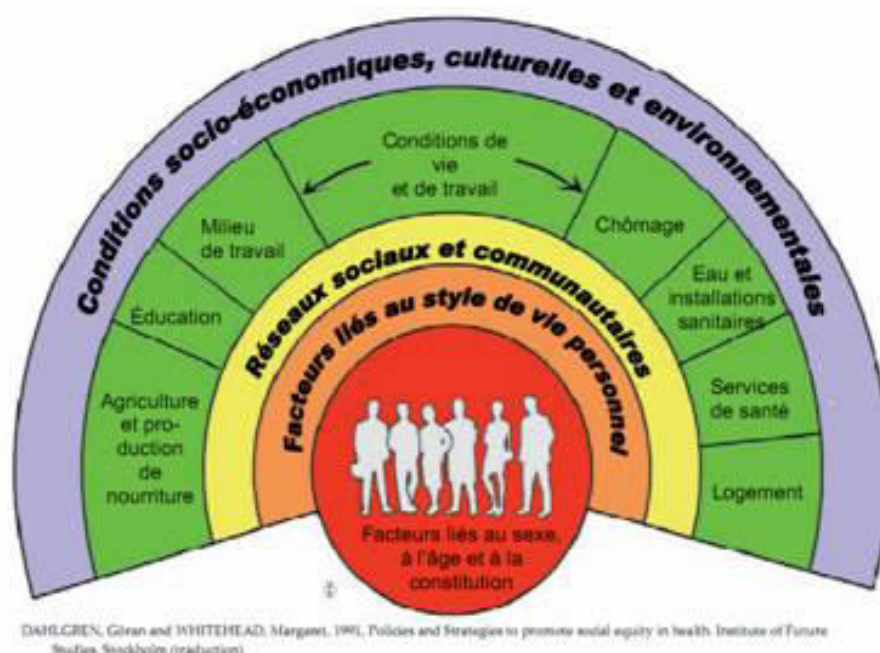


Figure 6 : Schéma de Dahlgren

Les individus en situation de vulnérabilité cumulent les déterminants défavorables au maintien d'une bonne santé (environnement professionnel, logement, catégories socioprofessionnelles) et adoptent moins facilement des comportements positifs sur la santé (prévention, équilibre alimentaire, activités physiques...) (42). Ces facteurs vont influencer directement sur l'état de santé des individus, mais également indirectement sur leur comportement vis-à-vis des soins et leur accès aux soins (16) (27).

Dans les situations de précarité et/ou d'exclusion, il y a une altération des quatre fondamentaux qui structurent la personnalité, à savoir : - la connaissance inconsciente du corps, - la connaissance et la maîtrise du temps, - celles de l'espace, et - la compréhension des rites et symboles qui gèrent les rapports entre les êtres humains. En d'autres termes, l'exclusion fait ressurgir les archaïsmes nécessaires à la survie comme la violence, le repli sur soi, le rejet du monde, la disparition du symbolisme (politesse par exemple). Dans les situations d'exclusion, les rituels de l'échange et de la rencontre sont réduits au minimum (32) (41).

3.1.2. Causes primaires et secondaires

S'il existe des degrés différents de vulnérabilité, il existe avant tout des situations différentes de vulnérabilité en médecine bucco-dentaire. Elles engendrent des difficultés dans l'accès à la prévention, dans l'accès aux soins, dans l'accès à la santé bucco-dentaire (51).

3.1.2.1. Méconnaissance des droits :

L'accès à l'information et la méconnaissance des conditions d'ouverture des droits est l'une des causes du nonaccès aux soins. La barrière linguistique peut aussi être avancée ou encore le niveau d'instruction, les difficultés administratives, les barrières juridiques et la question de la domiciliation (52).

La complexification des démarches administratives (demandes de pièces abusives, durcissement des pratiques, renforcement des contrôles, succession des réformes et des nouveaux textes de lois, complexité des situations par rapport au droit à l'assurance maladie, complexité du droit en matière d'immigration, allongement des délais de réponse,...) impliquent un accès plus difficile au système de soins générant un retard de soins, voir un renoncement (53).

3.1.2.2. Méconnaissance des besoins de santé bucco-dentaire :

La précarisation est caractérisée par une sous-estimation des besoins de soins (notamment les besoins de soins bucco-dentaires) malgré un taux de polyopathologies supérieur à la population générale. La demande de soin suppose une attention aux perceptions du corps, aux sensations morbides, et leur traduction en « symptômes » (54). Pour une population

fortement désocialisée, les soins bucco-dentaires sont sans doute une préoccupation initiale marginale. Les personnes en grande exclusion présentent des pathologies bucco-dentaires multiples et concomitantes.

La minimisation des besoins de soins trouve son explication dans la **priorisation des besoins** et dans un **rapport au corps altéré**.

Pour les populations précaires, devant faire face à de multiples autres nécessités quotidiennes de vie (se loger, se nourrir, etc), la place de la santé, et tout particulièrement en terme de prévention, ne va pas être classée en priorité sauf situations d'urgences. Les difficultés du quotidien laissent parfois peu de place aux considérations de santé et d'accomplissement de soi. Ceci est illustré par la pyramide de Maslow. (Figure 7)

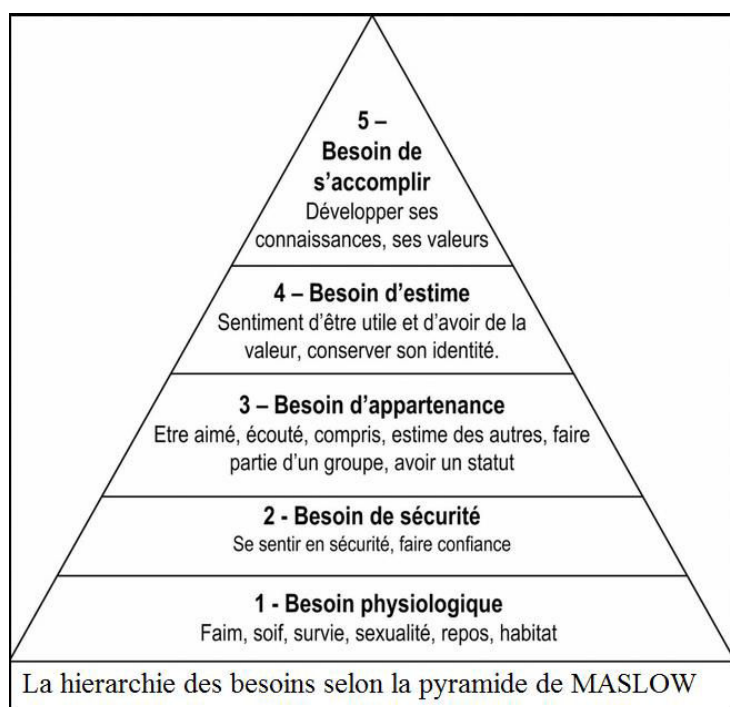


Figure 7 : Pyramide de Maslow

Le syndrome de la désocialisation, versant psychopathologique de l'exclusion sociale, est une pathologie du lien à soi-même, aux autres et au monde. Une désocialisation qui se traduit par un retrait psychique de l'espace corporel désinvesti : « *Dans les cas les plus graves, la désertification du sujet exilé au cœur de lui-même, coupé du sens de son passé, et sans avenir, s'accompagne souvent d'une chosification du corps. Celle-ci se manifeste par une indifférence à la douleur et par une tendance à ignorer l'urgence de pathologies somatiques parfois gravissimes* » (55). Les êtres humains n'existent en tant qu'êtres sociaux que dans le regard de l'«Autre». Quand l'Autre ne vous regarde pas, vous ne vous regardez pas (56).

Quand ça va mal, il existe hélas un réflexe universel, de nature animale, qui est le repli sur soi, la honte, l'isolation.... ça va mal, je me cache... ; je ne peux pas être à l'aise en société,

donc je m'isole.

3.1.2.3. Difficulté de prise en charge dans le circuit classique

Actuellement en France, l'offre de soins bucco-dentaires est à 95% libérale : ce qui implique que tout patient désireux d'être soigné doit :

- prendre un rendez-vous, souvent longtemps à l'avance
- se munir de sa carte vitale et autres papiers d'identité
- se déplacer dans un cabinet dentaire accessible, le jour J et à l'heure H
- effectuer les formalités d'accueil avec l'assistante
- attendre dans la salle d'attente
- coopérer suffisamment au moment des soins pour qu'ils puissent avoir lieu.

Ces 6 étapes incontournables, somme toutes banales pour la plupart des patients, représentent pour d'autres des écueils insurmontables, notamment la planification temporelle des rendez-vous et leur répétition (57).

En France, depuis plusieurs décennies, l'accès aux soins bucco-dentaires constitue un problème récurrent pour les populations défavorisées (51). Plusieurs causes ont été mises en avant :

- Des éléments liés aux modes de vie et à l'atteinte psychologique des patients en situation de précarité corroborent le besoin d'accompagnement spécifique, d'où la difficulté de prise en charge en milieu traditionnel.

- La perte des repères temporo-spaciaux (notion de temps monochrome), une difficulté à honorer leurs rendez-vous et les difficultés d'observance qui sont liées au manque de projection (54) (58).

- L'impatience (impossibilité d'attendre) et paradoxalement le manque de temps.

- Le besoin d'aide, d'être « boostés » pour faire les démarches de soins. Il y a un **besoin d'accompagnement** et « d'encadrement » par une assistante sociale, des éducateurs ou autres, grâce auxquels ils peuvent bénéficier secondairement d'une prise en charge adaptée. Seuls, ils ont du mal à se prendre en charge sur la durée. Ils réussissent à se motiver pour un rendez-vous, le plus souvent d'urgence, mais après, il ne se passe rien par manque de coopération de leur part et de celle du praticien (58).

- La difficulté à se repérer dans le système de soins.

De même les **ressources matérielles et culturelles** rendent difficile la prise en charge dans le circuit classique. Les patients en situation de précarité ne font pas toujours valoir leurs

droits sociaux. Le recours aux soins de spécialistes, incluant les chirurgiens-dentistes, est lié aux ressources culturelles et au niveau d'insertion des individus dans la société. On observe un moindre recours à la médecine libérale par rapport à l'hôpital, avec des pathologies plus avancées, compliquant d'autant la fragilité sociale (59) (60).

Le comportement du soignant, qui porte une grande attention à **l'image de son cabinet**, peut provoquer des situations de tension. Les patients peuvent percevoir des préjugés à leur égard et les blessant profondément. Certains patients pensent qu'il n'y a pas de place pour eux en médecine de ville.

L'attente en salle d'attente peut être très difficile pour les patients précaires, qui se sentent observés, jugés... (vêtements, odeur...) (26).

La relation soignant-soigné est plus difficile à établir (absence d'écoute du praticien, humiliation, manque de respect, non compréhension) (54). À ceci s'ajoutent des difficultés de communication relevant à la fois des registres linguistiques et culturels, ainsi que les problèmes de discrimination à l'égard des migrants (26).

La prise en charge d'une personne en situation de précarité est plus complexe. Le temps nécessaire pour une prise en charge adaptée est supérieur. « *Un patient pauvre n'empêchera pas la mise en œuvre des soins, ce ne seront pas les mêmes, ce ne sera pas le même protocole, ce ne sera pas le même agenda, mais il sera soigné.* » (58) Cette prise en charge différenciée aura un impact sur la **rémunération du praticien**.

Des difficultés apparaissent aussi concernant la prise en charge financière. Les praticiens sont retissants face aux patients sans couverture maladie mais aussi devant les patients sous AME ou CMUc (tarifs opposables et contraintes administratives) (31).

3.1.3. Conséquences primaires et secondaires.

Le recours aux soins n'est pas la première préoccupation des précaires et les urgences hospitalières constituent généralement leur premier contact avec le système de soins pour les soins généraux et dentaires (38).

Les patients en situation de précarité consomment les soins de manière fugace et ne bénéficient donc **ni de réelle prévention ni de réhabilitation globale permettant d'équilibrer leur état bucco-dentaire**. Les soins reçus se résument généralement à des pulpotomies, des restaurations provisoires ou des extractions. La pratique de l'**urgence**,

reposant sur l'élimination de l'urgence « vitale », la sélection des risques les plus graves au détriment des problèmes de santé ou des pathologies plus faibles, rend difficile la prise en charge de données sociales et culturelles, spécifiques à ces populations. Le contact et le climat de confiance ne sont pas toujours faciles à établir dans les prises en charge d'urgence et une fois la douleur supprimée, le patient ne revient pas consulter pour finaliser le soin (par manque d'information sur le déroulement et l'importance du traitement, par manque d'empathie du praticien entraînant un manque de confiance et de motivation du patient qui, aux vues de sa situation fragile, a d'autant plus besoin d'être encouragé et accompagné...) (61).

La typologie de la consommation de soins dentaires et l'absence de prise en charge globale de la santé bucco-dentaire ont comme conséquence une atteinte de l'intégrité physique et psychique.

3.1.3.1. Pathologies bucco-dentaires

Les affections bucco-dentaires sont extrêmement fréquentes, elles sont considérées par l'OMS comme le troisième fléau mondial de santé après le cancer et les cardiopathies. C'est donc un problème majeur de santé publique. On estime à plus de trois quarts de la population adulte la proportion de personnes atteintes de caries. Les formes sévères de parodontopathies (mobilité et perte de dents) peuvent atteindre 10 à 20% de la population (51).

Les personnes en situation de handicap, de dépendance ou de vulnérabilités sont à hauts risques de pathologies orales infectieuses (caries, maladies parodontales, candidoses, etc) qui ont des conséquences sur la santé générale, sur les fonctions de l'oralité (mastication, déglutition,...), sur le déclenchement ou la dégradation de troubles du comportement (isolement, troubles de la communication) et aussi, sur l'estime de soi. L'état dentaire de ces personnes fragiles est incomparablement plus dégradé avec un nombre de dents cariées non traitées bien supérieur à celui de la population générale (40) (42) (61).

L'indice CAO (Cariée, Obturée, Absente) très utilisé dans les études épidémiologiques ne permet pas de différencier les caractéristiques spécifiques de l'état de santé dentaire des populations les plus démunies. L'indice O/CAO permet donc une meilleure évaluation de l'état de santé dentaire, sur le plan fonctionnel. Cet indice est indispensable pour éclairer le contenu de l'indice CAO (41). L'analyse des données de soins de 2008 de la PASS bucco-dentaire de la

Pitié-Salpêtrière à Paris a mis en évidence un nombre significativement plus important de dents absentes non remplacées par une prothèse et de dents cariées par rapport à la population générale d'âge et de sexe comparables (62) (63)(64).

Avec un indice CAO identique pour chaque tranche d'âge, les bénéficiaires de la CMUc se distinguent par un nombre de dents cariées légèrement supérieur mais surtout par un nombre de dents absentes bien supérieur à celui des bénéficiaires du Régime général *stricto sensu*. Dans l'indice CAO, ce nombre de dents absentes supérieur est compensé par un nombre de dents obturées nettement inférieur à celui de la population du Régime Général. Les dents obturées sont celles ayant bénéficié de soins conservateurs. Ce sont des dents atteintes mais soignées, arrivées à un état cicatriciel stable et concourant de manière efficace à la fonction masticatoire. Elles doivent donc être distinguées des autres dents atteintes (caries ou extractions) (41).

Chez les précaires la pathologie de l'axe digestif est très fréquente liée à la malnutrition, aux carences vitaminiques, aux défauts d'hygiène bucco-dentaire, le tout accentué par la consommation d'alcool. Les problèmes dentaires sont particulièrement importants atteignant dans certaines statistiques 91,4% des patients.

La pathologie traumatique est également particulièrement fréquente, notamment chez les SDF, liée à la fois à la violence et à l'alcoolisation sans négliger la fréquence de l'épilepsie (43).

Pathologies générales

Les liens qui existent entre santé bucco-dentaire et santé générale sont aujourd'hui bien documentés (troubles de l'équilibre alimentaire (anémie, surpoids, obésité), bronchopneumopathies, aggravation du diabète, troubles de l'équilibre neuro-musculaire, maladies cardio-vasculaires (hypertension), etc) (64). Le récent rapport de la DREES sur l'état de santé en France souligne ainsi : « *L'interrelation entre la santé buccodentaire et l'état de santé général est particulièrement prononcée chez les personnes âgées, handicapées et plus généralement se trouvant en situation de précarité* » (57). L'absence de prise en charge bucco-dentaire peut engager le pronostic vital du patient : cellulite, cardiopathies, infections focales, septicémies... (51).

L'édentation partielle et totale représente un grand handicap dont les conséquences sont insidieuses. Cette situation entraîne des déficits sévères au niveau de l'organisme tout entier car les dents participent en effet à trois fonctions essentielles : manger, communiquer et sourire.

Une bouche saine symbolise un équilibre à la fois fonctionnel, esthétique et psychosocial. Or il s'avère que les personnes précaires présentent souvent une atteinte de la cavité orale par les caries, l'édentement, l'halitose, la gingivite, la xérostomie, l'abcès dentaire... ayant un impact sur la nutrition (déficits physiologiques : masticatoire et digestif, mais aussi respiratoires. En effet, les encombrements bronchiques sont 30% plus fréquents chez les patients édentés non appareillés) (64) (51). Un cercle vicieux s'installe car la pauvreté et le mauvais état dentaire ont un impact direct sur les comportements alimentaires → repas sautés, produits bon marché plus mous, plus gras et plus sucrés, majorant un risque pour la santé....

Souffrance physique

L'absence de plainte est fréquente car elle n'est pas facile à identifier et le patient précaire ne se sent pas écouté. Elle est liée aux difficultés d'expression de la douleur et au renoncement. Cette situation peut conduire à des négligences ou à un abandon... Seules les douleurs insupportables motivent la consultation (58).

Réhabilitation coûteuse

Un retard de recours aux soins entraîne une aggravation de l'état de santé. Les patients sollicitent des soins un stade avancé de la pathologie (61).

En santé orale nous sommes confrontés à un taux d'édentement élevé, d'étiologie carieuse ou traumatique dont la réhabilitation prothétique est complexe, longue et dispendieuse (43) (64). La prise en charge tardive accentue ce phénomène (36).

L'érosion de l'état de santé des plus fragiles est loin d'être sans conséquence pour la société. Outre les questions éthiques qu'elle pose et les dangers qu'elle fait peser sur la santé des individus concernés, elle est aussi source d'externalités négatives pour la société, source d'altération du bien être collectif et de nouvelles dépenses.

3.1.3.2. atteinte image de soi/intégrité (psychique et physique) :

La double dimension du manque d'appui et de vulnérabilité sociale caractérise le processus de disqualification sociale, processus qui expose le pauvre au regard méprisant, mettant en relief son inutilité sociale. Le précaire devient socialement invisible et inaudible. La souffrance psychosociale se présente alors sous la forme d'une fragilisation narcissique avec

cette problématique dominante de la perte : de l'emploi, du logement, du statut, de l'estime de soi, de la « voix »... « *Perte de confiance en l'autre qui reconnaît l'existence, perte de confiance en soi-même, en sa dignité d'exister, perte de confiance dans l'avenir.* » (65). Elle conduit à un effondrement narcissique du sujet qui ne manifeste plus aucune demande et qui tente d'anesthésier sa souffrance par l'inhibition de la pensée et des affects, par une insensibilité du corps, une rupture active d'avec les proches, une perte du souci de soi.

Renforcement du sentiment d'exclusion

Le déficit esthétique est toujours très douloureusement ressenti par les patients. Il a des impacts psychologiques essentiels. Les pathologies orales peuvent avoir des conséquences sur le déclenchement ou la dégradation de troubles du comportement, et aussi, sur l'estime de soi. En effet, les patients dans ces situations se replient sur eux-mêmes et refusent de communiquer avec l'entourage. Un réflexe de pudeur apparaît : ils ne veulent pas montrer leurs dents manquantes, leurs dents « pourries ». Or dents, bouche et face sont les vecteurs de la communication.

Prendre en charge la santé bucco-dentaire participe largement à leur faire retrouver une identité, une apparence physique et donc une apparence sociale! Le préjudice esthétique ne doit pas être jugé comme mineur dans une société où l'apparence joue un rôle de premier plan dans les rapports sociaux, a fortiori dans les recherches d'emploi (66). La santé bucco-dentaire est un marqueur visible de précarité, susceptible de dégrader l'image de soi et de faire obstacle à une bonne insertion sociale (51). L'édentation est un des premiers signes de désocialisation.

Rejet par la société

Des mécanismes psychosociaux entrent en jeu par une stigmatisation assez marquée des populations précaires : « cancer de la société », « gens qui abusent ». Ce sont des discours qui impactent les personnes précaires, ce qui induit des comportements où ces personnes ne se sentent plus légitimes pour pouvoir bénéficier de droits... (67). Par ailleurs, l'obtention d'un droit spécifique comme la CMUc peut être vécue comme un échec, surtout chez les personnes à haut niveau d'éducation, qui tendent à associer la CMUc à un déclassement social et qui présentent plus souvent un non-recours aux aides sociales.

Perte de confiance dans le système de soins

On observe une perte de confiance face au système de soins due à un mauvais vécu de l'organisation des soins... Les structures dont l'organisation est floue donnent un sentiment de

dénigrement voire d'humiliation et freinent la demande. Vivre une expérience d'exclusion dans les soins marque fortement la personne. Cela semble diminuer les demandes de soins ultérieures. En effet, se faire soigner requiert une relation de confiance (51).

Les refus de soins vécus par les patients, ou même des soins faits « à la va-vite », sans considération ni compréhension des conditions de vie du patient fait naître une insatisfaction et une perte de confiance face au système de soins.

