



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

Directeur d'hôpital

Promotion 2004

---

**ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN  
SITUATION PRÉCAIRE : LA NÉCESSITÉ  
D'UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE**  
*L'EXEMPLE DE LA PERMANENCE  
D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ  
DE CHARTRES*

---

Emmanuel LAVOUÉ

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenu pendant la réalisation de ce travail de recherche et plus particulièrement :

- M. Jean-Luc CHASSANIOL, pour votre aide précieuse dans la conception du mémoire, le temps que vous m'avez accordé et votre soutien amical
- M. Michel CALMON, pour votre lecture attentive de mes écrits et vos éclairages dans la présentation finale du document
- Mme Catherine PAUL, pour ton soutien tout au long de la rédaction, le temps que tu m'as laissé pour me consacrer à ce travail et ton oeil de lectrice
- M. Alexandre SARRIS, pour ton soutien amical et ton aide dans la conception du plan du mémoire
- Mme Chantal CATEAU pour ta lecture attentive et enthousiaste, ton accueil au centre de documentation de l'IFSI et ton soutien amical
- M. Jean LAVOUE, pour ton soutien et les conseils précieux que tu m'as donnés dans la rédaction de ce travail
- Mme Marie-Claude Kiefer pour ta lecture attentive du mémoire
- M. DURIEZ pour votre enthousiasme dans ce projet de PASS
- toutes les personnes qui ont accepté de répondre à mes questions au cours de l'enquête
- M. Joël CLEMENT, pour votre aide dans la définition du sujet
- toute l'équipe de l'équipe de direction des Hôpitaux de Chartres pour votre soutien
- tous les amis ainsi que ma famille pour tous ces petits gestes et cette attention que vous m'avez portée tout au long de ce travail

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 L'EVOLUTION DU SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE FRANÇAIS ET L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION PRECAIRE : DU CLOISONNEMENT DES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL VERS UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE ? .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Précarités et santé .....</b>	<b>1</b>
1.1.1 Précarités et exclusions .....	1
1.1.2 Personnes en situation précaire et besoins de santé.....	13
1.1.3 Les politiques publiques de lutte contre la précarité.....	19
<b>1.2 Les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation précaire.....</b>	<b>33</b>
1.2.1 Les personnes en situation précaire : les exclus d'un système ? .....	33
1.2.2 Accès aux soins des personnes en situation précaire : quelle mission pour les établissements publics de santé ?.....	38
1.2.3 Personnes en situation précaire et institution .....	48
1.2.4 La nécessité d'une prise en charge globale de la personne .....	53
<b>1.3 Pour un système de prise en charge globale des personnes.....</b>	<b>63</b>
1.3.1 Comment prendre en charge la santé des personnes en situation précaire ? .....	63
1.3.2 La nécessité d'une plus grande coopération entre les acteurs sanitaires et sociaux .....	75
1.3.3 Limites et perspectives d'un système de protection sociale organisé en réseaux.....	86
<b>2 LA RECHERCHE D'UN PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES EN SITUATION PRECAIRE : L'EXEMPLE DE LA PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE DE CHARTRES.....</b>	<b>93</b>
<b>2.1 Pourquoi une permanence d'accès aux soins de santé ? .....</b>	<b>93</b>
2.1.1 La précarité dans l'agglomération chartraine.....	93
2.1.2 Les acteurs sanitaires et sociaux de l'agglomération et la prise en charge des personnes en situation précaire.....	102
2.1.3 La création de la PASS de Chartres et ses spécificités .....	111
<b>2.2 Evaluation de quatre années de fonctionnement de la PASS de Chartres.....</b>	<b>119</b>
2.2.1 Une activité en constante augmentation.....	119

2.2.2	Les atouts d'un dispositif novateur .....	130
2.2.3	Un dispositif qui rencontre cependant certaines limites.....	140
<b>2.3</b>	<b>Une structure en mouvement.....</b>	<b>150</b>
2.3.1	La PASS de Chartres, un exemple parmi d'autres .....	150
2.3.2	Le travail en réseau : une nécessité.....	159
2.3.3	Vers une transformation plus générale du système de protection sociale français.....	168
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>181</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>187</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>		<b>I</b>
<b>ANNEXE N°1 : DEMARCHE A L'ORIGINE DE L'ETUDE CONDUITE SUR LA PASS DE CHARTRES : .....</b>		<b>II</b>
<b>A – Hypothèses : .....</b>		<b>II</b>
<b>B – Champ de l'étude : .....</b>		<b>IV</b>
<b>C – Outils utilisés : .....</b>		<b>IV</b>
1. Enquête par entretiens : .....		IV
2. Rapports d'activité des PASS : .....		VI
3. Comptes-rendus de réunions : .....		VI
<b>ANNEXE N°2 : ETUDE SUR LA PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE, UN EXEMPLE D'ENTRETIEN .....</b>		<b>VII</b>
<b>ANNEXE N°3 : BUDGET 2003 DE LA PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE DE L'AGGLOMERATION CHARTRAINE : .....</b>		<b>XV</b>
<b>ANNEXE N°4 : ACTIVITE DE LA PASS DE CHARTRES DEPUIS 2002 .....</b>		<b>XVI</b>
<b>ANNEXE N°5 : BILAN DES ACTIONS ENTREPRISES DANS LE CADRE DU SROS DIT DE «DEUXIEME GENERATION : ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION PRECAIRE AUX HOPITAUX DE CHARTRESXVII</b>		<b>XVII</b>
<b>ANNEXE N°6 : FICHE SIGNALETIQUE DE L'ETABLISSEMENT : .....</b>		<b>XXI</b>
L'Hôpital Louis Pasteur