3.2. Analyse des objectifs

La mise en lumière des problèmes bucco-dentaires en lien avec la fragilité des populations en situation de précarité nous a amenés à définir des objectifs pour une prise en charge spécifique de ces populations (Figure 8)

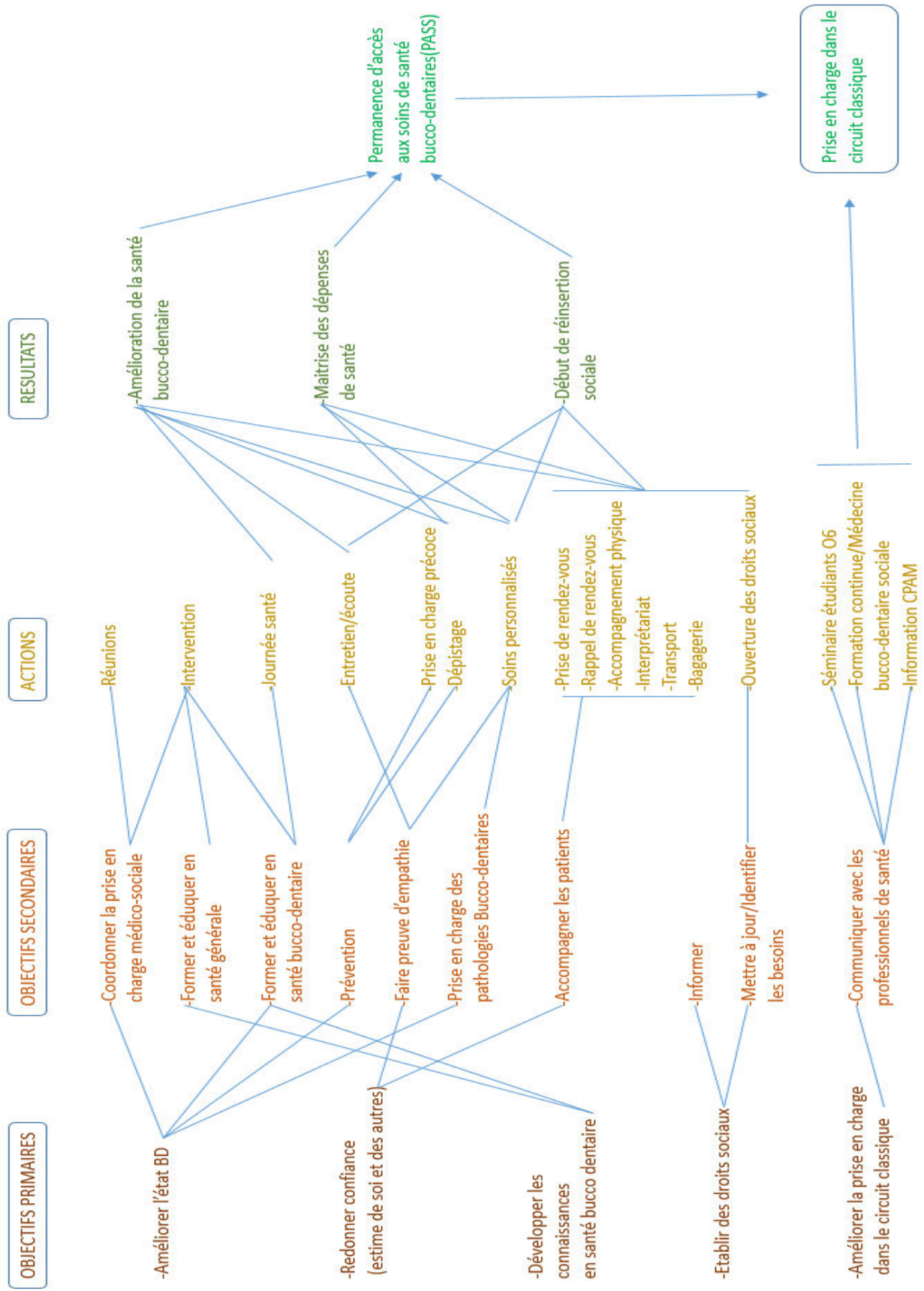


Figure 8 : Arbre à objectifs

3.2.1. Objectifs primaires

Nous avons défini 5 objectifs dits « spécifiques » pour la prise en charge des patients vulnérables :

- Améliorer l'état bucco-dentaire
- Redonner confiance (estime de soi et des autres)
- Développer les connaissances en santé bucco-dentaire
- Etablir les droits sociaux
- Améliorer la prise en charge dans le circuit classique

3.2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs opérationnels découlent des objectifs primaires:

Coordonner la prise en charge médico-sociale :

La prise en charge doit être globale à la fois médicale et sociale. La coordination et la communication entre les différents acteurs doit être au cœur de la prise en charge.

Former et éduquer en santé générale :

L'éducation à la santé permet une prise de conscience des signes et symptômes et un recours aux soins plus précoce.

Former et éduquer en santé bucco-dentaire :

L'éducation à la santé bucco-dentaire permet une prise de conscience de l'importance d'une cavité buccale en bonne santé d'un point de vue physique et psychique.

Prévenir (prévention) :

Les patients à besoins spécifiques nécessitent la mise en œuvre de solutions spécifiques. Il s'agit de développer une conception globale de la santé impliquant des actions préventives et curatives (68). En plus de la promotion de la prévention primaire avec l'hygiène bucco-dentaire, la santé publique doit promouvoir un accès facilité à la prévention secondaire par la valorisation de soins conservateurs efficaces. Ceci est un axe à privilégier notamment dans l'éducation pour la santé des plus démunis (69). Le niveau de communication doit être adapté.

Faire preuve d'empathie :

La difficulté majeure est la stigmatisation des patients. Les professionnels ne doivent pas juger les personnes en situation de précarité, mais essayer de comprendre leur histoire. Il est indispensable de prendre en considération le mode de vie du patient afin d'améliorer sa prise en charge. De même, les personnes précaires ne doivent pas juger les professionnels.

Prendre en charge des pathologies bucco-dentaires :

L'ensemble des pathologies bucco-dentaires doit être géré par des praticiens sensibilisés à la prise en charge des patients en situation de fragilité.

Accompagner les patients :

L'accompagnement social permet à l'utilisateur d'être acteur de son projet de vie. Il peut-être décrit comme suit: *«L'accompagnement à l'autonomie en santé met en œuvre des actions d'information, d'éducation, de conseil et de soutien destinées à toute personne, ou à son entourage, éprouvant une vulnérabilité en santé, dans une visée de renforcement de ses capacités à opérer ses propres choix pour la préservation ou l'amélioration de sa santé.»* (70)

Il s'agit donc de le responsabiliser en l'accompagnant dans la prise de conscience et la mobilisation de ses propres ressources. Les réseaux destinés à la coordination et à la complémentarité des différents intervenants garantissent une continuité dans l'accompagnement à l'autonomie en santé de l'utilisateur.

Informier :

Informier sur la prise en charge financière des soins dentaires (prévention primaire et secondaire).

Informier sur l'existence des dispositifs permettant l'accès aux droits et/ou aux soins.

Sensibiliser la population à l'illégalité du refus de soins.

Mettre à jour/identifier les besoins :

L'assistante sociale évalue les situations pour une orientation et une prise en charge sociale, administrative et médicale des personnes nécessitant des soins.

Communiquer avec les professionnels de santé :

Les professionnels de santé doivent être sensibilisés et formés aux problématiques d'accès aux soins et à la lutte contre le refus de soins.

3.2.3. Actions

Les actions mises en place visent à la réalisation des objectifs opérationnels, permettant la réalisation des objectifs spécifiques, le tout aboutissant à des résultats concrets.

Réunions :

Des réunions de coordination régulières entre les acteurs médico-sociaux permettront une connaissance de l'ensemble de la problématique du patient et une synergie de prise en charge.

Interventions sur les lieux publics :

Les professionnels médico-sociaux doivent aller au devant des populations en situation de précarité en organisant des interventions dans les lieux spécifiques d'accueil et dans les services d'urgence, en mettant à disposition des informations (affiches, brochures...).

Journées santé :

Pérenniser les journées santé organisées par le SEA 35 (Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte), le réseau Louis Guilloux et le CHU de Rennes, qui permettent aux patients en situation de précarité de bénéficier, dans un lieu unique, de consultations médicales et sociales sans rendez-vous. Au cours de ces journées santé, des dépistages bucco-dentaires sont réalisés ainsi que des conseils de prévention. Cette intervention permet de rassurer les patients, de démystifier la profession de dentiste et d'orienter le patient.

Entretien/ écoute :

Une écoute ouverte et approfondie semble indispensable et requiert un temps incompressible. Elle permet de comprendre le patient, son histoire et sa réalité présente, d'identifier ses problématiques complexes et ses désirs, de le reconnaître comme homme, dans sa singularité et sa dignité, de tisser un lien de confiance. Il devient ainsi possible de cheminer ensemble et d'envisager avec le patient la prise en charge à construire. Il faut alors parfois réussir à se détacher des objectifs médico-sociaux communément admis, afin de rechercher en premier lieu la « santé bonne » pour chaque individu (se sentir rassuré et avoir confiance en l'équipe soignante, meilleure compréhension du diagnostic médical, facilitation de la prise de traitement, parcours facilité grâce aux accompagnants sociaux, etc). Quand la relation au corps et à la santé est altérée, assurer des soins de qualité nécessite d'aller au-delà de leur demande de soins, avec

une attention particulière (58).

Les patients en situation de précarité demandent à être écoutés, entendus et reconnus. Ils désirent être compris selon leurs spécificités et exprimer leurs attentes propres.

Prise en charge précoce :

Le patient à besoins spécifiques sera suivi préventivement, ses pathologies seront diagnostiquées et traitées à temps avec des soins conservateurs et une réhabilitation rapide. Celle-ci serait possible grâce à un lieu dédié aux patients en situation de précarité.

Soins personnalisés :

Les soins sont de même qualité que l'ensemble de la population. L'offre de soins s'adapte à la nature de l'obstacle ou des difficultés rencontrées. La réponse doit être spécifique et ciblée selon le degré de précarité. Il faut changer de regard, ne pas juger et adapter son langage ; savoir que l'urgence est appréciée de différentes façons, qu'il faut souvent un accompagnement et que des pratiques apprenantes permettant aux deux mondes des soignants et des soignés de se découvrir. Il faut accorder une place prépondérante à l'expression des choix éclairés des patients qui deviennent acteurs de leur propre santé. Nécessité, pour patients et professionnels, de temps et d'un repositionnement comme co-partenaires. Tout ceci pour permettre la réhabilitation orale des personnes démunies (accueil, écoute, orientation, soins).

Accompagnement :

Un accompagnement de proximité dans la prise de rendez-vous, le rappel du rendez-vous et/ou l'organisation du déplacement permettront la continuité des soins. Lors du rendez vous, le patient en situation de précarité peut être accompagné par une personne « relai » de confiance et si nécessaire d'un interprète.

Concernant les personnes en errance, une « bagagerie » peut être envisagée (grand placard/cagibi) et un « chenil » (piquet/anneau).

Ouverture des droits sociaux :

L'ouverture des droits sociaux est une étape essentielle pour une prise en charge globale.

Formation initiale/formation continue/congrès médecine bucco-dentaire sociale/information par la CPAM :

La formation initiale au niveau des facultés, par la mise en place des stages, et un enseignement spécifique pour acquérir des compétences (médico-sociales : sciences humaines ; médico-

légales : discrimination, sévices,... ; accueil) et l'harmonisant de la formation continue (selon les directives européennes) permettra une approche psycho-sociale des patients en situation de précarité. L'éducation bucco-dentaire de tous les professionnels médicaux et para-médicaux doit être également dynamisée pour améliorer leur connaissance vis-à-vis de ces patients à besoins spécifiques.

3.2.4. Résultats

Nous en avons fait ressortir 4 principaux à atteindre:

- Amélioration de la santé bucco-dentaire
- Début de réinsertion sociale
- Maîtrise des dépenses de santé
- Prise en charge « classique » des patients (insertion)

3.3. Analyse des stratégies

3.3.1. Généralités sur les PASS

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (*loi n° 98- 657 du 29 juillet 1998*) définit les missions de l'hôpital public avec la mise en place de dispositif de Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Les PASS sont le seul dispositif permettant l'accès intégral aux soins pour les personnes démunies et dépourvues de protection maladie.

La PASS s'adresse aux personnes en situation de précarité (francophones ou non) qui ont besoin de soins et ne peuvent y accéder en raison:

- de leurs conditions de vie (désocialisation, difficulté à s'orienter, absence de logement) ;
- de freins économiques (dépenses lourdes, complexité administrative, migration) ;
- de pratiques professionnelles inadéquates (formation, délais, dysfonctionnements, saturation de dispositifs) ou ;
- de leur incapacité à suivre le parcours de prise en charge.

En complément de l'accès aux soins, les PASS permettent d'accompagner les personnes

les plus démunies dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale (régime de base ou régime complémentaire d'assurance maladie, accès rapide à l'aide médicale d'état).

La particularité des PASS est donc de traiter le patient avec ses différentes composantes médicales, sociales, environnementales et psychologiques. Ce temps de compréhension des habitudes de vie de la personne précaire est fondamental dans l'efficacité et la qualité de la prise en charge.

Des protocoles d'action/ réaction ont été élaborés pour répondre aux problématiques liées à la précarité :

- dans le domaine sanitaire : repérer les situations de détresse, accueillir, informer et prendre en charge les publics en situation précaire pour faciliter l'orientation et l'accès au système de santé avec des consultations de médecine générale (pour des actions de prévention, dépistage, éducation pour la santé, diagnostic, traitement et suivi des patients) ; une délivrance gratuite de médicaments, produits et dispositifs et examens médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique; une facilitation de l'accès aux consultations dentaires, psychologiques et infirmières. Les soins sont prodigués gratuitement en l'absence de couverture sociale (conventions avec l'État: mise à disposition du plateau technique de l'hôpital : actes diagnostiques et thérapeutiques et traitements délivrés « gratuitement »).

- dans le domaine social : mettre en réseau des professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral, associatif, pour offrir au public en difficulté sociale des lieux visibles d'accueil, d'information et d'orientation pour un accompagnement dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment pour l'accès à une couverture sociale (aide à l'ouverture des droits : sécurité sociale et mutuelle). C'est un réseau local avec les intervenants sanitaires, sociaux ou agissant dans le domaine de la précarité au sens large.

- pour un accompagnement dans le parcours de soins à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. La fonction de relais de l'hôpital implique également un rôle de mise en réseau et d'organisation de cette continuité des soins.

La mission première de la PASS est donc de favoriser l'accès des personnes les plus fragilisées à une autonomie de soins dans un cadre sociologique spécifique, mais toujours dans une perspective d'évolution vers le système de droit commun, afin que soit évitée une filière « pour les pauvres ». Le retour des personnes exclues dans les dispositifs de droit commun, en particulier sanitaires, constitue un élément important de leur réinsertion sociale ; elles doivent être redirigées, en temps voulu, vers le système classique.

Il existe une grande diversité de moyens et de modes d'organisation des PASS en France: locaux et personnel dédiés ou bien rattachés à un service existant (urgence) pour la plupart ou absence de local et de personnel spécifique (pour 10 %). (annexe 6.6)

3.3.2. Prise en charge adaptée

3.3.2.1. Au niveau social:

L'accès aux droits constitue le fondement de tout projet de réinsertion. L'assistante sociale permet l'amélioration de la situation sociale en les accompagnants dans l'ouverture des droits ou en les orientant vers des réseaux de partenaires pour qu'ils puissent faire face à leur situation de précarité (couverture médicale, aide au logement...). Elle s'intéresse à une prise en charge globale du patient, aussi bien sociale et médicale que psychique. Son rôle s'inscrit dans une démarche cherchant à créer un environnement stable ainsi qu'un réseau autour de ces patients fragiles. Les bénéficiaires de la PASS sont en grande détresse et ont besoin d'un accompagnement et d'une attention particulière.

3.3.2.2. Au niveau psychologique:

« L'intégration des personnes en situation de vulnérabilité n'exige pas seulement la bonne foi et la bienveillance, mais elle suppose que nous cessions d'adhérer aux représentations standardisées de la vie réussie qui ont cours dans la société. » (71) L'étude JAMA a montré qu'une bonne connaissance de l'environnement des patients et sa prise en compte dans les projets thérapeutiques améliorerait leur état de santé (72).

Les services PASS entendent offrir une médecine humaine qualitative et performante, loin du productivisme de l'hôpital. Cette approche permet d'éviter toute humiliation, de redonner espoir et dignité, ainsi qu'un certain sens des responsabilités décisionnelles en aidant les patients à retrouver un statut social. Il s'agit, dans la médecine de la précarité, de traiter à la fois la souffrance physique et psychologique. On s'occupe d'abord de soigner des individus avant de soigner des pathologies. Il faut donc cerner les besoins pour hiérarchiser la prise en charge.

Pour améliorer les relations et mieux appréhender les manières d'agir d'autrui, il s'agit de prendre en compte les représentations, l'environnement des personnes et leurs vécus pour mieux répondre à leurs besoins en termes de santé. Il est important d'essayer de comprendre le monde des exclus ; de prendre le temps nécessaire en apportant empathie et patience, pour obtenir la coopération du patient. Quand la relation au corps et à la santé est altérée, assurer des

soins de qualité nécessite d'aller au-delà de leur demande de soins, avec une attention particulière (55). Un respect réciproque est essentiel, la construction des bonnes pratiques passe par l'échange (73). La considération et le respect doivent être partagés. Les soins dispensés ne sont pas un due et les patients ne peuvent pas en disposer comme bon leur semble.

3.3.2.3. Au niveau de la prise en charge dentaire:

La médecine bucco-dentaire, a aussi pour vocation de créer ou recréer du lien, constitue une pratique sociale à part entière. On peut y appliquer l'éthique du *care*, qui désigne un processus et renvoie à quatre étapes qui exigent des dispositions particulières. La première étape du soin (*caring about* = se soucier de) est l'identification des besoins spécifiques de la personne. Elle requiert l'attention pour rendre possible l'écoute et éviter la projection (qui a tendance à définir les besoins de l'Autre à sa place). La deuxième étape du soin (*taking care of* = s'occuper de) engage des démarches concrètes permettant à la personne de profiter du soin. La troisième étape (*care giving* = donner le soin) renvoie à l'acte en lui-même, possible grâce aux professionnels soignants et à l'aide sociale. Et enfin, nous avons le *care receiving* qui suggère que le soin a été reçu de manière active par le patient (71) (74).

Dans les PASS, l'accueil des patients est privilégié car se savoir reconnu est déjà un facteur d'amélioration. En effet, ce premier pas n'est pas toujours simple pour le malade impécunieux qui n'ose pas s'adresser au dentiste.

La deuxième démarche des PASS dentaires est une démarche de soins et de prévention en adaptant les moyens de prévention, en anticipant et en s'adaptant à la nature du problème. Le traitement est assorti de recommandations, de conseils essentiellement d'hygiène et de comportement notamment quand sont pressenties des conduites addictives. Le tout dans un climat de confiance qui permet d'introduire un dialogue et un suivi des publics en extrême difficulté. Dans ces services, il est nécessaire de revenir aux fondamentaux : notion d'humanisme (échange, recueil des confidences, conseil et parole apaisante). L'état bio-psycho-social particulier est ainsi pris en compte et un travail sur l'environnement est réalisé : milieu calme, pas de stress, ambiance détendue, etc.

Généralement, les personnes en difficulté consultent de manière irrégulière, en fonction de la résolution de leurs autres problèmes. Il est donc nécessaire que le passage entre les différentes phases thérapeutiques soit conditionné, notamment par le principe de préservation de la chance ; c'est-à-dire que les soins délivrés au cours de chaque phase ne doivent pas oblitérer les possibilités d'arrêt de traitement ou de passage à la phase suivante. Il faut toujours

garder à l'esprit que la priorité de la personne en situation de précarité n'est pas forcément sa santé bucco-dentaire. Ce sera peut-être sa priorité dans quelques temps... Le dentiste exerçant en PASS doit adapter le traitement aux spécificités propres de son patient. Les traitements doivent s'effectuer par touches successives afin de permettre de régler entre-temps les autres problèmes. Il faut donc tenir compte des ruptures de vie pour considérer qu'un parcours de soins linéaire n'est pas compatible avec la vie des individus en situation de précarité.

La décision de soigner (ou pas) sera prise en fonction d'un certain nombre de facteurs :

- des souhaits et des attentes du patient
 - . en quoi se sent-il amoindri ?
 - . quelles sont ses doléances ?
- de ses besoins bucco-dentaires :
 - . diagnostic à établir, impact sur le coefficient de mastication
 - . réflexion sur l'éventuel plan de traitement
- de l'impact sur la qualité de vie
- des compromis thérapeutiques acceptables
- de sa capacité à tolérer la mise en œuvre du traitement
- de l'aptitude au maintien d'une bonne hygiène
- de ses ressources (psychologiques, financières, etc)
- de la probabilité d'une issue positive, qui découlera du dialogue patient-praticien afin d'obtenir le consentement éclairé.

L'approche de la vulnérabilité en médecine bucco-dentaire impose de ne pas juger le manque mais de valoriser les ressources du patient et d'augmenter ses possibilités, à défaut d'augmenter son autonomie, avec respect, empathie et patience (71).

La mise en place d'une PASS bucco-dentaire semble la structure répondant au mieux aux résultats escomptés, l'objectif stratégique étant d'améliorer la prise en charge des populations fragilisées sur le bassin rennais.

« On peut se dire que c'est une filière de soins parallèles qui est créée... Au contraire, ces dispositifs ad hoc sont faits pour rendre service aux gens. En effet, quand vous êtes dans l'exclusion, vous ne consultez pas pour des tas de raisons : vous n'évaluez pas bien le danger, vous n'y allez que quand vous avez très mal. Parce que les institutions ne peuvent pas vous chercher et sont bien contentes de ne pas vous trouver. » Xavier Emmanuelli (57)

4. PLANIFICATION PASS BUCCO-DENTAIRE SUR LE BASSIN RENNAIS

Le dispositif PASS au CHU de Rennes est un ensemble d'organisations fonctionnelles autour du patient dont l'objectif est de garantir l'accès aux soins et aux traitements ainsi que la continuité des prises en charge. En 2015, une cellule de coordination des PASS rennaises a vu le jour. Elle évalue, construit et coordonne le parcours de soins des patients les plus démunis en interface avec les équipes médico-soignantes du CHU et les partenaires intervenant dans le champ de la précarité.

La PASS spécialisée dédiée Bucco-Dentaire (PASS BD) viendrait s'insérer au sein du dispositif PASS déjà existant.

4.1. Une structure calibrée pour le territoire cible

4.1.1. InSCRIPTION géographique

En France métropolitaine, il existe 17 PASS bucco-dentaires contre plus de 430 PASS somatiques (annexe 6.5). Cette offre de dispositifs « passerelle » conçus comme facilitateurs pour l'accès au droit commun est très hétérogène dans son fonctionnement et dans sa répartition sur les territoires.

Les différentes générations de Plans Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) qui se sont succédées ont permis en région Bretagne la pérennisation et l'évolution d'un dense maillage des dispositifs et actions qui œuvrent pour faciliter l'accès du public démuné au système de santé de droit commun.

En pratique, en région Bretagne, les crédits octroyés aux PASS ont permis de structurer leur fonctionnement au sein de 14 centres hospitaliers généraux et 3 établissements de santé mentale. (annexe 6.6) L'analyse de la répartition géographique et thématique des PASS fait apparaître des disparités (figure 9). Le Centre-Bretagne et les centres-villes des grandes aires urbaines présentant des marqueurs de précarité telles que Guingamp, Redon, Paimpol ... sont dépourvues de PASS.

Par ailleurs, on observe une problématique générale d'accès aux soins dentaires des

publics démunis sur l'ensemble de la région : une seule PASS dentaire est implantée en Bretagne : elle est rattachée au CH Bretagne Sud de Lorient.

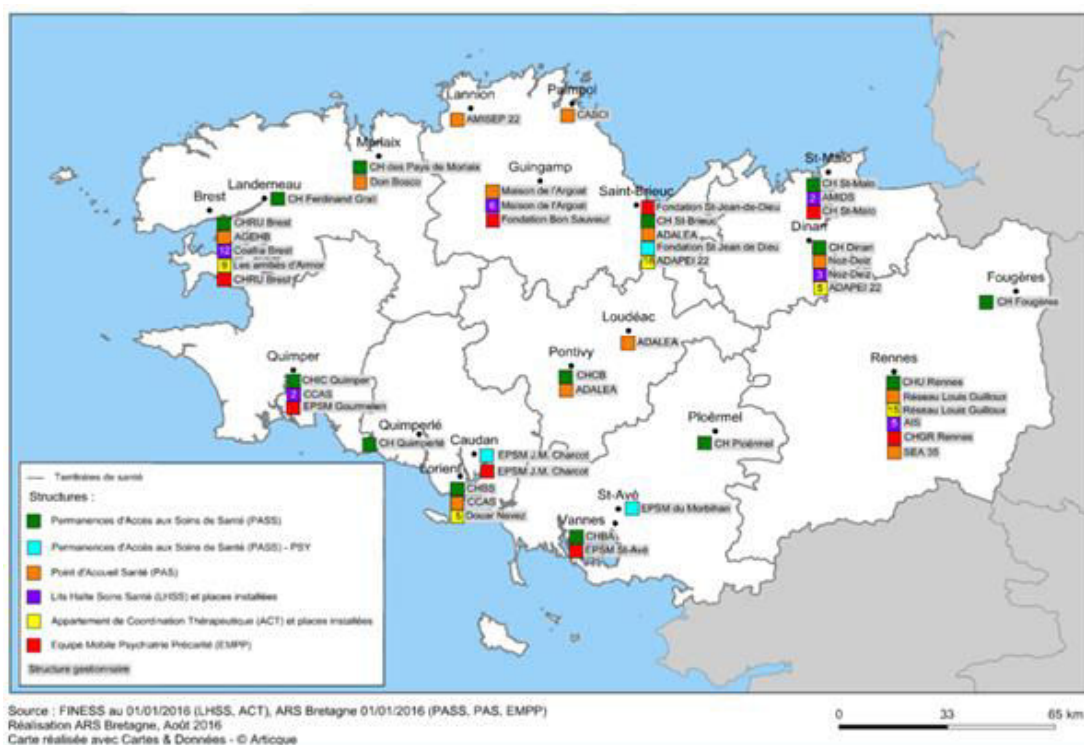


Figure 9 : Répartition des structures pour personnes en situation de précarité sur la région Bretagne (47)

En 2013, la Ville de Rennes s'est engagée avec l'Agence Régionale de Santé et ses partenaires (Préfecture et les services décentralisés de l'Etat: Education Nationale, Centre Hospitalier Universitaire, Etablissement public de santé mentale, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, professionnels de santé, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Conseil Général, Conseil Régional, représentants des usagers) dans la mise en œuvre d'un Contrat Local de Santé sur son territoire pour:

- Engager une meilleure connaissance entre les acteurs qui œuvrent en faveur de la santé sur le territoire rennais et partager les diagnostics ;
- Favoriser les coopérations et la cohérence des actions développées sur le territoire en décloisonnant les approches ;
- Mettre en place une programmation partagée au service d'une stratégie locale en santé sur 3 années.

Le Plan Local de Santé de la Ville de Rennes s'appuie sur une démarche transversale en référence à la Charte d'Ottawa, issue de la conférence internationale pour la santé, réunie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1986. Il est le fruit d'un travail interne qui réaffirme la

stratégie de la Ville sur les questions de santé. Il vise à valoriser dans leur ensemble les actions menées au sein des services municipaux en lien avec leurs partenaires, au service d'une politique de prévention et de promotion de la santé tout au long de la vie (75) (76).

La ville de Rennes avec 214 000 habitants en 2014 peut, à elle seule, prétendre à la mise en place d'une PASS BD. Pour autant, il est nécessaire d'inscrire la PASS BD dans un territoire plus étendu correspondant au rayonnement de la ville de Rennes. Le territoire retenu est le territoire 5 du répertoire des dispositifs en santé précarité (77) (figure 10).

En effet, si l'on observe les taux d'allocataires du RSA, marqueur de précarité, il semble que le taux de bénéficiaires résidant sur Rennes tend à diminuer au profit des communes avoisinantes (84% en 2008 versus 76% en 2012) malgré une progression constante du nombre de bénéficiaires sur l'ensemble du territoire (78).



Figure 10 : Découpage territorial des dispositifs en santé-précarité

4.1.2. Quantification de la population cible

La file active (= nombre de nouveaux patients vus au moins une fois au cours d'une année civile) définit la fréquentation d'une PASS.

Nous avons étudié les files actives de plusieurs PASS généralistes et PASS bucco-dentaires françaises pour faire une estimation comparée (cf annexe 6.7 : PASS ayant une inscription territoriale similaire à celle de Rennes). L'analyse montre qu'une PASS généraliste redirige entre 15 et 25% de sa file active de patients vers la PASS BD correspondante. L'écart conséquent entre ces deux pourcentages s'explique principalement par l'importance du maillage relationnel entre les différents acteurs intervenant dans la précarité. Les PASS interconnectées avec des partenaires sociaux et médicaux de ville s'approchent des 25% d'orientation.

Au regard de la file active de la PASS généraliste rennaise (file active=974 en 2016) et

du fort partenariat permis par la cellule de coordination, on estime la proportion d'orientation proche de 25%. Au vu de ces données, nous avons évalué pour la première année de fonctionnement de la PASS BD une file active de 243 patients.

4.2. Coordination

Le 18 juin 2013, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a édité une circulaire relative à l'organisation et au fonctionnement des PASS, décrivant notamment les activités et le schéma organisationnel d'une PASS. (79)

La PASS BD rennais doit néanmoins être construite autour de plusieurs axes structurels déjà présents à Rennes.

4.2.1. Spécificités Rennaises

La PASS bucco-dentaire, située au nouveau centre de soins dentaires du CHU, s'appuiera sur la cellule de coordination pour la partie organisationnelle et sociale. La cellule de coordination de la PASS rennais dispose déjà de moyens humains (assistante sociale et travailleurs sociaux).

4.2.2. Le comité de pilotage

Le comité de pilotage de la PASS BD de Rennes sera composé d'un membre responsable du pôle odontologie, du chirurgien-dentiste référent, de l'assistante sociale de la cellule de coordination PASS et de membres extérieurs (associations de patients, association d'aide à la précarité...).

Le Comité de pilotage de la PASS se réunit une fois par mois, valide les orientations du dispositif PASS, ainsi que l'arbitrage de la phase prothétique, en partenariat avec l'ensemble des représentants des instances du CHU et des institutions et structures intervenant dans le champ de la précarité. Il contribue à la dynamique de la PASS, à une prise en charge efficace et au renforcement des partenariats intra et extra-muros, en inscrivant la PASS dans le réseau médico-social local.

4.2.3. Organisation conjointe entre la cellule de coordination et la PASS bucco-dentaire

Activités auprès des patients :

- **La cellule de coordination PASS** sera en charge de l'identification des patients éligibles à la prise en charge PASS. Elle réalisera les entretiens sociaux, les démarches d'accès aux droits, l'accompagnement dans les démarches de soins dans l'établissement, l'accompagnement vers les services ou établissements sociaux. Elle se chargera aussi de l'interprétariat et de la délivrance des médicaments.

- **La PASS bucco-dentaire** se chargera quant à elle de la prise en charge dentaire. Le plan national de précarité a mis en place des stratégies d'action en matière de santé et précarité : dans l'attente de l'acquisition d'une couverture sociale, une rétro-facturation sera faite par l'accueil du CSERD. De plus, pour les soins ne pouvant être soumis à facturation, le CHU de Rennes et l'Etat ont signé une convention de prise en charge des traitements délivrés gratuitement aux personnes accueillies.

Activités auprès des professionnels et des partenaires extérieurs:

L'enseignement théorique des étudiants sur la prise en charge des populations précaires sera enseigné lors des séminaires des 6èmes années par exemple. Puis, sous forme d'optionnel au sein de la PASS BD, le chirurgien-dentiste référent se chargera de la sensibilisation des externes volontaires.

La publication dans « La Lettre » du conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes sur la mise en place du projet et de son évolution mettrait une mise en lumière du projet auprès des chirurgiens-dentistes et le développement de partenariats pour la prise en charge secondaire des patients en situation de fragilité.

Le développement de réseaux ville-hôpital et médico-sociaux est la clé de voûte de la vitalité de ce projet. La PASS BD agit à l'extérieur de l'établissement pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients. Construire un partenariat institutionnel élargi est très important pour l'orientation des patients vers le dispositif de la PASS.

4.3. Structuration de la prise en charge dentaire au CSERD et parcours de soins

Idéalement, le projet serait de réaliser un environnement « cocooning » dans lequel le patient se sentirait à l'aise, avec un fauteuil et un praticien dédiés. Le patient prend alors ses repères et confiance. Ce cabinet devrait être équipé « exhaustivement » afin qu'il n'y ait pas d'agitation autour du patient (mise en confiance).

La phase 1 : Le patient rencontre l'assistante sociale dans le service PASS au troisième étage du bâtiment des écoles. L'assistante sociale est la clé de voûte du système, le point d'entrée obligatoire des patients de la PASS. Elle reçoit les patients en première intention et réalise une première évaluation afin de déterminer si oui ou non la prise en charge du patient relève bien de la PASS. L'assistante sociale formalise ensuite leur droit à l'ensemble des traitements délivrés par le CHU.

Son temps de travail se répartit entre l'activité dédiée à la PASS bucco-dentaire et celle dédiée à la PASS généraliste.

Les critères d'éligibilité de la PASS de Rennes sont décrits ci-dessous :

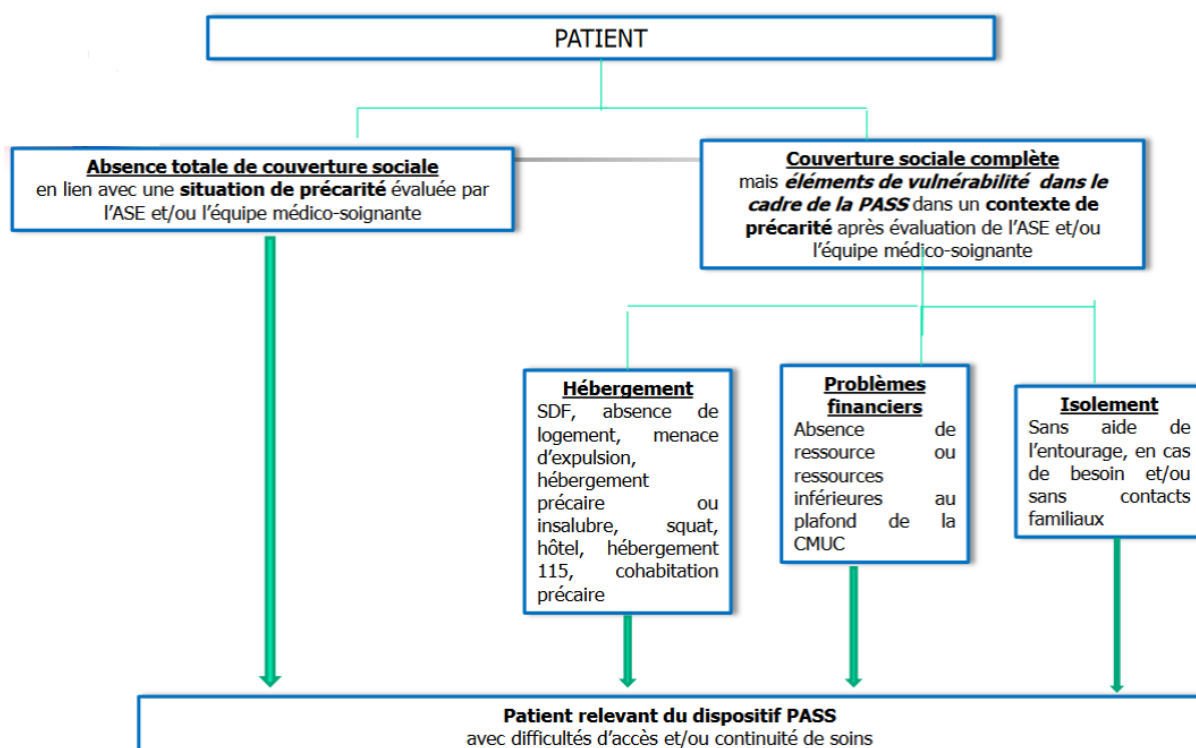


Figure 11 : critères d'éligibilité de la PASS rennaise

Le patient relevant du dispositif PASS peut prendre rendez-vous en consultation dans le service d'odontologie par téléphone les jours d'ouverture du cabinet avec, si besoin l'aide de l'assistante sociale.

La phase 2 débute par l'élaboration du dossier dentaire au bureau des entrées du CSERD avec le patient puis de l'orientation vers le cabinet PASS dentaire.

Le dentiste titulaire réalise les soins par souci d'efficacité et de continuité. Il est assisté au fauteuil par un étudiant. Un deuxième étudiant prend en charge la partie administrative : - téléphone, - prise de rendez-vous avec horaires adaptés aux patients, - rappel des rendez-vous pour diminuer le nombre de rendez-vous manqués, - préparation « exhaustive » des dossiers avec une synthèse du parcours de vie et de soins pour faciliter la prise en charge par le praticien.

La première séance comprend un temps d'écoute nécessaire à une prise en charge adaptée au patient en fonction de ses habitudes de vie et de ses doléances. Ensuite, un bilan exhaustif est réalisé suivi d'un relevé d'indices intrabuccaux.

Des conseils de prévention et d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire amèneront progressivement le patient à une prise de conscience de l'importance de la santé bucco-dentaire. Dans l'objectif de motiver le patient à sa santé orale, un kit dentaire (brosse à dents, dentifrice et une plaquette explicative) lui sera fourni.

Le diagnostic et le plan de traitement seront établis en fin de séance et les rendez-vous suivants planifiés à courte échéance (notion d'immédiateté).

La phase 3, proche dans le temps de la phase 2, signe le début d'une prise en charge durable. Lors des rendez-vous suivants, le praticien réalisera un assainissement bucco-dentaire : soins conservateurs, extractions, détartrages, et conseils en matière de prévention à l'hygiène bucco-dentaire. Dans l'objectif de limiter les rendez-vous, les séances seront donc volontairement longues. Un maximum de soins définitifs sera réalisé à chaque séance compte-tenu de l'interruption possible du suivi à tout moment. Dans le cas de doléances esthétiques, le praticien expliquera aux patients la priorisation des soins en fonction des risques médicaux et réalisera les soins esthétiques en fin de traitement pour valoriser le patient de son comportement responsable. A chaque séance, un contrôle et une motivation à l'hygiène (Indice Gingival/Indice de Plaque) sera réalisé.

Si au cours de cette phase, la situation clinique exige de recevoir le patient en dehors de ses rendez-vous, il peut se présenter en « rendez-vous non programmé » pour traiter l'urgence

en fonction des disponibilités des praticiens de la PASS. En dehors des jours d'ouverture du service PASS, il sera reçu dans le service d'urgences du CSERD.

En fin de phase 3, une réévaluation des besoins prothétiques est réalisée et des devis établis. Ces derniers sont soumis à une commission. Cette commission, dite « d'admission », est chargée de valider ou non le financement des soins prothétiques en fonction de critères médicaux, sociaux et financiers rapportés respectivement par le praticien hospitalier et le travailleur socio-éducatif de la PASS. L'activité associée aux décisions de la commission concerne donc les actes caractérisés par une socialisation partielle des honoraires, le principal critère d'arbitrage reposant sur l'hypothèse de l'impossibilité de l'acquittement par le patient du « reste à charge » en fonction de son niveau de ressources ; mais aussi sur l'implication du patient dans son projet prothétique.

Cette commission composée des membres du comité de pilotage se réunit à la demande, et l'appel à ce budget apparaît comme la dernière solution pour éviter le renoncement aux soins. Lorsque l'avis est favorable, le patient peut passer à la phase 4.

La phase 4 correspond à la réhabilitation fonctionnelle et esthétique de la sphère orale par prothèse. C'est le moment décisif où le terme « prise en charge globale » prend tout son sens. C'est en effet la réalisation de travaux de restauration prothétique qui sont souvent longs et fastidieux. Parallèlement à la prise en charge médicale, l'assistante sociale aide le patient dans ses démarches administratives pour s'insérer ou se réinsérer dans le système de soins classique.

	Accueil	Examen	Intervenants
Phase 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Par l'assistante sociale 2. Nécessité de soins buccodentaires 3. Pas d'autres financements possibles 		
	Observation/traitements	Examens	Intervenants
Phase 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consultation initiale sur RDV 2. Observations cliniques et radiographiques 	Radiographie panoramique Examens complémentaires si nécessaires (bilan long cône, Cône Beam, modèles d'études)	Chirurgien-dentiste référent, externes de 6 ^{ème} année
Phase 3	Eradication des foyers infectieux : <ol style="list-style-type: none"> 1. foyers aigus en première intention 2. foyers chroniques (racines résiduelles, caries, maladie parodontale...) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluation esthétique et fonctionnelle 2. Etablissement d'un devis prothétique si nécessaire 	Chirurgien dentiste référent, externes de 6 ^{ème} année
Fin des traitements possibles			
Phase 4	Réhabilitation prothétique après accord de la commission de la PASS		Chirurgien dentiste référent, externes de 6 ^{ème} année

Figure 12 : Les quatre phases du parcours de soins de la PASS bucco-dentaire.

4.4. Cadre général de financement

4.4.1. Généralités

Depuis leur création, les PASS sont financées au titre de la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC). (annexe 6.8) Ces critères étant respectés, une contractualisation ARS-établissement est établie ce qui permet d'obtenir un financement. (annexe 6.9)

Le guide MIGAC spécifie que « *relèvent du financement par la MIG PASS les activités de facilitation de l'accès aux soins, de prise en charge et d'accompagnement, hors hospitalisations et consultations facturables, de patients en situation de précarité. Sont intégrés également dans le financement : le pilotage, la coordination et l'évaluation de ces permanences.* » (80) Le budget de la PASS couvert par la MIG (mission d'intérêt général) intègre les frais de personnel ainsi que tous les frais liés à l'activité de la PASS. Le budget

englobe donc notamment les dépenses pharmaceutiques, les frais d'examens médicaux, des prestations d'interprétariat et des frais de transports dans le cas d'une PASS mobile. Ces crédits sont destinés à compenser les charges liées à l'accomplissement de certaines missions incombant aux établissements de santé.

Les dotations budgétaires sont fonction de l'activité de la permanence. (annexe 6.10)
Un coefficient géographique est intégré dans le calibrage de la dotation (80).

En ce qui concerne les PASS spécialisées, le financement est un peu différent et sera adapté au regard de leur spécificité. Le budget est établi en fonction d'une proposition établie par les promoteurs du projet et validé au niveau régional et national. Il tient compte des modalités d'organisation et du fonctionnement prévu, ainsi que des actes spécifiques et des dépenses particulières.

4.4.2. Proposition de financement pour la PASS bucco-dentaire de Rennes

Un budget prévisionnel est un outil qui permet, au début de chaque exercice comptable, de chiffrer et de matérialiser ses objectifs. Il permet de voir sur un seul tableau toutes les dépenses et recettes sur l'année à venir et tient compte de la directive n° 2013-246 du 18 juin 2013, relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (79).

A partir de la file active de patients estimée lors la première année (n=243), un budget prévisionnel a été établi. Pour répondre à cette requête, le CSERD est en mesure de mettre à disposition un local **non-équipé** deux jours par semaine la première année (évolutif en fonction des besoins) (figure 13).

BUDGET PREVISIONNEL PASS

AMORTISSEMENTS

Equipements : Fauteuil	22 000 euros
Radio	8 000 euros
Sur 12ans :	2500 euros

CHARGES

Personnels :	0,4 ETP Praticien Hospitalier	35 000 euros
	2* ETP Externe	11 000 euros
	0,1 ETP Assistante sociale	4 000 euros

Frais :	Fonctionnement	42 000 euros
	Consommables	12 000 euros
	Prise en charge du	
	Reste à charge	15 000 euros
	Prothèse	35 000 euros
	Interprétariat	3 000 euros

Temps de coordination : 2 000 euros

Temps médico-social : 6 000 euros

TOTAL 167 500 euros

RECETTES

MIGAC PASS : 145 000 euros

Remboursements CPAM : 22 500 euros

TOTAL 167 500 euros

Figure 13 : Budget prévisionnel PASS BD rennais

Les dépenses:

- Le fauteuil et le dispositif radiologique seront amortis sur 12 ans.
- Les salaires sont calculés pour deux jours par semaine (0,4 ETP) et une ancienneté moyenne.
- Les frais indirects correspondent à 25% des dépenses totales au sein du CHU de Rennes. La comptabilité de type « générale » et non « analytique » utilisée au CHU ne permet pas de spécifier les frais indirects propre au CSERD.
- Les frais de prise en charge du « reste à charge » concernent les patients n'ayant ni complémentaire santé, ni CMUc ou ACS. Au niveau national, on estime que 25% des patients relevant de la PASS BD ont une couverture de base seule.
- Les frais prothétiques sont estimés pour la première année. Nous avons observé une multiplication par trois des actes prothétiques entre la première et la troisième année d'activité des PASS BD, expliquée par la durée importante de réalisation des traitements conservateurs.
- Le temps de coordination est associé aux réunions interprofessionnelles mensuelles.
- Le temps médico-social correspond à la spécificité de prise en charge (temps d'écoute et de mise en confiance).

Les recettes :

- Dotations MIGAC fléchées PASS directement adaptées à la file active.
- Remboursements CPAM des soins réalisés.

Le budget prévisionnel sera consolidé lors de la contractualisation entre l'ARS et le CHU de Rennes. L'équilibre budgétaire est respecté pour la première année mais pas assuré pour les années suivantes (du fait de la prothèse).

4.5. Evaluation

Le budget est attribué par la Mission de Service Public (MSP) suite à une déclaration de l'établissement si ce dernier respecte les critères suivants :

- Respect des bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation
- Niveau de besoins du territoire, tels que définis dans PRAPS et PRSP
- Niveau de l'offre de soins associatifs et publics offerts sur le territoire

Il convient de noter que le nombre de patients vus au moins une fois à la PASS doit être établi de manière précise. Il doit notamment être clairement distinct du nombre de personnes accueillies aux urgences ou au service social dans le cas où la PASS se trouve à proximité ou intégrée à ces services.

Il revient à l'ARS de vérifier, pour chacune des PASS de la région, l'adéquation entre l'activité mesurée par le nombre de patients accueillis et le montant de la dotation affectée. Elle procède le cas échéant à des réaffectations en s'appuyant sur la fréquentation comparée entre les permanences de différents établissements.

Chaque année, dans le rapport d'activité, seront présentes une analyse des stratégies employées et des propositions d'actions correctives pour l'année suivante. L'impact et le fonctionnement de la PASS BD seront réévalués avec les données de la file active et les partenariats. L'analyse des types de précarité, du taux de retour à la PASS en raison de perte des droits sociaux et des moyens accordés, seront présentés à la direction, au conseil d'administration, à la commission médicale d'établissement ainsi qu'aux partenaires externes. (annexe 6.9)

5. CONCLUSION

Les inégalités de santé et d'accès aux soins et plus spécifiquement en médecine bucco-dentaire sont une réalité importante à considérer. L'égal accès aux soins pour toutes les personnes habitant sur le territoire français est une utopie. Cependant, une facilitation de l'accès et une prise en charge adaptée et humaine est un début de réponse pour des individus en difficulté de vie.

La prise en charge d'une population en difficulté sociétale se heurte à de nombreux écueils. Elle confrontera les équipes à de nombreuses déceptions. Pour certains patients sortir de la précarité, se resocialiser sera insurmontable. Les efforts demandés resteront inaccessibles par manque de ressources, de volonté, d'envie...

De même, une prise en charge spécifique dentaire apparaîtra comme un « luxe » offert à des individus non-méritants, et pour beaucoup, nos efforts et actions seront vains. Cependant, nous devons garder à l'esprit que, parmi les « échecs » considérés comme tels pour nous, soignants socialisés dans la « normalité », certaines personnes bénéficieront de nos soins de manière positive et en tireront parti avec une reprise de confiance dans le système de soins, une meilleure santé et une meilleure considération de soi permettant d'être plus à l'aise en société et par là-même, de réussir à « s'en sortir ».

La prise en charge des populations en situation de précarité est une dimension difficile de la médecine de par son intrication de phénomènes sociaux et psychologiques, mais enrichissante et nécessaire. C'est une médecine proprement humaine.

Le but de notre travail était d'étudier les moyens d'amélioration de la prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes les plus en difficulté sur le bassin Rennais. L'objectif était de diminuer les inégalités sociales de santé et de les réintégrer dans le système de soins traditionnel, mais aussi de répondre à un enjeu éthique et économique.

Nous avons pu établir, à partir de la méthodologie de projet, les leviers permettant d'améliorer la santé bucco-dentaire des personnes en situation de précarité et aboutir à une proposition de prise en charge qui s'insère dans le tissu médico-social existant, en accord avec la stratégie de la ville de Rennes, les politiques du CHU et de l'ARS ainsi qu'avec la législation en place.

Le positionnement du CHU de Rennes est le plus à même de recevoir une PASS Bucco-dentaire avec la mise à disposition de locaux adaptés dans le pôle odontologique du CHU. Cependant, cette proposition est dépendante de la mise en place des budgets nécessaires au bon

fonctionnement de cette unité (personnels, matériels, financements spécifiques). Les budgets étant quasi-exclusivement liés aux subventions de la MIGAC PASS, sa viabilité est donc directement dépendante du maintien de la contractualisation entre l'établissement et l'ARS. La pérennité de la PASS est par conséquent corrélée à la politique du CHU de Rennes.

6. ANNEXES

6.1. Sans domicile fixe (SDF)

Le sigle SDF (Sans Domicile Fixe) désigne aujourd'hui une multiplicité d'hommes et de femmes aux parcours bien différents. Qui sont-ils?

On croise des migrants déboutés du droit d'asile ou en demande de papiers (donc interdits de travail), des travailleurs précaires, des expulsés, des errants de longue durée, des chômeurs en attente de HLM, des jeunes sans famille et sans RSA, des jeunes adultes sortant d'un dispositif d'accueil de l'aide sociale à l'enfance, des femmes victimes de violences parties de chez elles, des femmes mariées de force en cavale, des personnes toxicomanes, des anciens détenus, des fous sans asile, des seniors sans maison de retraite... La plupart sont victimes, à des niveaux différents, de la crise du logement : HLM manquants, systèmes d'hébergements d'urgence et d'insertion saturés, maisons de retraite onéreuses, places insuffisantes en hôpitaux psychiatriques. L'INSEE, en 2001, dénombrait 86 000 personnes sans domicile fréquentant les services d'aide. Environ 2300 morts sont dénombrés par an. L'âge moyen est de 41 ans pour les femmes et 56 ans pour les hommes. 55 % se perçoivent en bonne ou très bonne santé. 23 % jugent leur état de santé mauvais ou très mauvais. Ils sont atteints par des pathologies digestives pour 20,5 % puis pulmonaires pour 16 % (81). Une dégradation de la santé est perçue avec l'âge chez les sans domicile et l'écart se creuse d'avec la population générale. Des facteurs liés aux caractéristiques sociales et aux conditions de vie sont favorables à la déclaration d'un bon état de santé chez les sans domicile comme par exemple vivre à plusieurs (22).

Quelques statistiques :

Selon une étude menée en 2012, plus d'1/3 des sans domicile ont perdu une partie voire la totalité de leurs dents. L'état de santé bucco-dentaire constitue un marqueur de santé physique dégradée chez les sans domicile. Plus d'1/4 des enquêtés déclarent avoir toutes leurs dents intactes, 43 % indiquent que certaines ont été traitées ou remplacées, 24 % qu'ils ont perdu une partie de leurs dents, et 7 % perdu toutes leurs dents ou presque. Parmi ceux qui déclarent avoir toutes leurs dents intactes, 1/3 n'est pas allé chez le dentiste les deux années ayant précédé l'enquête, et 1/5 dit n'avoir jamais consulté de dentiste (alors que 9 SDF sur 10 ont consulté un médecin dans les 12 derniers mois). Il y a donc une méconnaissance de leur état de santé bucco-dentaire. Parmi ceux qui ont « traitées ou remplacées », 70 % disent avoir consulté au cours des deux dernières années. (61) 1/10 déclare ne bénéficier d'aucune couverture maladie et 1/4

d'aucune complémentaire santé. Les sans domicile de nationalité étrangère sont 16 % sans couverture maladie et 29 % sans complémentaire. Du coup, 20 % des dernières consultations se sont déroulées à l'hôpital. 1/3 a été hospitalisé au moins une fois dans l'année écoulée. 72 % des enquêtés sont passés par les urgences lors de leur dernière hospitalisation (62).

En 2009, la fondation Abbé Pierre estimait à plus de 3 millions le nombre de personnes sans logement ou mal-logées en France, auxquelles s'ajoutaient 6,5 millions de personnes en situation de réelle fragilité de logement, à court ou à moyen terme. La 22ème édition du rapport annuel sur l'état du mal-logement de la Fondation Abbé Pierre dessine le portrait d'une France fracturée par la crise du logement : 4 millions de personnes sont sans abri, mal logées ou sans logement personnel. Effort financier excessif, précarité énergétique, risque d'expulsion locative, copropriétés en difficulté, surpeuplement... au total, près de 15 millions de personnes sont touchées, à des degrés divers, par la crise du logement. L'enjeu principal est toujours de mobiliser l'offre nécessaire pour assurer le relogement, à la fois sous forme de logements sociaux et de logements privés ; mais le manque de fluidité du passage des dispositifs d'hébergement au logement autonome est régulièrement dénoncé. L'enquête « logement » réalisée en 2006 avait révélé qu'en métropole 2,5 millions de personnes ayant un logement personnel déclare en avoir été privé au moins une fois par le passé: 70 % avaient été hébergés par un tiers, 14 % dans un service d'hébergement, 11 % avait dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (82).

Quand le marché du logement privé est décalé par rapport aux ressources, le logement social remplit plus que jamais un rôle déterminant. En effet, les loyers des logements privés ont augmenté de 57% entre 2000 et 2014 contraignant celles et ceux dont les revenus sont faibles de vivre dans des situations dégradées de logement (surpeuplement, habitat indigne, voire sans-abrisme) (83). Dans ce contexte, le logement social est un instrument au service du droit au logement que l'Etat doit soutenir. Aujourd'hui, si 4,8 millions de ménages sont locataires dans le parc social, encore 1,8 million de ménages sont inscrits sur les listes des demandeurs de logement social. Par ailleurs, le logement social contribue à l'essor économique de la France : d'une part, il pourvoit 80 000 emplois non délocalisables ; d'autre part, dans un pays où l'activité économique se concentre dans certains pôles urbains, il permet d'accompagner la mobilité de salariés qui hésiteraient à déménager dans des zones où le logement privé est inaccessible.

En 10 ans le nombre de sans domicile fixe a augmenté de 50% et parmi eux de plus en plus d'enfants et d'adolescents. A ce jour, 31000 mineurs seraient sans-abri en France (81).

Ils sont le plus souvent réduits à la mendicité et exposés à la violence. La rue fait des ravages sur la santé des enfants : malnutrition, problèmes de peau, de dents, de croissance. Et atteinte de la santé mentale : « *ils ne s'estiment plus, ils se considèrent comme des parias pour la plupart, pensent qu'ils ne savent rien faire de leur vie, à part errer, mendier ou voler.* » Les addictions dont ils sont victimes (parfois dès 10-12 ans, cannabis, alcool et cocaïne) ne font que renforcer ces troubles. Ils sont en rupture sociale et en échec scolaire quand il y a scolarisation... (5) (82).

Des conditions de vie instables sont partagées par tous ces sans domicile. Pour justifier leur situation, 37 % des personnes SDF invoquent la perte de leur conjoint. 21 % d'entre elles l'impossibilité de payer le loyer et 13 % l'expulsion. L'événement déclencheur du sans-abrisme peut être une rupture familiale ou conjugale, une perte d'emploi qui implique une diminution de revenus... Mais l'errance ne frappe pas au hasard, la majorité de ces personnes était déjà en situation précaire auparavant, vis-à-vis du marché du travail, de l'histoire familiale... : la plupart se recrutent dans les classes populaires ; 4 sur 10 ne possèdent aucun diplôme. Mais une enquête de l'INSEE de 2012 révèle que parmi les 142 000 personnes qui sont considérées sans domicile (exclusion dans l'enquête de ceux vivants en caravane, squat ou hébergés par un tiers) 14% ont fait des études supérieures et 10% en sont sortis diplômés.

À un milieu d'origine modeste s'ajoute une enfance souvent difficile : placement, décès d'un proche, mauvais traitements, incarcération, addiction... Plus généralement, ce qui caractérise les personnes SDF est sans doute un cumul de handicaps : réseau familial faible, impossibilité de travailler (invalidité, manque de papiers...) ou précarité de l'emploi (CDD à répétition...). (84).

En France, le travail ne suffit plus à protéger de l'exclusion. Aujourd'hui 7,5% des travailleurs vivent sous le seuil de pauvreté et certains dorment dans leur voiture, en squat, au camping... Tout semble fait pour perpétuer cette précarisation en politique car « les travailleurs coûtent trop chers ». Aujourd'hui, 25% des personnes SDF sont salariées et majoritairement en CDI ! Mais elles occupent généralement des emplois à temps partiel pour un salaire avoisinant les 900 € par mois, ce qui ne leur permet pas de trouver un logement dans les zones tendues. La plupart du temps, c'est pourtant dans ces zones que résident les possibilités de trouver un emploi. Il faut donc parfois choisir entre accepter un emploi au risque de ne pas trouver de logement à proximité, ou rester dans son logement, mais sans emploi... Notons qu'en France, un chômeur sur deux seulement est indemnisé, et souvent pour des droits inférieurs à un an. Sans emploi, sans logement, la vie devient vite une lutte quotidienne : il faut se battre pour avoir ne serait-ce qu'une adresse, accéder à des soins de santé, effectuer toutes ses démarches

administratives... En bref, la rue, c'est la privation de ses droits fondamentaux. Comment rechercher un emploi dans ces conditions ?

6.2. Présentation de dispositifs législatifs et institutionnels

En France, en 2008, le seuil de pauvreté relative est de 949 € par mois et le revenu médian est de 1580 € par mois. 13 % de la population française vivent en dessous du seuil de pauvreté (le taux de pauvreté correspond à la proportion de personnes dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté). La moitié des personnes pauvres avait un revenu inférieur à 773 € par mois.

En 2016, le montant du RSA « socle » versé à une personne isolée sans travail et de 536,78 € par mois. Le montant du SMIC est de 9 € bruts par heure, soit 1365 € bruts par mois (soit 1072 € nets) pour un travail à temps plein, 35 heures par semaine. Emergence de la catégorie des « travailleurs pauvres » qui ne peuvent bénéficier d'aides pour se soigner (58).

Fin 2008, 2,6 millions de personnes étaient allocataires de l'un des principaux minima sociaux: revenu minimum d'insertion RMI, allocation spécifique de solidarité ASS, allocation adulte handicapé AAH, allocation de parent isolé API. Avec les ayants droits (conjoint, enfant...) plus de 6 millions de personnes vivent avec une de ces allocations. Le niveau de ces allocations ne permet pas à leurs bénéficiaires de franchir le seuil de pauvreté relative (85).

L'aide sociale est:

- un droit subjectif apprécié en fonction des situations individuelles; il n'est pas défini de façon universelle
- une aide subsidiaire accordée lorsque tous les autres recours sont épuisés ou inaccessibles, la solidarité familiale en particulier
- une aide spécialisée, attribuée sur demande et examinée par une commission. Les prestations versées sont affectées à la couverture d'un besoin défini.

L'exclusion a fortement ébranlé la conception traditionnelle de l'aide sociale avec une pauvreté plus multiforme, non limitée à une catégorie particulière de population.

60 % des aides sont accordées à des jeunes sans ressources financières et 35 % à des jeunes en situation de précarité vis-à-vis du logement. Financement par les conseils Généraux essentiellement (36 millions d'euros). Quand difficulté d'insertion sociale et professionnelle et disposant de peu de ressources. Aide départementale de derniers recours destinée à l'insertion sociale et professionnelle. 18 à 25 ans en grande difficulté sociale = environ 189 €.

Sauf cas particulier (charges de famille) les jeunes de moins de 25 ans ne peuvent être bénéficiaires des minima sociaux. Une aide sur deux répond à un besoin alimentaire. 1/4

destinée à faciliter les transports en vue d'une démarche d'insertion professionnelle. 1 % pour la santé. Une aide sur cinq est attribuée en urgence.

Autres aides pour les jeunes (non cumulables): aide sociale à l'enfance. Certains sont éligibles au RSA (revenu de solidarité active).

Ce sont des jeunes peu diplômés et plus souvent au chômage. 52 % pour jeunes femmes. Mais quand même 1/4 des aides sont allouées à des titulaires du bac ou d'un diplôme plus élevé. 2/3 à des jeunes au chômage (27 % des 16-25 ans sont au chômage en 2013). 60 % des aides sont attribuées à des jeunes sans ressources financières. 35 % sont versées à des jeunes en situation de précarité vis-à-vis du logement -> 5% à des jeunes sans-abri.

Éligibilité->avoir moins de la moitié du SMIC pour une personne seule. Principe de subsidiarité.

=> autres principaux dispositifs d'aide aux jeunes de moins de 25 ans en difficulté sociale:

-contrat d'insertion dans la vie sociale-> accompagnement vers un emploi 450 €

-revenu de solidarité active (RSA) -> avoir au moins 25 ans ou un enfant à charge à naître ou né ou au moins deux années d'activité au cours des trois ans précédant la demande

-l'aide sociale à l'enfance -> avoir moins de 21 ans et être sans cellule familiale

-le fonds de solidarité pour le logement (FSL) et la garantie locapass

-CMU et CMUc ->permettent l'affiliation automatique au régime général de l'assurance maladie d'une personne n'ayant pas de droits ouverts à un autre régime.

CMUc soumise à conditions de ressources: pour les moins de 25ans si enfants à charge, étudiants bénéficiaires d'une aide d'urgence annuelle délivrée par le CROUS, qui ne sont plus chez les parents et pas de pension alimentaire perçue.

-la garantie jeunes -> pour les 18 à 25 ans en situation de grande précarité qui ne sont ni étudiants, ni salariés et ne vivants pas chez leurs parents. Allocation montant environ = RSA + accompagnement individuel et collectif pour trouver un emploi.

Le RSA :

a pour objectif d'assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence afin de lutter contre la pauvreté, d'encourager l'exercice pour le retour à une activité professionnelle et d'aider à l'insertion sociale des bénéficiaires. La prestation du RSA complète les revenus du foyer pour les porter au niveau du revenu garanti dont le montant varie avec le nombre de personnes à charge et les revenus provenant du travail. Quelque soit la situation du ménage, le RSA est une

allocation différentielle: elle assure un revenu minimum aux ménages dont les ressources n'atteignent pas le niveau d'allocation.

Fin décembre 2010, près de 1,8 millions de foyers percevaient le RSA, soit une progression de 6 % par rapport à 2009. Au total, près de 3 790 000 personnes dont 340 000 conjoints et 1 650 000 enfants ou autres personnes à charges étaient bénéficiaires du RSA en 2010. Pour une personne seule, il est de 536,78€.

L'AME:

L'Aide médicale d'Etat est une prestation qui assure une couverture maladie pour les personnes ne pouvant accéder à la CMU. Est bénéficiaire toute personne de nationalité étrangère en situation irrégulière, au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France, pour elle et les personnes à sa charge, à deux conditions: -résider depuis plus de trois mois de manière continue sur le territoire français et -disposer de ressources inférieures au plafond retenu pour le droit à la CMUc.

À titre humanitaire, elle peut être accordée aux personnes étrangères qui ne résident pas habituellement en France et dont l'état de santé le justifie (personnes en rétention administrative par exemple). Au titre des soins urgents, elle est accordée aux personnes étrangères en situation irrégulière non bénéficiaires de l'AME.

Les soins urgents pris en charge sont ceux:

- dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître
- qui sont uniquement dispensés par les établissements de santé (qu'il s'agisse de consultations ou d'hospitalisations)

La condition de résidence est précisée par la circulaire du 10 janvier 2000 qui préconise de faciliter l'accès aux soins des populations précaires tout en évitant la prise en charge des personnes de passage en France, notamment les touristes. Elle suppose donc un examen au cas par cas. Les personnes SDF ou celles qui vivent en habitat mobile ou très précaire doivent élire domicile auprès d'un CCAS ou d'une Association agréée.

L'AME donne droit à la prise en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur) avec dispense d'avance des frais (pratique du tiers payant intégral): -des soins médicaux et des prescriptions médicales, dispensés en ville ou en établissements de santé, dans les limites des tarifs conventionnels ou de responsabilité -du forfait hospitalier en cas de séjour en établissements de santé.

Le formulaire à compléter est disponible dans les caisses d'assurance-maladie, CCAS, services sanitaires et sociaux du département, Associations agréés, mairies, établissements de santé ou à la PASS. La demande d'AME, au sein des PASS, permet de rendre effectif immédiatement l'accès aux soins du patient. En l'absence de justificatifs de ressources, la production d'une déclaration sur l'honneur permet l'ouverture effective des droits (86).

La CMU :

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 porte création d'une couverture maladie universelle, est entrée en application le 1er janvier 2000. Elle a pour objectif de permettre aux personnes qui n'ont pas de droits ouverts auprès d'un organisme de sécurité sociale, une prise en charge des soins, de base ou complète selon la situation des intéressés. Elle constitue pour les plus démunis une solidarité détachée de la notion de travail en créant dans le régime général de sécurité sociale un régime pour les plus démunis qui dispense de l'avance des frais.

Finalités: -passer du droit à la santé aux droits réels de se soigner

- supprimer l'inégalité d'accès aux soins due à une absence ou à une insuffisance de protection sociale c'est à dire d'assurance maladie ou de couverture complémentaire santé.

Objectifs: -garantir un accès effectif à l'assurance maladie de base

-assurer une couverture santé complémentaire à des personnes qui, faute de ressources suffisantes, renoncent à se soigner.

La **CMU de base** permet, sur la base d'une démarche volontaire, d'ouvrir le droit immédiat et permanent au régime général d'assurance maladie sur seules justifications d'identité et de résidence stable et régulière en France. On notera d'emblée que les étrangers en situation irrégulière sont exclus de la CMU. Elle constitue un élément du volet « accès aux soins » de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

Le critère de stabilité de la résidence pose le principe d'une résidence ininterrompue sur le territoire depuis plus de trois mois. Notons que ce délai n'est pas opposable aux demandeurs d'asile, y compris les demandeurs d'asile territorial. Par ailleurs, les personnes sans résidence stable doivent élire domicile auprès d'un organisme agréé ou d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale. La condition de la régularité du séjour requise pour le bénéfice de la CMU concerne les personnes de nationalité étrangère, non-ressortissantes de l'Union

européenne. Le caractère régulier de la présence sur le sol français est établi par la production d'un titre de séjour ou même par un document attestant d'une demande de titre de séjour en cours (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture, etc.). Dès lors qu'un étranger justifie d'une résidence stable en France, l'intéressé est affilié à la date à laquelle il remplit la condition de régularité, sous condition d'une durée de résidence de plus de trois mois à compter de son entrée en France. Il est également affilié s'il a présenté une demande de titre de séjour ou obtenu un titre de séjour dans ce délai de trois mois.

L'affiliation à la CMU de base est gratuite lorsque les revenus annuels sont inférieurs à un plafond annuel. Si les revenus dépassent le plafond, s'acquitter d'une cotisation de 8% calculée sur la part des ressources qui dépasse ce plafond. Le seuil de la CMU est de 562 euros par mois pour une personne seule, 843 euros pour deux personnes, 1012 euros pour trois personnes, 1180 euros pour quatre personnes et 225 euros par personne supplémentaire, à partir de la cinquième personne.

La CMU de base ouvre 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 de ville et à l'hôpital, des médicaments, dans la limite des règles définies par l'assurance-maladie. Elle engendre les mêmes obligations que l'assurance-maladie. Le bénéficiaire est redevable du ticket modérateur et du forfait hospitalier, c'est-à-dire de la part non prise en charge par l'assurance-maladie. En outre, il est tenu de faire l'avance des frais, il est soumis au paiement de la participation forfaitaire de 1 € et aux franchises médicales portant sur les médicaments, les transports sanitaires, et les actes réalisés par un auxiliaire médical.

La **CMU complémentaire** offre une protection complémentaire santé gratuite destinée aux plus démunis. Elle donne droit au tiers payant intégral c'est dire à la dispense totale d'avance des frais pour le ticket modérateur sur les actes et les prescriptions dans la limite des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale. Exonération de la participation forfaitaire de un euro et des franchises médicales. Prise en charge du forfait hospitalier journalier sans limitation de durée, des frais exposés, sous certaines conditions, pour les prothèses dentaires et les soins d'orthopédie dento-faciale, des médicaments destinés à des fins de diagnostics, de prévention ou de traitement d'une blessure, d'une maladie ou d'un handicap.

L'État a défini un panier de soins pour lesquels il fixe les prix de vente; les montants remboursés n'excèdent pas ces prix de vente.

Le « panier de soins » de la CMUc est donc opposable aux professionnels de santé. Ils ne peuvent refuser de dispenser des soins aux bénéficiaires de la CMUc.

Le bénéfice de cette couverture est ouvert selon les mêmes conditions de résidence de la CMU de base. En revanche, cette prestation est soumise à un critère de ressources dont le plafond est déterminé par décret. Pour l'année 2017, celui-ci a été fixé à 8723 euros pour une personne seule soit 727 euros par mois. Ce plafond, qui est identique pour l'AME, varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge. Notons que les bénéficiaires du RSA et les demandeurs d'asile ont automatiquement droit à la CMU complémentaire (41).

L'ACS: aide pour une complémentaire santé.

Elle vise à atténuer l'effet de seuil de la CMU complémentaire. Elle consiste en une aide financière au paiement d'un contrat pour bénéficier d'une complémentaire santé. Depuis la loi du 13 août 2004 cette aide est accordée aux personnes dont les ressources dépassent de 20% au maximum le plafond de ressources de la CMUc (soit 11776€/an ; 981€/mois). Sur présentation de cette attestation auprès de l'organisme complémentaire de son choix, l'intéressé bénéficie d'une réduction sur le montant du contrat nouvellement choisi ou déjà souscrit. L'aide à la complémentaire santé (ACS) est donc une tentative pour répondre aux critiques sur les effets de seuil et de bords de la CMUc. Même si elle ne rencontre pas totalement son public potentiel (les personnes dont les ressources sont supérieures de 20 % au seuil de la CMUc), elle permet à 536 000 personnes de bénéficier d'une prise en charge d'environ 50 % des primes de souscription d'un contrat complémentaire santé du marché. Mais il a été relevé 60 % de non-recours à l'ACS par manque d'information des personnes et parce que son accès reste compliqué (non-demande ou non-réception).

Il n'est pas impossible, en outre, que parmi les personnes précaires bénéficiaires d'une Assurance Maladie Complémentaire, certaines soient éligibles à la CMUc ou à l'ACS. En effet, nous savons qu'une proportion importante de personnes éligibles à la CMUc (20 %) n'en bénéficient pas pour partie parce qu'ils disposent d'une autre complémentaire et que 25 % des assurés éligibles à l'ACS n'y font pas appel (87).

6.3. Déontologie

Notion « d'égal accès aux soins » retrouvée dans la Constitution (alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946) et rattachée au respect de la dignité humaine (qui a lui aussi un caractère constitutionnel). Dans l'article L.1110-1 du Code de la Santé Publique, il est érigé en droit de la personne. La nomenclature actuelle est inadaptée à la spécificité des soins. Ils sont chronophages et souvent complexes à délivrer pour les patients vulnérables.

Art. R4127-202 du CSP :

« Le chirurgien-dentiste, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il est de son devoir de prêter son concours aux actions entreprises par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé. »

C'est-à-dire qu'avant de traiter une pathologie, nous prenons en charge une personne humaine. Parfois, celle-ci présente des polypathologies influant directement sa prise en charge bucco-dentaire.

Art. R4127-211 du CSP :

« Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs, leur situation, [...] leur handicap [...] » Les patients les plus fragiles nécessitent des besoins spécifiques. Les motifs de leurs différences sont d'ordre physique, psychique ou social.

Concernant la discrimination, d'autres textes confortent ces notions et précisent différents points :

- La convention de sauvegarde des Droits de l'homme et des libertés fondamentales (art. 14)
- La déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 (art. 1^{er})
- Le code pénal (art. 225-1)
- Le code de santé publique, partie législative (art. L1110-3) : *« Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'art. 225-1 et 225-1-1 du Code Pénal (motifs discriminatoires : état de santé, handicap, etc.) ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide (CMU, CMUc ; aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé ; Aide Médicale d'Etat (AME)) »*

Les trois motifs licites de refus (selon le rapport) :

-> Je n'ai pas la compétence nécessaire (au sens du savoir-faire), ou je n'ai pas le plateau technique nécessaire.

-> Les soins voulus par le patient, sont soit non indiqués, soit dans un cas clinique où la balance avantages/inconvénients est défavorable (rapport bénéfice/risque).

-> La relation est conflictuelle : l'indispensable climat de confiance n'est pas acquis.

Selon l'art. R4127-232 du CSP, le praticien ne peut refuser la prise en charge d'un patient en cas d'urgence : « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser des soins pour des raisons personnelles ou professionnelles à condition : de ne jamais nuire de ce fait à son patient (et) de s'assurer de la continuité des soins [...]* » Le manquement aux devoirs d'humanité s'applique plus particulièrement à ces populations fragiles. Le praticien doit s'assurer de la continuité des soins, par exemple en adressant le patient dans une unité spécialisée.

Constat du défenseur des droits : « *L'accès au droit à la santé des personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité n'est pas encore acquis* » ! Le phénomène de renonciation aux soins est également constaté !

Le niveau d'adhésion est insuffisant, d'où des « patients » qui ne font pas valoir leurs droits (protection sociale, notamment AME ou ACS – plaintes contre les auteurs de refus de soins illicites -> au nombre de 19 enregistrées en 2012 à l'OCD) (57).

Le niveau d'adhésion est insuffisant, d'où des comportements de praticiens dérivants : refus de soins (non légaux) « indirects » ; fixation tardive inhabituelle des rendez-vous ; orientation vers un confrère ou un centre de santé, etc. Selon le rapport, il ne s'agit pas de « pratiques » « généralisées mais récurrentes »...

Il n'existe que peu d'actions devant les juridictions ordinaires ou traitées par le directeur d'une CPAM... En effet, la procédure de plainte est complexe (mettant en jeu la CPAM et le président du CDO) donc dissuasive...

L 6112-1 du CSP :

Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre Ier du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des

principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.

L 6112-2 L611-3 CSP :

I.-Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :

1° Un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;

2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues au présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;

3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;

4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Le patient bénéficie de ces garanties y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.

II.-Les établissements de santé assurant le service public hospitalier sont, en outre, tenus aux obligations suivantes :

1° Ils garantissent la participation des représentants des usagers du système de santé. Pour les établissements de santé privés, cette participation est réalisée par l'intermédiaire de représentants avec voix consultative dans les conditions définies à l'article L. 6161-1-1. En l'absence de conseil d'administration, de conseil de surveillance ou d'organe en tenant lieu, le chef d'établissement est tenu de consulter les représentants des usagers siégeant au sein de la commission des usagers, prévue à l'article L. 1112-3, sur la stratégie et la gestion de l'établissement, dans des conditions fixées par voie réglementaire;

2° Ils transmettent annuellement à l'agence régionale de santé compétente leur compte d'exploitation.

6.4. Structures Rennaises

En 2013, la Ville de Rennes s'est engagée avec l'Agence Régionale de Santé et ses partenaires (Préfecture et les services décentralisés de l'Etat : Education Nationale, Centre Hospitalier Universitaire, Etablissement public de santé mentale, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, professionnels de santé, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Conseil Général, Conseil Régional, représentants des usagers) dans la mise en œuvre d'un Contrat Local de Santé sur son territoire pour:

1. Engager une meilleure connaissance entre les acteurs qui œuvrent en faveur de la santé sur le territoire rennais et partager les diagnostics ;
2. Favoriser les coopérations et la cohérence des actions développées sur le territoire en décloisonnant les approches ;
3. Mettre en place une programmation partagée au service d'une stratégie locale en santé sur 3 années.

Le Plan Local de Santé de la Ville de Rennes s'appuie sur une démarche transversale en référence à la Charte d'Ottawa, issue de la conférence internationale pour la santé réunie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1986. Il est le fruit d'un travail interne qui réaffirme la stratégie de la Ville sur les questions de santé. Il vise à valoriser dans leur ensemble les actions menées au sein des services municipaux en lien avec leurs partenaires au service d'une politique de prévention et de promotion de la santé tout au long de la vie.

Soutenir au quotidien les Rennais qui vivent les difficultés liées à la précarité financière, c'est l'objectif de Rennes Métropole, de la Ville de Rennes et de son Centre Communal d'Action Sociale (CCAS). Ils agissent ensemble dans ce sens avec leurs partenaires intervenant dans ce domaine. (La gratuité des transports en commun a ainsi été instaurée pour les habitants de Rennes Métropole sous conditions de ressources (66 896 dossiers titres de gratuité sociale des transports accordés en 2012 et 4 097 aides facultatives d'urgence et accompagnées accordées en 2012).) (88)

Réputée dans le milieu de l'errance pour ses services, la capitale bretonne propose plusieurs lieux d'accueil volontairement géographiquement dispersés afin que les SDF puissent avoir un but dans leur journée. Les services proposés sont implantés sur des lieux différents et ont leur autonomie propre, du moins du point de vue des utilisateurs. De fait, on peut fréquenter l'un sans connaître l'autre. Mais ces services permettent également de maintenir un contact, voire

de nouer une relation. Il existe un maillage important de structures d'accueil et d'aide pour les populations précaires vivant sur le bassin rennais.

De nombreux acteurs en région Bretagne œuvrent pour favoriser l'accès aux soins des publics démunis qui, malgré l'existence de leurs droits, peuvent rencontrer différents obstacles dans leur démarche de soins. Les deux générations précédentes du PRAPS ont permis la mise en place des actions et dispositifs qui favorisent l'accès aux soins. On peut rappeler, par exemple, les points accueil santé qui ont la vocation d'identifier, d'analyser ce qui fait obstacle à la mise en œuvre des soins. Le but de ces points accueil santé est de :

- Proposer des réponses adaptées aux problématiques rencontrées,
- Créer les interconnexions entre les systèmes de droits communs de santé et les publics,
- Favoriser les relais vers les dispositifs adaptés,
- Faciliter l'accès aux droits,
- Améliorer la qualité des prises en charge.

La mission des réseaux de santé est donc d'améliorer l'accès et la continuité des soins pour l'ensemble de la population, quelle que soit sa situation sociale. Les personnes en situation de précarité font bien entendu partie des populations suivies par les réseaux de santé, puisqu'elles constituent les cas les plus complexes à guider dans le système de santé. Des réseaux sont plus spécifiquement dédiés à leur prise en charge : soit de manière large comme le Réseau Ville Hôpital 35 qui accueille les personnes migrantes quelle que soit leur pathologie, soit de manière plus spécifique comme le réseau Soins Dentaires Spécifiques qui traite les personnes souffrant d'un handicap psychique et nécessitant des soins dentaires.

Aux échanges entre PASS, il est important d'associer les autres acteurs travaillant de près avec les PASS (les points santé, les centres d'hébergement, les CDAS, etc.). Cela permet de donner de la visibilité, d'inciter le travail en réseau entre professionnels, de mieux faire connaître les différents dispositifs.

Dans le cadre de la politique régionale d'organisation des soins de premier recours, l'ARS promeut la mise en place de pôles de santé ou de maisons de santé pluridisciplinaires favorisant les prises en charge coordonnées à partir d'un travail en complémentarité des professionnels médicaux et paramédicaux. Au 31 juillet 2011, il existe 11 MSP en fonctionnement sur la région et 20 sont en finalisation de leur projet. La stratégie est de s'appuyer sur ce dynamisme régional pour favoriser l'accès aux soins de premiers recours des

personnes précaires. L'objectif est de s'assurer de la prise en charge des problématiques des personnes précaires dans l'ensemble des maisons de santé pluridisciplinaires. Les actions de médiation et d'accompagnement vers la santé (point santé, centre d'hébergement, etc.) sont importantes pour favoriser l'accès aux droits et l'orientation vers les structures de droit commun. Les partenariats entre ces différents acteurs sur les territoires sont essentiels.

Fonds d'Aide aux Jeunes :

Depuis la mise en place du dispositif FAJ en novembre 2001, le service dispose de 17 logements sur le territoire de Rennes Métropole, soit un bassin de population de quelques 350 000 habitants. Ils disposent de studios ou de petits T1 (hébergement de couples possible).

Le Pôle Précarité Insertion de la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte 35 (SEA35):

Restructuré l'été dernier, le pôle précarité-insertion s'appuie sur plusieurs structures :



la CAO (Coordination d'Accueil et d'Orientation), le Puzzle, l'Election De Domicile (EDD), le LOGement Jeunes en Insertion (LOJI) et les équipes de quartier.

Sur les 1 315 personnes accueillies en 2004, 73 % étaient des hommes et près d'un tiers avait moins de 25 ans. Quant aux 25-35 ans, ils représentent 55 % du public.

PUZZLE (2 rue de la Barbotière) est un lieu d'accueil de jour qui a ouvert ses portes en juillet 2000. Il fonctionne avec le soutien financier de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) État, du Conseil Général, de la Caisse Centrale d'Activités Sociales (CCAS) de la ville de Rennes, de Rennes Métropole et du CHU. Il est « géré » par sept professionnels de l'Action Sociale pour 3,25 ETP. La population fréquentant ce lieu d'accueil de jour est majoritairement masculine (75 à 80 %) et est composée de personnes ayant moins de 35 ans à 72 % (la durée de vie moyenne dans la rue étant d'environ 40 ans).

L'accueil est ouvert tous les jours de 14h30 à 18h30, sauf le lundi. Ce lieu a pour objectifs d'accueillir les personnes en errance, de les écouter et tenter de leur apporter un soutien, de les orienter vers les services compétents, d'élaborer des



projets, de les sensibiliser à un problème de santé. Il dispose d'une cafétéria, de douches, d'une laverie et d'une cours pour accueillir 9 chiens. Le Puzzle fournit du dentifrice gratuitement et des brosses à dents pour 0,20 €.

Relais centre-ville (19 rue Legraverend) est une structure d'accueil pour les jeunes précaires (de 16 à 25 ans). Les cinq éducateurs réalisent de la prévention spécialisée (écoute, orientation, médiation, prévention, accompagnement).

Le Fourneau (5 rue Clémence Royer) :

C'est un lieu de repos avec un restaurant social (géré par le CCAS de la Ville de Rennes) où l'on sert des petits-déjeuners et des déjeuners pour la somme d'un euro. Il y a un accueil chiens (croquettes et vétérinaire). Des activités y sont organisées (bien-être, jardin, culture, sport, formation premiers secours). Chaque mois le Fourneau propose à qui veut un temps de sensibilisation aux soins qu'on peut porter à son corps, ses mains, son visage.



Le Centre Louis Guilloux :

Le réseau Louis Guilloux (RLG), anciennement Réseau Ville Hôpital 35, est une association créée à Rennes en 1993. Elle reçoit des financements des collectivités territoriales (Conseil Général et ville de Rennes) ainsi que de l'Etat (Direction Générale de l'Offre de Soins, Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS)).

Elle se compose de plusieurs activités telles qu'un pôle migrants comprenant le centre médical Louis Guilloux et le réseau de santé « Migrants », un pôle tuberculose, un pôle interprétariat, un pôle coordination santé sexuelle, etc. Il assure une prise en charge médico-sociale des migrants en Ile-et-Vilaine en partenariat avec un réseau pluri-professionnel. Des consultations de soins primaires sont organisées afin de faire le point sur l'état de santé des populations exilées et de faciliter leur accès aux soins. Elles permettent une prise en charge globale des migrants, qui sont adressés secondairement vers la médecine ambulatoire. C'est une passerelle avec le système de soins. Ces consultations de soins sont accompagnées d'une consultation sociale pour chaque nouveau consultant. Le centre Louis Guilloux est porteur du

projet sur la santé des populations en situation de précarité. L'assistante sociale « en chef » (Véronique Pelletier-Chevillard) est à Pontchaillou.



Les Journées Santé :

Deux fois par an sont organisées les « journées santé » pour les précaires. Les docteurs Nicolas Pinel et Carole Rochard sont des dentistes libéraux, et qui travaillent au centre Louis Guilloux, qui participent à ces journées. Des dépistages sont réalisés afin d'orienter les patients vers les structures adaptées. Le taux de fréquentation est élevé, ce qui prouve qu'il y a une demande en soins de la part des précaires. Les interventions des dentistes ont mis en évidence des besoins de soins mais aussi des difficultés de prise en charge dans le circuit classique de soins.

Foyer d'Hébergement et de Réadaptation Sociale ADSAO-Revivre (43 rue de Redon) :

Les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (7 CHRS à Rennes) ont pour mission d'assurer l'accueil, le logement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes ou familles connaissant de graves difficultés en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. Il s'agit notamment de victimes de violences, de personnes confrontées à l'alcoolisme et aux toxicomanies ou de personnes sortant de prison. Il est possible d'être admis en CHRS en s'y adressant directement ou en étant orienté par un travailleur social. Le CHRS constitue alors un dossier de demande d'admission, qu'il transmet au préfet. Sans réponse dans un délai de 1 mois, l'acceptation de l'Etat est implicite. A Rennes, il est accessible à tous publics en difficulté, dans une limite de 68 places pour l'hébergement complet internat.

Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ont pour mission d'assurer :

- L'hébergement : cet hébergement va de l'asile de nuit pour les situations d'urgence (généralement en chambres d'hôtel) à la fourniture de logement de plus longue durée, et ceci aussi bien dans des structures collectives que dans des appartements individuels.
- Le soutien et l'accompagnement social : aide aux démarches, notamment pour l'établissement des droits sociaux, aide à la recherche d'un logement.

- L'adaptation à la vie active et l'insertion sociale et professionnelle (les CHRS proposent notamment une aide à la recherche d'emploi).

Association Saint-Benoît Labre (5 rue du Bois Rondel) :

L'Association Saint-Benoît Labre assure une mission d'accueil téléphonique, d'écoute et d'orientation de toute personne en situation de détresse dans le cadre de l'organisation du 115. (En 2014, les écoutants du 115 ont répondu à 36 439 appels d'urgence dont 28 491 demandes d'hébergement et ont permis à 10 011 personnes de trouver un abri).

Elle accueille tout public dans ses différents centres d'hébergement d'urgence ou en hébergement social dans ses maisons relais... (En 2014, les professionnels du CHU Monsieur Vincent ont accueilli 938 personnes différentes pour des séjours de 4,8 nuits en moyenne). Dans le cadre du plan hivernal, l'association gère l'accueil de nuit pour sans-abris (ouvert de début décembre à fin mars, de 22h30 à 7h30 toutes les nuits, sans interruption et peut accueillir jusqu'à 35 personnes) qui est situé dans le centre-ville de Rennes, au 61 rue d'Antrain. Sont à disposition un espace de convivialité avec possibilité d'une collation chaude, des sanitaires...

Elle organise une offre alternative de logement pour des personnes en situation de grande exclusion, depuis 2003 en collaboration avec la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ille-et-Vilaine.

Elle mène des actions socio-éducatives qui peuvent permettre aux personnes accompagnées d'analyser leur situation pour faciliter leur insertion... (En 2014, les professionnels ont accompagné 162 personnes hébergées).

Association pour l'Insertion Sociale 35 :

L'Association a pour objet de répondre aux besoins des hommes et des femmes en difficulté sociale, selon leurs spécificités et leur diversité. Pour ce faire, l'Association propose des services et établissements adaptés aux besoins des personnes accompagnées.

Les Maisons relais :

Les objectifs : - Offrir un espace de vie personnel de qualité, des lieux collectifs d'animation, conviviaux, sécurisants et structurants; -Faciliter l'intégration des résidents dans le quartier et la ville; -Faire lien avec les services contribuant à l'insertion sociale (médical,

social, professionnel...); -Permettre aux résidents de retrouver un logement personnel et autonome, sans pour autant définir de durée au contrat de résidence.

Les modalités d'admission : -Instruction d'une demande par le référent social auprès de la Commission Locale de l'Habitat (CLH) de Rennes Métropole, sauf pour les personnes hébergées en CHRS (orientation directe) ; -Entretien d'admission et visite des locaux ; -Etude de la demande par la commission interne.

La Maison Relais Yves Maléfant (au 20 Rue Claude Bernard 35000 Rennes) a 14 logements: une salle et une cuisine collective au rez-de-chaussée, et 14 appartements équipés de douches et de kitchenettes pouvant accueillir 17 personnes (3 couples – 11 personnes seules, hommes ou femmes). Les résidents s'acquittent d'une redevance (loyer + charges), ouvrant droit à l'APL.

La Maison Relais de Vitré (au 1 Rue du Rachapt) et la Maison Relais Dominique Seigneur (au 3 Rue de la Bogue, à Redon).

Lits Halte Soins Santé

Institués par la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 (loi de la sécurité sociale) et mentionnés à l'article L-312.1 du Code de l'action sociale et des familles, les LHSS sont destinés aux personnes sans domicile ayant besoin de soins spécifiques. Les LHSS assurent des prestations de soins, d'hébergement temporaire et d'accompagnement social, quand l'état de santé nécessite une prise en charge adaptée sans justifier une hospitalisation.

L'établissement LHSS de l' AIS35 propose 5 places à Rennes, au cœur du quartier Arsenal/Redon/Cleunay.

Après rétablissement (examen), la sortie du service est prononcée par le médecin et le directeur, en lien avec les travailleurs sociaux : « *La durée du séjour ne doit pas excéder deux mois, mais elle reste conditionnée à l'évolution de l'état de santé de la personne accueillie* ». (Circ. Fév. 2007).

La mission est triple :

-Soins : pendant la durée du séjour, le suivi des patients est assuré au quotidien par l'infirmière du service/à la demande par le médecin référent du service (avec au moins une visite hebdomadaire) et par les spécialistes extérieurs/à tout moment grâce aux structures de soins conventionnées avec l'établissement (cabinet infirmier, pharmacien, kinésithérapeute,

laboratoire d'analyses, CHU, ...). L'infirmière a un rôle de coordinateur : elle suit le traitement, le dossier médical et organise d'éventuelles consultations extérieures.

-Hébergement :se fait en chambres individuelles sélectionnées, spécialement équipées et nettoyées quotidiennement : lit médicalisé, siège de douche, sanitaire, interphone d'appel, télévision. Chaque chambre peut accueillir les personnes à mobilité réduite. Le patient dispose sur place de la restauration (réfectoire), d'un parc de repos et de salles de loisirs.

-Orientation : un travailleur social accompagne l'utilisateur et l'oriente vers un logement plus durable si possible. Ensemble, ils identifient les besoins de l'utilisateur et élaborent un parcours de sortie (administratif, insertion par le logement ou admission en CHRS).

Restos du cœur :

La demande ne cesse de croître : l'an dernier, les bénévoles des Restos du cœur ont accueilli plus de 2000 personnes et distribué 280 000 repas. L'association caritative compte 18 sites dans le département. A Rennes, les restos du cœur emploient 17 salariés dont 12 personnes en insertion et 5 permanents. Pour les épauler, 120 bénévoles s'activent hiver comme été rue de la Donelière et 180 sur l'autre site, rue de l'Alma. (89)

Sur le bassin rennais, il existe donc déjà les quelques infrastructures pré-citées pour les précaires ainsi que le Samu Social, la PASS du CHU et 870 associations et organismes de solidarité qui vont vers et qui accueillent les plus démunis. Mais il y a un manque certain de prévention et de prise en charge bucco-dentaire.

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

Textes fondateurs des PASS et des PRAPS

La loi d'orientation n° 98-657 du 29 Juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions introduit dans le code de santé publique (CSP) l'article L.6112-6 qui prévoit la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé, par les établissements de santé *« dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) »*, *« qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, visant à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits »*. L'article L1411-11 du CSP prévoit que le plan régional de santé publique (PRSP), comporte parmi ses programmes et actions, *« un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) »*.

La circulaire DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) de 3e génération (2008-2010) donne des recommandations pour l'élaboration des PRAPS de 3e génération.

Contribution des établissements à la lutte contre l'exclusion

Selon les articles L.6112-1, 7° et L.6112-2 du CSP, incombe aux établissements de santé la mission de service public de contribuer *« à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux »*. Il leur appartient aussi de garantir *« l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent »*, de veiller *« à la continuité de ces soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. À cette fin, ils orientent les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation »*.

L'article L6112-6 précise que dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation

de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, avec l'assistance éventuelle d'interprètes/médiateurs si besoin est.

L'établissement définit l'organisation, les actions et les moyens de la PASS à partir d'une analyse des besoins des populations pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), volet du plan régional de santé publique et des ressources disponibles sur son territoire, articulée avec le diagnostic initial du programme régional (PRSP).

Financement des PASS au titre de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

L'arrêté du 23 mars 2007 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale précise notamment que sont pris en charge *« au titre de la mission d'assistance aux patients pour l'accès aux droits sociaux et des dispositifs ayant pour objet de faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci, les permanences d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L.6112-6 du code de la santé publique et la prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé. »*

Le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale du 21/01/2013 (de la conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale) souligne l'intérêt de développer une offre de soins de proximité et la pertinence des PASS. (79)

Coopération entre les établissements de santé. La PASS c'est une mission de service public
Accès aux soins de premier recours et prise en charge continue des malades sont organisées par l'agence régionale de santé. *« Le directeur de l'Agence Régionale de Santé communique aux représentants de l'État dans le département les informations lui permettant de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa. »*

Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer:

- La permanence des soins
- La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination
- Les actions de santé publique

La mission sociale des établissements de santé est donc renforcée avec la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé.

Attention: il ne doit pas s'agir de mettre en place une « sous-médecine des pauvres ». (79)

Aujourd'hui, près de 430 PASS (selon la DGOS) sont implantées dans les établissements de santé et leur développement, selon une logique propre, se poursuit. Elles se situent majoritairement dans des hôpitaux publics, de grande taille. Cela étant, leur implantation s'est diversifiée : une permanence sur 6 est située au sein d'unités urbaines de petite taille ou en zone rurale et 2 permanences sur 3 le sont au sein d'unités urbaines de taille moyenne. Les équipes des PASS s'appuient largement sur des travailleurs sociaux, des personnels infirmiers et des médecins.

Il existe quatre types de dispositifs organisationnels sur le terrain :

1. Les PASS internes dites centralisées :

Il s'agit de PASS qui offrent un accueil et des soins à proximité immédiate ou dans un local spécifique clairement dédié. Elles sont situées soit dans des polycliniques médicales, soit auprès des services d'accueil des urgences (sont distinctes de l'activité d'urgence proprement dite). Les PASS centralisées accueillent le public et travaillent, pour la plupart, dans un local spécifique. Elles donnent accès à des consultations de médecine générale, sans et avec rendez-vous, et/ou à des consultations spécialisées.

2. Les PASS externes dites mobiles :

Ce sont des dispositifs rencontrés lorsque les établissements hospitaliers sont à distance de la ville. Ils sont complémentaires aux PASS « fixes » afin de répondre aux besoins des populations très marginalisées ne pouvant d'elle-même faire la démarche ou se retrouvant trop isolées géographiquement. Elles sont donc situées en dehors de l'enceinte de l'établissement de santé, au niveau du centre-ville, dans des locaux dédiés, juridiquement dépendants de l'hôpital. Ces locaux sont souvent partagés avec des associations. On retrouve 4 unités mobiles mises en place à Valenciennes, Lyon, Toulouse et Bondy.

3. Les PASS interne/externe dites transversales :

Les permanences transversales, largement portées par des professionnels sociaux et sanitaires dans l'établissement, veillent à ne pas discriminer les patients, en les accueillant dans le même lieu que tous les autres ; elles leur font accéder aux différentes spécialités, selon les pathologies. Les personnes en situation de précarité sont repérées aux divers points de l'hôpital : guichet de

paiement, infirmière d'accueil de consultation, urgences. Elles sont alors orientées vers la consultation sociale. L'assistante sociale leur délivre alors un « bordereau de circulation » leur permettant d'avoir un accès gratuit à l'ensemble des consultations de l'hôpital ainsi qu'à la pharmacie. Dans ce cas les patients de la PASS accèdent comme 'tout un chacun' aux consultations et aux soins dispensés dans l'établissement.

4. Les PASS spécialisées :

Bien que la majorité des PASS ait une vocation généraliste, il s'est avéré indispensable de créer des permanences spécialisées dans des domaines où l'accès aux soins est particulièrement difficile. Les PASS spécialisées orientent les personnes qui en ont besoin vers des soins spécifiques psychiatriques, bucco-dentaires ou dermatologiques, en s'appuyant sur une équipe mobile intervenant à l'extérieur de l'hôpital.

Enfin, des **PASS à vocation régionale** mettent en œuvre les bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation. La circulaire du 18 juin 2013 annonce un référentiel d'organisation et de fonctionnement des PASS, rédigé par les Agences Régionales de Santé et la DGOS. Elle demande à chaque permanence d'élaborer et de diffuser un document formalisé, qui définit les situations de précarité et fournit des indicateurs d'alerte et des outils (critères, score, échelle) pour évaluer la situation des patients nécessitant un accompagnement particulier.

Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles doivent être facilement identifiables. Leur organisation est hétérogène en fonction des régions et des établissements de santé (90).

La circulaire met en garde contre la création d'un dispositif discriminatoire: « *les PASS pourront être situées à proximité ou dans les services d'urgence pour lesquelles elles serviront de relais. Il ne s'agit en aucun cas, de créer au sein de l'hôpital des filières spécifiques pour les plus démunis. Au contraire, ceux-ci doivent avoir accès aux soins dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population notamment dans le cadre de consultations de médecine générale à horaires élargis.* » (79).

Dans la pratique, de nombreux établissements publics de santé ne respectent pas ces obligations légales. Le plus souvent, le service social de l'hôpital ressort comme l'interlocuteur le plus informé.

Dans les PASS – polycliniques médicales, véritables relais pour les structures de soin, alternatives à l’hospitalisation, les précaires bénéficient de soins de proximité et d’une prise en charge de type médecine générale dont l’approche est à la fois sociale et médicale. Dans ces consultations données à l’hôpital universitaire, la prise en charge globale du patient semble résister à la standardisation des soins et à la segmentation des activités médicales et de soin.

ANNEXE 6.5 bis :

**PASS buccodentaires et PASS généralistes ayant une activité buccodentaire
France métropolitaine :**

Alsace, Champagne Ardennes

Lorraine :

Metz Thionville

CHR Metz-Thionville

28-32, rue du XXème Corps Américain

57038 Metz

Strasbourg

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg,

1 place de l'Hôpital

67091 Strasbourg

Aquitaine, Limousin, Poitou Charentes :

Bordeaux

CHU de Bordeaux

12 rue Dubernat

33404 Talence Cedex

Poitiers

Centre hospitalier Universitaire

2 rue de la Milétrie

86021 Poitiers Cedex

Auvergne, Rhone---Alpes :

Moulins

Centre Hospitalier
10 Avenue Général de Gaulle
03000 Moulins

Bourgogne, Franche---Comté :

Dole

Centre Hospitalier Général Louis Pasteur de Dole
Avenue Léon Jouhaux
39108 Dole Cedex

Bretagne :

Lorient

Centre hospitalier de Bretagne Sud
Rue du Lettry
56100 – Lorient

Ile de France :

Colombes

AP-HP GH Paris Nord Val de Seine site Louis Mourier
178 rue des Renouillers
92 700 Colombes

Créteil

AP-HP GH Henri Mondor
51, avenue du maréchal de Lattre de Tassigny
94000 Créteil

Paris

Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière Service d'odontologie
43-87 boulevard de l'Hôpital
75651 Paris Cedex 13

Languedoc---Roussillon, Midi---Pyrénées :

Montauban

Centre hospitalier de Montauban

Centre Hospitalier Général
100, rue Léon Cladel - BP 765
82013 Montauban

Normandie :

Le Havre

Groupe_hospitalier_du_HAVRE
55 bis rue Gustave Flaubert
76600 Le Havre

Nord Pas de Calais, Picardie :

Calais

CH de Calais
1601 Boulevard des Justes BP 339
62107 CALAIS Cedex

Douai

CH Douai (service Arc en Ciel)
Route de Cambrai --- BP 10740
59507 DOUAI Cedex

PACA :

Gap

Centre hospitalier intercommunal des alpes du Sud (CHICAS)
1, Place Auguste Muret
05007 Gap Cedex

Marseille

CHU Timone -Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
264, rue Saint Pierre
13385 Marseille Cedex 5

Nice

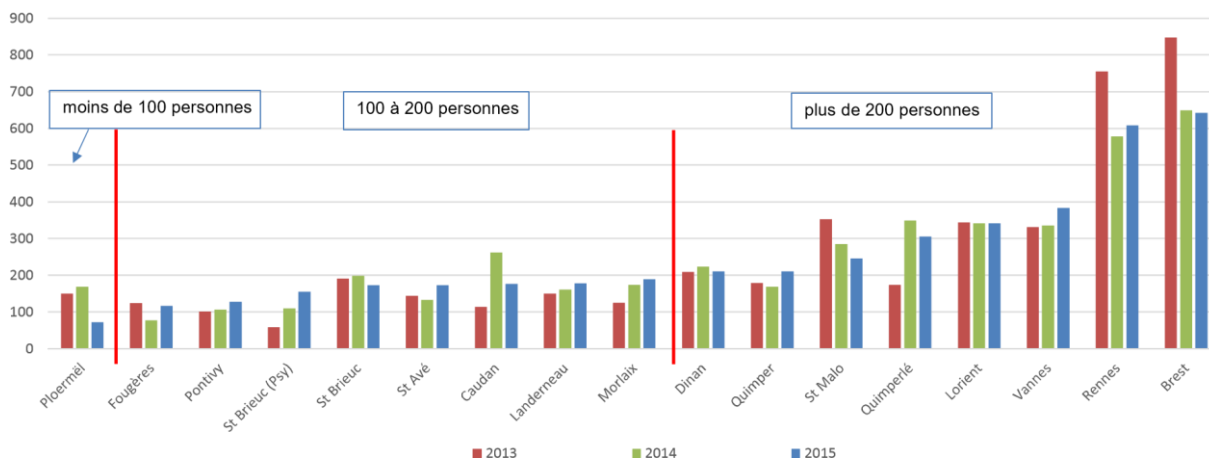
Centre Hospitalier Universitaire de NICE
4 avenue Reine Victoria BP 1179
06003 Nice Cedex 1

6.6. Les PASS en Bretagne

En 2015, en Bretagne, 4 305 personnes ont été suivies par les 17 PASS, soit une baisse de 0,3 % par rapport à 2014. Dans les PASS de Morlaix, Landerneau, Vannes, Pontivy et Saint-Brieuc (PASS psychiatrique), ce chiffre progresse depuis 2013.

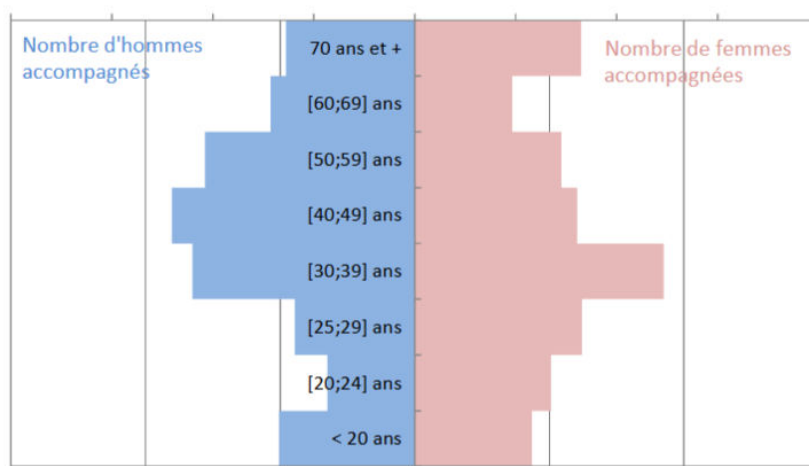
A l'inverse, il diminue dans les PASS de Saint-Malo et de Saint-Brieuc (PASS généraliste).

La moitié des PASS accompagne moins de 200 personnes par an



Profil des 4 305 personnes accompagnées

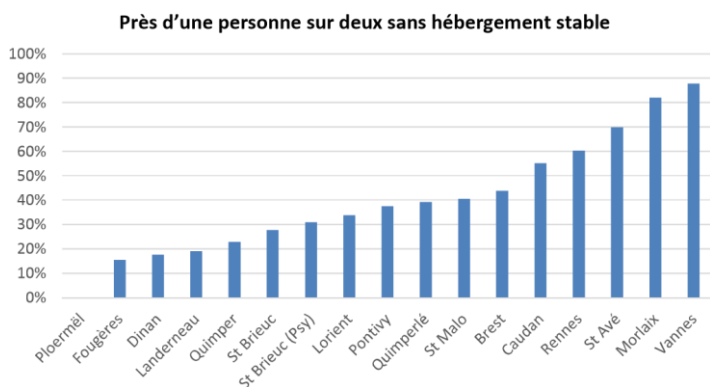
Plus d'hommes accompagnés



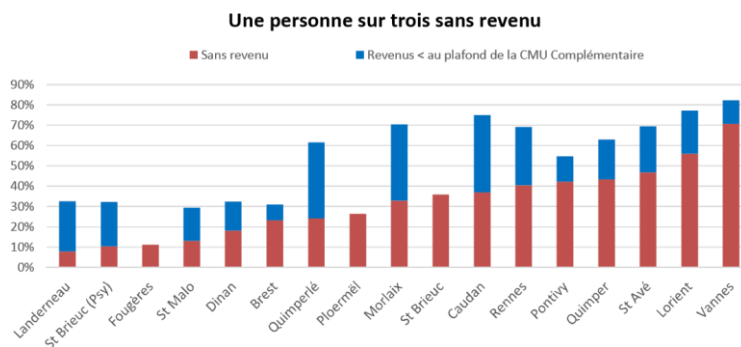
Les hommes sont plus fréquemment accompagnés par les PASS que les femmes. Ils représentent 58 % des personnes suivies, et jusqu'à plus de 70 % dans les PASS de Morlaix, Saint-Avé et Fougères ; a contrario, seulement 50 % dans les PASS de Lorient et Caudan.

30% des personnes suivies ont moins de 30 ans. Cette part atteint même 43% dans les PASS

de Rennes et Pontivy. Seule une personne sur cinq a plus de 60 ans ; Brest et Landerneau accueillant les populations les plus âgées : les plus de 60 ans représentent respectivement 43 et 53 % des personnes suivies.

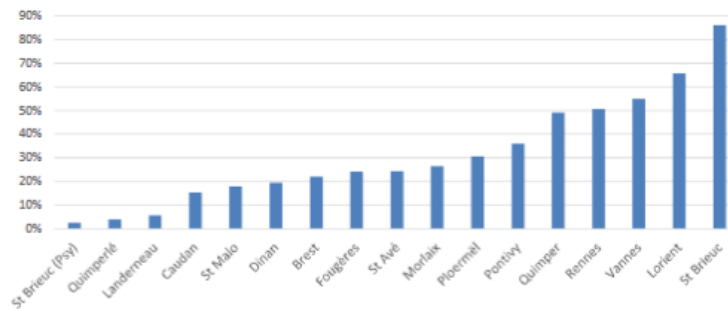


46 % des personnes n'ont pas d'hébergement ou ont un hébergement temporaire. La variation de ce taux entre les PASS témoigne de la diversité des publics accompagnés, de 0 % à la PASS de Ploërmel à 88 % à la PASS de Vannes.

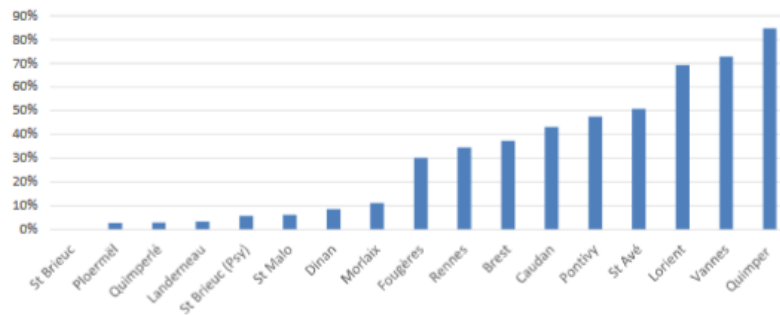


54 % des personnes suivies par les PASS n'ont pas de revenu (34 %) ou des revenus inférieurs au plafond de ressources de la CMU Complémentaire (20 %). Cette part varie de 11 % à la PASS de Fougères à 82 % à la PASS de Vannes.

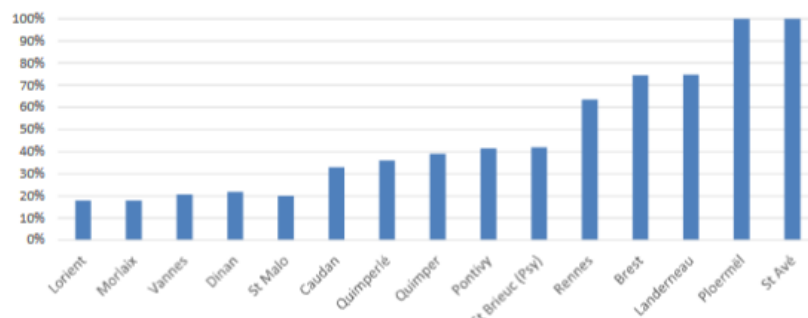
Une personne sur trois sans couverture maladie de base



Une personne sur trois est étrangère



Une personne sur deux avec au moins un critère d'isolement social



Note : Les PASS de Saint-Brieuc et de Fougères sont non répondantes sur cette question.

34 % des personnes suivies dans les PASS n'ont pas de couverture maladie de base et 35% n'ont pas de couverture maladie complémentaire.

Une personne sur trois accueillie dans les PASS est étrangère car elle ne possède pas la nationalité française, qu'elle soit en situation régulière ou non. Parmi elles, 14 % ont une couverture maladie par l'intermédiaire de l'Aide Médicale de l'Etat. Dans les PASS de Lorient, Vannes et Quimper, plus de sept personnes accompagnées sur dix sont étrangères. A noter que les PASS de Landerneau, Quimperlé et Dinan, où la part des personnes étrangères est faible, ne proposent pas de service d'interprétariat.

47 % des personnes suivies dans les PASS répondent à au moins un critère d'isolement social (sans aide de l'entourage en cas de besoin ; sans contacts familiaux ; avec pathologie psychiatrique handicapant gravement les relations sociales).

6.7. PASS ayant une inscription territoriale similaire à celle de Rennes

	STRASBOURG 2014	HENRI MONDOR 2015	SAINT ETIENNE 2015
PASS généraliste (file active)	1880	1400	873
PASS dentaire (file active)	283 = 15% de la file active PASS généraliste	234 = 17% de la file active PASS généraliste	224 = 25% de la file active PASS généraliste
Pourcentage de patients PASS bucco-dentaire connus par le dispositif PASS	30%	33%	50%

N'ayant pas de chiffres fiables sur la fréquentation annuelle de l'hypothétique PASS Bucco-Dentaire à Rennes, nous avons tenté d'estimer ceux-ci en extrapolant les données de quelques rapports d'activité de PASS hexagonales.

Le flux de patients en file active des différentes PASS bucco-dentaires en fonction du nombre de patients des PASS généralistes correspondantes est quantifié en pourcentage :

15% de la file active PASS généraliste à Strasbourg

17% de la file active PASS généraliste à Henri Mondor

25% de la file active PASS généraliste à Saint Etienne

Nous avons ensuite associé ces différents chiffres à l'importance de l'interconnexion entre PASS, milieux associatifs et dispositifs passerelles qui existent au sein de chaque ville.

La prise en charge des personnes en situation de précarité est plus diversifiée en termes d'intervenants à Saint-Etienne qu'à Strasbourg. Il en résulte une meilleure orientation des patients vers la PASS bucco-dentaire de Saint-Etienne que de Strasbourg.

Grâce à la cellule de coordination PASS Rennaise et le fort maillage associatif rennais dans le domaine de l'accès aux soins de personnes précaires, nous nous sommes basés sur une affluence relative semblable à celle de la PASS de Saint-Etienne.

6.8. Critères d'attribution MIGAC PASS

MSP	Détail de la mission	Rôle du SROS (A noter que ces éléments doivent obligatoirement apparaître dans les SROS déjà publiés ou en cours de rédaction)		critères d'attribution de la MSP (cf. décret relatif à l'attribution des MSP)	Rôle dans le CPOM	modalités de compensation		
		Au titre de la détermination du besoin dans le strict cadre des MSP (hors OQOS implantation)	Au titre de l'inventaire des établissements exerçant une MSP			MIG / ER	ODM / CO	DAF / OON
9° La lutte contre l'exclusion	Accueil et prise en charge de populations en situation de précarité	Le SROS apprécie le besoin, par territoire de santé, en nombre d'implantation.	Les premiers SROS inventorient l'ensemble des établissements de santé assumant, à la date du 22 juillet 2009 et depuis de façon continue, cette mission	Tout établissement éligible au modèle de financement national est attribuaire de cette MSP. Le besoin à couvrir est donc déterminé en relation directe avec ce modèle. In fine, tout établissement sortant de ce modèle n'est plus attribuaire de la mission.	Chaque MSP doit faire l'objet d'une mention au CPOM, que son attribution soit issue de la procédure définie dans le cadre du projet de décret MSP ou non.	Le financement de cette mission renvoie à la MIG "Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières"		
	Permanence d'accès aux soins (PASS)	Cette détermination s'établit individuellement pour chacune des sous-catégories. En cas de nécessité, la détermination du besoin peut se faire par un minimum et un maximum	Après publication des premiers SROS-PRS : reconnaissance prioritaire des ES assurant ces missions depuis le 22 juillet 2009 et continuant de l'assurer dans les conditions définies réglementairement (par référence à l'inventaire du SROS). Lorsque le besoin (identifié par le SROS) est inférieur à l'offre (identifiée dans l'inventaire), il n'y aura qu'une partie des ES recensés qui seront attributaires. En cas de besoins non couverts: appel à candidatures. En cas d'échec de la procédure d'appel à candidature : désignation unilatérale. En outre, compte tenu des résultats de l'évaluation de la mission et des besoins établis par le schéma régional d'organisation des soins, le directeur général de l'ARS peut reconduire la désignation c'est-à-dire l'attribution de la mission à l'établissement concerné.	La mention à pour objet d'explicitier la mission, c'est-à-dire de la définir, d'explicitier les modalités d'attribution (notamment dans le cas d'une attribution formalisée) et de mentionner les critères d'attribution. Lorsque le financement renvoie à une MIG, l'explicitation de ces critères d'attribution doit s'effectuer par renvoi à l'annexe MIGAC du CPOM.	Le financement de cette mission renvoie à la MIG "PASS"			

6.9. Contractualisation ARS-Etablissement

Outre le respect général du droit interne et communautaire, la procédure de délégation des dotations MIG et ses règles générales ont comme objectif de rationaliser le versement des dotations et de rapprocher au maximum les crédits octroyés par rapport aux besoins régionaux.

C'est avant tout une logique d'efficacité, de transparence et d'équité qui doit gouverner la notification des crédits.

A : Les règles à respecter : la phase préparatoire

1. Délimitation exacte du périmètre de la mission

Il est important, préalablement à tout versement, de définir précisément l'ensemble des actions et/ou des structures financées à travers la MIG dont l'attribution est envisagée. Il convient d'exclure du périmètre de la mission l'ensemble des actions déjà financées par ailleurs (notamment par des tarifs, des forfaits, des subventions de l'État ou des collectivités territoriales).

Cette délimitation devra apparaître dans le CPOM.

2. Prise en compte des données régionales

Dans le cadre de la montée en charge de la réforme du financement de l'hospitalisation, les dotations MIGAC ont été allouées à partir de la situation initiale des établissements qui disposaient à cette date de missions « finançables » par la dotation MIGAC. Ces dotations sont naturellement appelées à évoluer en fonction des priorités régionales et sur la base d'une objectivation du choix des établissements (voir ci-après). La prise en compte des données du SROS PRS et des besoins régionaux mission par mission est essentielle.

Préalablement à l'attribution de crédits MIG, le diagnostic des besoins régionaux en structures financées par les MIG doit être établi. Il se base sur la connaissance du contexte environnemental, régional et notamment sur les données relatives aux indicateurs environnementaux et de démographie médicale.

Selon les missions, d'autres indicateurs pourront être ajoutés. Seules les MIG faisant l'objet d'un fléchage national, d'une stricte modélisation, ou dont le mode de compensation financière est basé sur un remboursement à l'euro près (notamment les MIG faisant référence aux mises à dispositions de personnel) ne sont pas impactées par ce dispositif.

B : Une justification par analyse de l'activité et de l'établissement

Dans le cas où l'ARS ne constate aucun nouveau besoin à couvrir, il est conseillé de confirmer l'éligibilité des établissements.

Cette confirmation ne peut cependant se faire que suite à une évaluation positive de la réalisation de la mission (le cas échéant au regard des objectifs et indicateurs inscrits au CPOM devant être communs à tous les établissements concernés). L'évaluation positive est celle faite lors des campagnes contractuelles régionales, ayant lieu tous les 5 ans et amenant à la signature des nouveaux CPOM.

L'établissement est éligible à la MIG durant toute la durée de son CPOM (sauf en cas de non respect de ces contreparties contractuelles).

1. du respect des obligations liées à l'exercice de la mission;
2. des résultats de l'évaluation CPOM mesurant la qualité de la réalisation.
3. de la capacité de l'établissement à prendre en charge la mission et ce, sans investissement majeur (un personnel déjà formé, des locaux déjà aménagés et le cas échéant mis à disposition sont des arguments pouvant privilégier un établissement dans l'attribution du projet) ;

Dans cette logique, le CPOM devra retranscrire le raisonnement ayant permis de rendre éligible l'établissement. Le choix de l'établissement sera à ce titre motivé via le CPOM.

Ce renouvellement est limité à la durée du CPOM et subordonné aux résultats de l'évaluation annuelle du CPOM.

Il convient de noter que dans le cas d'une évaluation négative de la mission, l'établissement dispose d'un droit de réponse. La procédure d'évaluation doit nécessairement être contradictoire. Aucune décision visant à modifier le périmètre de financement ou à retirer l'accomplissement de la mission ne doit être prise sans que l'établissement n'ait pu apporter sa réponse à l'évaluation dans un délai minimum de 30 jours.

C:Une justification par appel à candidature

Lorsque le directeur général de l'ARS constate qu'une MIG n'est pas assurée (ou mal assurée), il ouvre une procédure d'appel à candidature (de manière identique à la procédure d'attribution des missions de service public).

Cet appel doit être publié au recueil des actes administratifs de la région. Il est rendu public sur le site officiel de l'agence régionale de santé jusqu'à la date de clôture de l'appel. Une information complète devra être envoyée préalablement aux organismes professionnels régionaux représentatifs (fédérations hospitalières).

Cet appel comprend au minimum les éléments suivants :

1. le champ de la mission ;
2. les obligations liées à son exercice ;
3. la durée de mise en œuvre de la mission (celle du CPOM), et s'il y a lieu l'échéancier ;
4. les modalités de compensation financière éventuelle ;
5. les critères de sélection propres à la mission concernée ;
6. les modalités d'évaluation de l'exercice de la mission et les indicateurs correspondants, devant être fixés dans le CPOM ;
7. la date de clôture de l'appel ;
8. le délai d'instruction des dossiers ;
9. les informations à fournir par le candidat, notamment celles relatives aux moyens associés à la mise en œuvre de la mission ainsi que à la détention, le cas échéant, d'une autorisation d'activité de soins inhérente à la mission, définie à l'article L. 6122-1.

La sélection des candidatures est fondée notamment sur :

- ➔ Les engagements concrets de l'établissement pour la bonne réalisation de la mission (proposition de redéploiement de moyens par l'établissement au bénéfice de la MIG)
- ➔ La cohérence du projet médical avec les activités financées par les MIGAC et la prise en compte de ces dernières par le projet ; l'expertise particulière acquise par des équipes dans un domaine relevant d'une MIG.

Le directeur général de l'ARS peut déclarer l'appel à candidature infructueux (cela lui ouvre droit à une désignation unilatérale, en cas d'impérieuse nécessité).

La décision est notifiée à la personne morale retenue. Le rejet des autres candidatures est également notifié aux intéressés. Ces notifications doivent être motivées eu égard à la loi du 11 juillet 1979. L'ARS, en s'appuyant sur les critères de sélection préalablement établis, devra donner les raisons l'ayant conduite à choisir ou pas un candidat. La décision est publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région et sur le site officiel de l'agence régionale de santé.

Le CPOM du candidat retenu devra par ailleurs faire référence à cet appel. Le choix de l'établissement sera à ce titre motivé via le CPOM.

En outre, il est conseillé aux directeurs généraux d'ARS de publier la liste (à jour) des établissements exerçant une MIG sur le site officiel de l'agence régionale de santé. Ce n'est en aucun cas une obligation réglementaire mais cela participe à cette logique de transparence.

D : Durée pendant laquelle l'ARS s'engage à financer l'établissement

La durée pendant laquelle l'ARS s'engage à financer l'établissement (nonobstant toute réévaluation des montants) est fonction de l'acte rendant éligible l'établissement à la dotation: durée de la labellisation, durée inscrite dans le cahier des charges de l'appel à candidature ...

Si l'établissement est éligible de par sa place dans le territoire de santé et par son activité, la durée d'éligibilité est celle du CPOM. In fine, nonobstant toute révision du montant alloué à l'établissement, celui-ci est éligible à la MIG durant toute la durée de son CPOM. En outre, la durée d'éligibilité doit prendre en compte les investissements nécessaires à la mise en œuvre de la mission (pouvant être supérieure à celle du CPOM). Dans tous les cas, le CPOM doit préciser explicitement la durée pendant laquelle l'établissement est éligible à la dotation et in fine, assurer la mission.

1. Définition des engagements en contrepartie de l'aide

Il est indispensable que la délégation de la dotation soit justifiée par des contreparties, c'est-à-dire des objectifs ou des engagements de la part de l'établissement précis et vérifiables. Ils doivent s'inscrire dans le cadre des CPOM.

Le CPOM précise également les indicateurs permettant d'évaluer le respect des engagements pris par l'établissement. Sur la base de ces indicateurs, les crédits accordés font l'objet d'une évaluation systématique menée chaque année conjointement par l'ARS et l'établissement.

Le non-respect de ces engagements en année n peut faire l'objet d'une réévaluation des crédits délégués en année n+1. Ce type de sanction, constructive, devra être affiché dans les CPOM des établissements.

2. Définition des critères de compensation

Il est essentiel que le CPOM, précise les paramètres sur la base desquels la compensation est définie. Cela permet aux juridictions, institutions nationales et, le cas échéant, européennes d'exercer leur contrôle. Dans la mesure où la méthode choisie permet un calcul transparent et vérifiable de la compensation, les ARS disposent d'un large degré de liberté dans la détermination de ces paramètres, tout en s'assurant que les critères sont non discriminatoires.

Sont compatibles avec cette notion :

➔ Un modèle de financement national (dotation forfaitisée par établissement en fonction de critères objectivés, d'activité ou de file active notamment).

➔ Un référentiel de moyens valorisés (c'est-à-dire un calibrage de la dotation au regard des actions financées à ce titre). Un référentiel est la résultante financière du périmètre de financement de la MIG. *In fine*, un référentiel doit tirer les conséquences du périmètre de financement en termes de surcoûts supportés par l'établissement, déduction faite des autres recettes éventuellement obtenues par l'établissement pour cette activité (tarifs, subventions, etc.).

Dans cette perspective, le référentiel de moyens (qui tire la conséquence financière du périmètre) doit être égal à la mise à disposition d'une équipe pluridisciplinaire composée de X ETP ainsi qu'à la prise en charge des frais de fonctionnements de l'équipe. Ce référentiel est ensuite modulé en prenant en compte la file active constatée.

Il conviendra d'adapter le référentiel de moyen, notamment s'il manque de finesse. Il est conseillé d'associer les représentations régionales des fédérations dans cet exercice de

construction. Ce référentiel doit être adapté : le nombre et le type de personnel directement financé via la MIG ainsi que la part des frais de structures financés doivent être affinés.

Financement d'une équipe pluridisciplinaire (personnel médical et non médical, notamment du temps de secrétariat) et financement des frais de structures inhérent à la vie du centre. Doivent donc être pris en compte dans le calibrage des MIG (autres les charges directes de personnels) les charges de fonctionnement. Le taux peut varier selon les MIG. Il représente en moyenne entre 10 à 25% des charges réelles nettes (estimation indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale).

Les frais de fonctionnement sont de plusieurs ordres : médico-technique (le cas échéant), logistique médicale (le cas échéant) et logistique générale et structure. Ce sont donc les suivants :

1. Coût du bâtiment ;
2. Charges, entretien, gardiennage ;
3. Impôts et taxes ;
4. Frais de personnels indirects ;
5. Consommables ;
6. Frais généraux locaux (Personnel indirect).

En fonction de ces coûts, il est possible d'en déduire la robustesse du calibrage. Cela permet le cas échéant de modifier le calibrage et donc, *in fine*, le montant à déléguer.

Le calibrage doit donc se baser sur les charges nettes majorées de l'établissement, dans les limites de l'enveloppe financière régionale.

En effet, eu égard à l'enveloppe financière allouée aux régions, ces éléments peuvent davantage constituer une clé de répartition régionale de la dotation qu'un calibrage impératif par établissement.

L'objectif est de pouvoir vérifier annuellement que la dotation est proportionnée et n'est pas venue surcompenser l'action soutenue. Les crédits délégués doivent impérativement être inférieurs ou égaux au montant des surcoûts de cette action, déduction faite des autres recettes, notamment tarifaires, éventuellement obtenues (soit les charges nettes qui lui sont imputées).

A noter par ailleurs que le présent guide propose un calibrage pour chaque MIG. Ce dernier ne représente en aucun cas un élément impératif, il n'est donné qu'à titre indicatif et a vocation à servir de base aux calibrages régionaux.

Ils ne constituent ni un plancher ni un plafond. Par exemple lorsque le calibrage détermine une équipe type à financer, l'ARS peut modifier le nombre et la composition de l'équipe en fonction des besoins régionaux, de l'activité (et la taille) de l'établissement ainsi que de l'enveloppe financière régionale.

6.10. Budget global des PASS en fonction de la file active

Budget global des PASS en fonction de leur fréquentation

<u>Montant du budget annuel</u> <u>(dotation MIG en euros)</u>	<u>Seuil minimal d'activité annuelle</u> <u>(évalué par le nombre de patients vus au</u> <u>moins une fois)</u>
50 000 à < 100 000 €	100 patients
100 000 à < 150 000 €	200 patients
150 000 à < 300 000 €	400 patients
300 000 à < 450 000 €	1000 patients
> 450 000 €	1600 patients

Le Budget alloué aux PASS est lié au nombre de patients fréquentant la structure. Le budget attribué minimal est de 50 000 euros pour un nombre de patients de 100. Il peut être de plus de 450 000 dès que le nombre de patients vus est supérieur à 1600.

LEXIQUE :

Exclusion : (définition du Petit Robert) action d'exclure quelqu'un, en tenant à l'écart, en interdisant l'accès. **Exclu :** qui n'est pas accepté.

Indice CAO : calcule le nombre de dents Cariées, Absentes pour cause de Carie ou Obturée. Cet indice varie de 0 à 28 (ou 32 si dents de sagesse)

Pauvreté : (définition du Petit Robert) État d'une personne qui manque de moyens matériels, d'argent. Insuffisance de ressources. Insuffisance matérielle ou morale.

Précarité: (définitions du Petit Robert) Caractère de ce qui est précaire.

Précaire : dont l'avenir, la durée ne sont pas assurés. Le qualificatif précaire désigne ce qui n'est pas fait pour durer.

Synonymes : fragilité, instabilité, passager

Mots clés allant avec précarité : pauvreté, santé et précarité, misère, chômage, exclusion, démuné.

Dans la précarité, les 4 fondamentaux sont atteints (*cf Xavier Emmanuelli et le samu social*) :

-l'image du corps: l'individu est totalement détaché de ce corps. Il n'est plus vu par les autres. Pas d'existence dans le regard des autres.

-la temporalité: pas de repères dans le temps. Dynamique différente. Cette temporalité différente explique les rendez-vous manqués car pas de résonance dans l'existence du patient.

-la communication: souvent absente. Privilégier la communication non verbale. Éthologie.

-les codes: ce sont les ensembles de comportements et attitudes que l'on attend en fonction des situations et des lieux. Ils permettent de faire les liens. En l'absence de code, les individus ne sont pas reconnus (57).

Score EPICES: score individuel de précarité pour une « Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé » élaboré en 1998 par le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (Cetaf).

Le score Epices est une mesure multidimensionnelle de la précarité ou de la fragilité sociale qui tient compte à la fois des déterminants matériels et psychosociaux de la précarité (logement, vie en couple, diplôme, revenus, protection sociale, santé, soutien de l'entourage lors de difficultés, loisirs, culture, contacts familiaux, liens sociaux, rencontre avec un travailleur social...). Il se distingue ainsi des critères socio-administratifs habituellement retenus et reposant essentiellement sur la situation vis-à-vis de l'emploi telle que l'attribution de minima sociaux, traduisant surtout une précarité matérielle. Car la précarité est

multidimensionnelle et peut-être la cause, comme la conséquence des problèmes de santé ou de mode de vie. Il existe différentes dimensions de la précarité: nationalité, niveau d'étude, situation professionnelle, composition du ménage, logement, protection sociale, santé perçue, revenus, loisirs, difficultés financières, insertion sociale, recours aux soins, événement grave vécu avant 18 ans.

Cet indicateur socio-économique, à caractère quantitatif, repose sur 11 questions. La combinaison des réponses « oui/non » et des coefficients associés à chacune des questions permet de calculer un score pour chaque individu reflétant sa situation de précarité actuelle (ou de non précarité). Ce score varie de 0, signifiant une absence de précarité, à 100 pour une précarité maximum.

Enfin, ils déclarent plus souvent un état de santé moyen à très mauvais (45 % contre 29 %).

Quelle que soit la caractéristique individuelle considérée, en moyenne, le niveau de précarité est significativement plus élevé parmi les personnes consultant en centre de santé. (Non suivi dentaire, non suivi gynécologique, perception négative de la santé, maigreur homme, obésité et diabète femme).

Relativement à l'ensemble de la population consultant en médecine générale, les patients consultant en centre de santé sont proportionnellement plus nombreux à ne pas bénéficier d'une AMC (22 % contre 5 %). Ce sont des populations en situation de difficulté sociale ou matérielle.

Le chômage et l'inactivité professionnelle, un faible niveau d'éducation, l'absence de diplôme, une catégorie socio-professionnelle défavorisée, un état de santé dégradé, l'absence de couverture complémentaire et le fait de bénéficier de la CMU-C sont des facteurs augmentant significativement le niveau du score. (Attention il existe des travailleurs en situation de pauvreté).

Zones Urbaines Sensibles : ce sont des territoires infra-urbains définis par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville, en fonction des considérations locales liées aux difficultés que connaissent les habitants de ces territoires.

Liste des abréviations :

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

AME : Aide Médicale d'Etat

API : Allocation de Parent Isolé

APL : Aide personnalisée au logement

ARS : Agence Régionale de Santé

ASS : Allocation Spécifique de Solidarité

CAF : Caisses d'Allocations Familiales

CAO : Coordination d'Accueil et d'Orientation

CCAS : Caisses Centrales d'Activité Sociales

CDAS : Centre Départemental d'Action Sociale

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDO : Conseil Départemental de l'Ordre

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLH : Commission Locale de l'Habitat

CLS : Contrat Local de Santé

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

CREDES : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé
(devenu IRDES)

CROUS : Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires

CSDR : Centre de Soins Dentaires de Rennes

CSERD : Centre de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires

CSP : Code de la Santé Publique

DAF : Dotation Annuelle de Financement

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

EDD : Election De Domicile

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

ETP : Emploi Temps Plein

FAJ : Fonds d'Aide aux Jeunes
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
HCSP : Haut Conseil de Santé Publique
HLM : Habitation à Loyer Modéré
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRS : Institut Régional pour la Santé
LOJI : LOgement Jeunes en Insertion
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSP : Mission de Service Public
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONCD : Ordre National des Chirugiens-Dentistes
ORL : OtoRhinoLaringologie
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PLS : Plan Local de Santé
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
RSA : Revenu de Solidarité Active
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SROS PRS : schéma régional d'organisation des soins, projet régional de santé
SDF : Sans Domicile Fixe
ZEP : Zone d'Education Prioritaire
ZUS : Zone Urbaine Sensible

Bibliographie :

1. Organisation Mondiale de la Santé E. PROMOTION DE LA SANTE. Santé Bien Etre. nov 1986;6.
2. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. L' éducation pour la santé: manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaires. Genève; 1990. 261 p.
3. Arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges national relatif aux projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé | Legifrance [Internet]. [cité 5 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/3/17/AFSP1605921A/jo/texte>
4. Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité [Internet]. [cité 8 mars 2017]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcsp20091112_inegalites.pdf
5. Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale [Internet]. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.onpes.gouv.fr/>
6. Kerangueven F. Notions et concepts d'exclusion, de pauvreté, de précarité. 2011.
7. Les revenus et le patrimoine des ménages INSEE 2014 [Internet]. [cité 10 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1374593/REVPMEN14.pdf>
8. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale: séances des 10 et 11 février 1987. Vol. 4074. Direction des journaux officiels; 1987.
9. Moulin J-J, Dauphinot V, Dupré C, Sass C, Labbe E, Gerbaud L, et al. Inégalités de santé et comportements: comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002. Bull Épidémiologique Hebd. 2005;43:1-3.
10. Emmanuelli X. La grande précarité et l'accès aux soins en 2015. In: Médecine bucco-dentaire sociale, Acte du colloque, Handicap-Dépendance-Précarité. Atlantique. Futuroscope-Poitiers; 2015. p. 212. (actualité scientifique Poitou-Charentes).
11. Castel R. Les métamorphoses de la question sociale. Fayard. Paris; 1995. 494 p. (Sciences humaines).
12. GAILLAC E, SANQUER R, HOSQUET M-C, SIMONET M, JOUAN O, THOUVENOT O, et al. RECOURS AUX SOINS ET SUIVI MEDICAL DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE SOCIALE. [cité 7 juin 2017]; Disponible sur: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/mip/2007/groupe_20.pdf
13. Anne Laude. 3. L'accès aux soins-précarité-droit. In: Innover contre les inégalités de santé, Pierre-Henri Bréchat et al [Internet]. Presses de l'EHESP. 2012. p. 39-50. (hors collection). Disponible sur: http://www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-desante--_9782810900794-page-39.htm
14. Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins PRAPS de 3ème génération pour les personnes en situation de précarité. octobre 2011 [Internet]. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Espace_conseil_surveillance/Actions_agence/PRAPS.pdf

15. France, éditeur. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: Editions ENSP; 1998. 349 p. (Collection Avis et rapports).
16. Leclerc A, Fassin D, Granjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé. La Découverte. 2000. 448 p. (Recherches).
17. Grignon M, Couffignal A, Dourgnon P, Jusot F, Polton D. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. *Quest Déconomie Santé*. février 2005;(92):6.
18. Che D, Bitar D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2004. *Age* [Internet]. 1997 [cité 10 mars 2017];2004. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Bedora_Faure_Marie/publication/294872330_Point_sur_une_maladie_oubliee_le_syndrome_de_Lemierre/links/56c48d0d08aeef9a5bc47.pdf
19. Kerangueven F, Collin J-F. Situations de pauvreté, de précarité et d'exclusion sociale en France et leurs effets sur la santé. 2012.
20. Premiers résultats de l'étude Abena 2004-2005. *Inst Veille Sanit*. avril 2006;(15):7.
21. Auvray L, Doussin A, Le Fur P. Santé, soins et protection sociale en 2002. *Quest Déconomie Santé*. décembre 2003;(78):8.
22. Moisy M. Problèmes dentaires, tabac, dépression: la santé précaire des sans-domicile. *Études Résultats Drees*. sept 2015;932:6.
23. Célant N, Dourgnon S, Guillaume S, Pierre A, Rochereau T, Sermet C. L'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. *Quest Déconomie Santé*. mai 2014;(198):6.
24. Bricart D, Jusot F, Tubeuf S. Les modes de vie: un canal de transmission des inégalités de santé. *Quest Déconomie Santé*. mai 2010;(154):5.
25. Christiane El Hayek, Thierry Guimonneau. Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale [Internet]. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale; 2015. Disponible sur: http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/CNLE_Chiffres_Cles_2015.pdf
26. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés: une synthèse des travaux français. *Quest Déconomie Santé*. janv 2012;(172):1-7.
27. Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. Le recours aux soins de ville des immigrés en France. *Quest Déconomie Santé*. sept 2009;(146):6.
28. Anne-Catherine Morin, Sophie Planson, Jean-Philippe Rathle, Stéphane Tagnani. Les revenus et le patrimoine des ménages [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques; 2014. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1374593/REVPME14.pdf>
29. Sondage Ipsos-SPF 2016 [Internet]. Secours populaire. 2016 [cité 9 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.secourspopulaire.fr/sante-sondage-ipsos-spf-2016>
30. INPES, ESPT, RFVS. Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêt d'une approche locale et transversale.
31. Jean-Philippe Viquant. 4. L'assurance maladie et le système de soins en France: un bien commun au service des plus précaires? In: *Innover contre les inégalités de santé*, Pierre-Henri

- Bréchat et al [Internet]. Presses de l'EHESP. 2012. p. 51-8. (hors collection). Disponible sur: <http://www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-desante--9782810900794-page-51.htm>
32. Bréchat P-H, Lebas J. Innover contre les inégalités de santé [Internet]. Presses de l'EHESP. 2012 [cité 7 mars 2017]. 512 p. (hors collection). Disponible sur: <http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=cairnle&ezurl=http://www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-de-sante--9782810900794.htm>
 33. Catherine Collombert, Anna Hiltunen. Focus-Impact de la crise sur la pauvreté et les inégalités en Europe. *Inf Soc CNAF*. févr 2014;(182):164.
 34. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières: une approche économétrique. *Irdes Quest D'économie Santé* [Internet]. 2011 [cité 7 juin 2017];170. Disponible sur: http://archive.cfecgc.org/e_upload/pdf/irdesnov2011.pdf
 35. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006 [Internet]. *Irdes*; 2008 [cité 7 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
 36. Philippe Batifoulier, Véronique Parel. 5. La prise en charge médicale des personnes précaires: une nécessité économique. In: *Innover contre les inégalités de santé Pierre-Henri Bréchat et al* [Internet]. Presses de l'EHESP. 2012. p. 59-70. (hors collection). Disponible sur: <http://www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-desante--9782810900794-page-59.htm>
 37. santé de Midi-Pyrénées. Rapport 2010 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission de France [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2011/10/15/observatoire-de-lacces-aux-soins-rapport-2010>
 38. Alice Beynet, Georges Menahem. Problèmes dentaires et précarité. *Quest Déconomie Santé*. février 2002;(48):6.
 39. Bourdieu P. *La Misère du monde*. Seuil. 1993. (Sciences humaines).
 40. Didier Hassoun. Précarité et état de santé bucco-dentaire. *Quest Déconomie Santé* [Internet]. décembre 1998;(16). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes16.pdf>
 41. Silva GBD, Minguet-Fabbri J, Orgebin JY, Herter G, Chanut C, Mabriez J-C. Inégalités sociales de santé dentaire : la mesure du risque et des besoins sanitaires. *Santé Publique*. 15(3):347-58.
 42. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2015 - rappeds_v11_16032015.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf
 43. Ducloux M, Delga ME, Montané F. Rôle du médecin face à la précarité. *Rapp Comm Natl Perm Adopté Lors Assises Cons Natl L'ordre Médecins*. 1999;5(6):99.
 44. Gilda Trohel, Valérie Bertaud-Gounot, Marion Soler, Pierre Chauvin, Olivier Grimaud. Socio-Economic Determinants of the Need for Dental Care in Adults [Internet]. Peter M. Milgrom, University of Washington, UNITED STATES; 2016. Disponible sur: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158842>
 45. zus_bzh.pdf [Internet]. [cité 16 mai 2017]. Disponible sur: http://www.culturecommunication.gouv.fr/content/download/27817/231981/file/zus_bzh.pdf

46. Timothée Barnouin, Thibault Darcillon, Gaëlle Guibert, Myriam Mikou, Antoine Sireyjol, Julie Solard. La protection sociale en France et en Europe en 2014 Résultats des comptes de la protection sociale [Internet]. DREES; 2016 p. 190. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cps_2016.pdf
47. Focus de l'ARS Bretagne. 17 Permanences d'accès aux soins de santé en Bretagne [Internet]. ARS; 2017 janv p. 4. Disponible sur: https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/ARS%20Bretagne%20-%20Focus%203%20-%20PASS_0.pdf
48. Projet de loi du 14 avril 2015 de modernisation de notre système de santé [Internet]. [cité 10 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/ta/ta0505.pdf>
49. Jacques Lebas, Pierre Chauvin. Précarité et santé. Médecine Sciences Publication; 1998. 299 p. (Monographies).
50. Actes-du-5-mars.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2012/09/Actes-du-5-mars.pdf>
51. Bruno de Goër, Elizabeth Rivollier, Jean-Luc Vignoulle. Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) Professionnels de santé, personnes en situation de précarité « soignons ensemble, soyons ensemble ». In Chambéry; 2014. Disponible sur: <http://colloque-pass.ch-chambery.fr>
52. OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX SOINS DE LA MISSION FRANCE DE MEDECINS DU MONDE - 2012_Observatoire_MdM.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2012_Observatoire_MdM.pdf
53. Texte adopté n° 505 - Projet de loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. Assemblée nationale. 2015 [cité 8 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0505.asp>
54. Mariana Lecarpentier, Dominique Lhuilier. 2. précarité, santé et soins: une perspective psychosociologique. In: Innover contre les inégalités de santé, Pierre-Henri Bréchat et al [Internet]. Presses de l'EHESP. 2012. p. 23-38. (hors collection). Disponible sur: <http://www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-desante--9782810900794-page-23.htm>
55. Patrick Declerck. Les naufragés. Avec les clochards de Paris. Plon; 2001. 468 p. (Terre humaine).
56. Xavier Emmanuelli. 34. L'exclusion, une pathologie sociale. In: Innover contre les inégalités de santé Pierre-Henri Bréchat et al [Internet]. Presses de l'EHESP. 2012. p. 425-30. (hors collection). Disponible sur: <http://www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-desante--9782810900794-page-425.htm>
57. Médecine bucco-dentaire sociale. Acte du colloque Handicap, dépendance, précarité. In Futuroscope, Poitiers: édition de l'actualité scientifique du Poitou-Charentes; 2015. p. 212. (Atlantique).
58. Cécile Flye Sainte Marie, Querrioux I, Baumann C, Patrizio PD. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. Santé Publique. 31 déc 2015;27(5):679-90.
59. Lombrail P, Lang T, Pascal J. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? Santé Société Solidar. 2004;3(2):61-71.

60. Aline Archimbaud. L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité [Internet]. 2013 sept p. 156. Disponible sur: https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/rapport_officiel-aline_archimbaud%5B1%5D.pdf
61. La lettre de SOHDEV. Santé Orale, Handicap, Dépendance Et Vulnérabilité. Effets sur la santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.sohdev.org/>
62. Problèmes dentaires, tabac, dépression : la santé précaire des sans-domicile - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 2 mars 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/problemes-dentaires-tabac-depression-la-sante-precaire-des-sans-domicile>
63. Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012 - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 2 mars 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-recours-aux-soins-des-sans-domicile-neuf-sur-dix-ont-consulte-un-medecin-en>
64. Frédéric Rillard, Lisa Friedlander, Julien Descors-Declere, Nadhia Khelifa, Franck Noyal, Shéhérazade Saadi, et al. Santé et précarité : les permanences d'accès aux soins de santé bucco-dentaire. Santé Homme. janv 2012;(417):31-3.
65. Jean Furtos. La précarité et ses effets sur la santé mentale. Carnet PSY. juillet 2011;(156):29-34.
66. Françoise Roth, AP-HP. L'accès aux soins bucco-dentaires dans le cadre de la précarité. Rapport à l'Assistance Publique; 1999.
67. Viva magazine. Il faut simplifier l'accès aux soins pour tous/ Dr Jean-François Corty. Médecins du monde; 2015.
68. Haut Comité de Santé Publique. La santé en France [Internet]. HCSP; 2002 janv p. 412. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Ouvrage?clef=71>
69. Fernando Bertolotto. L'éducateur pour la santé face à la « fracture sociale ». Actual Doss En Santé Publique. 16 sept 1996;(16):3.
70. Légifrance. Arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges national relatif aux projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/3/17/AFSP1605921A/jo/texte>
71. Pelluchon C. 36. Situation de précarité, capacités et solidarité [Internet]. Presses de l'EHESP; 2015 [cité 26 janv 2017]. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=EHESP_BRECH_2012_01_0441
72. Schwartz A, Weiner SJ, Harris IB, Binns-Calvey A. An educational intervention for contextualizing patient care and medical students' abilities to probe for contextual issues in simulated patients. JAMA. 2010;304(11):1191-1197.
73. Marie de Goër de Herve. Participer à une session de co-formation : une démarche éthique pour un professionnel de la santé ? [mémoire]. Université Lumière Lyon 2; 2013.
74. Joan Tronto. Un monde vulnérable. Pour une politique du care. La Découverte. 2009. 238 p. (textes à l'appui).

75. Populations légales 2014–Commune de Rennes (35238) | Insee [Internet]. [cité 9 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2534314?geo=COM-35238#consulter>
76. Direction Générale Solidarité Santé, Direction Santé Publique Handicap. Plan Local de Santé de la ville de Rennes. Rendre la ville accessible à tous. [Internet]. Ville de Rennes; 2013. Disponible sur: http://metropole.rennes.fr/fileadmin/rrm/documents/Politiques_publicques/Culture_Education_Social/handicap/Docs/Fiche_accessibilite_.pdf
77. Agence Régionale de Santé. Répertoire des dispositifs en santé précarité [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/R%C3%A9pertoire%20des%20dispositifs%20en%20sant%C3%A9%20pr%C3%A9carit%C3%A9.pdf>
78. Audiard. Rennes Métropole « chiffres clés » [Internet]. 2014. Disponible sur: file:///C:/Users/c%C3%A9line/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/mm03su8r.default/zotero/storage/5I9HNBB6/20140604_cc_rm_2014-001-etu-016c.pdf
79. Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire DGOS/R4 n o 2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) [Internet]. 2013-246 juin, 2013 p. 9. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste_20130007_0000_0078.pdf
80. Direction générale, de l'offre de soins. Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général [Internet]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_contractualisation_des_dotations_financant_les_MIG-3.pdf
81. Françoise Yaouancq, Alexandre Lebrère, Maryse Marpsat, Virginie Régnier, Stéphane Legleye, Martine Quaglia. L'hébergement des sans-domicile en 2012 Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. INSEE Prem. juillet 2013;(1455):4.
82. Fondation Abbé Pierre. 22e rapport état du mal-logement en France 2017 - Fondation Abbé Pierre [Internet]. 2017 [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: http://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/content-files/files/22e_rapport_etat_du_mal-logement_en_france_2017_-_fondation_abbe_pierre.pdf
83. Observatoire des Loyers de l'Agglomération Parisienne. Evolution en 2015 des loyers d'habitation du secteur locatif privé dans l'agglomération parisienne [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.observatoire-des-loyers.fr/sites/default/files/olap_documents/rapports_loyers/Rapport%20Paris%202016.pdf
84. Rouff K. Face à l'horreur SDF.... février 2006 [cité 16 févr 2017];(784). Disponible sur: <http://www.lien-social.com/Face-a-l-horreur-SDF>
85. ATD Quart monde. Les plus pauvres interrogent notre système de santé. Journée préparatoire du séminaire santé du Mouvement ATD Quart-Monde. In cité des sciences de la Villette Paris; 2010. p. 70.
86. Farid Lamara, Nordine Djebarat. Réseau européen d'échanges et de coopération sur l'exclusion sociale et la santé des migrants Autriche, Espagne, France, Grèce, Portugal RESEAU SESAME.
87. Ducros D, Nicoules V, Chehoud H, Bayle A, Souche A, Tanguy M, et al. Les bases médico-administratives pour mesurer les inégalités sociales de santé. Santé Publique. 24 août 2015;27(3):383-94.

88. gueutier. La lutte contre la précarité [Internet]. Site de Rennes, Ville et Métropole. [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: <http://metropole.rennes.fr/politiques-publiques/culture-education-vie-sociale/l-action-sociale/la-lutte-contre-la-precarite/>
89. Quéré A. Un nouveau Resto du cœur à Rennes [Internet]. Site de Rennes, Ville et Métropole. 2016 [cité 8 mars 2017]. Disponible sur: <http://metropole.rennes.fr/actualites/education-vie-sociale-sante/vie-sociale/un-nouveau-resto-du-coeur-a-rennes/>
90. Anissa. 10 questions sur les permances d'accès aux soins de santé [Internet]. Gazette Santé Social. 2015 [cité 21 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.gazette-sante-social.fr/6365/10-questions-sur-les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante>

Serment d'Hippocrate modifié et actualisé pour les Médecins dentistes

Au moment d'être admis à exercer une profession médicale, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de préserver, de promouvoir ou de rétablir la santé dans toutes ses dimensions, physique et mentale, personnelle et sociale.

Pour cela, je travaillerai en partenariat respectueux avec mes confrères et avec toutes les autres professions qui partagent les mêmes objectifs.

J'aiderai les autorités sanitaires dans leurs efforts pour préserver et améliorer la santé de la population.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, d'ethnie, de classe sociale ou de revenus viennent s'interposer entre mes patients et moi.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

J'aurai comme objectif de prodiguer à mes patients les soins reconnus comme les plus efficaces par les sciences médicales du moment.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ces missions.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences et je considérerai comme un devoir absolu de perfectionner sans cesse celles-ci.

Je respecterai toutes les personnes, et leur autonomie.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je tiendrai compte de leurs choix et de leurs préférences pour leur procurer la qualité de vie la meilleure.

Je ne ferai rien pour forcer leur conscience.

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

POTIN Céline, JANVIER SAMUEL – Prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de précarité sur le bassin Rennais.

(nombre de feuillets paginés) f., ill., graph., tabl. [s'il y en a], 30 cm.- Thèse : Odontologie ; Rennes 1; 2017 ; N° 42.20.17. .

Résumé français

La précarité est un phénomène multidimensionnel de plus en plus présent dans notre société. Elle concerne différentes catégories de populations et touche plusieurs domaines (ressources, culture, état de santé... et accès et aux soins).

Le bassin rennais n'est pas épargné et présente une proportion importante de personnes en difficulté sociale. Ces dernières ont un besoin en soins bucco-dentaires non négligeable mais ne trouvent pas de structures adaptées à leurs besoins et modes de vie particuliers. En effet, différentes problématiques en lien avec la précarité et l'exclusion sociale peuvent être mises en évidence. En se basant sur ces dernières et en utilisant la méthodologie du cadre logique, nous en sommes arrivés à l'idée de proposer un projet de mise en place d'une structure de soins dentaires, au sein du CHU de Pontchaillou, pour une prise en charge spécifique (à la fois dentaire, sociale et psychologique) de ces patients, dans le cadre des Permanences d'Accès aux Soins de Santé créées par le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins institué par la loi du 29 juillet 1998.

Rubrique de classement : SANTE PUBLIQUE

Mots-clés : Santé bucco-dentaire, Précarité, méthodologie de projet, Permanence d'accès aux soins de santé,

Président : Monsieur Guy CATHELIN

JURY : Assesseurs : Mme Valérie BERTAUD-GOUNOT

Mme Gilda TROHEL

Mr Vincent MEURIC

Mr Jean-François PINEL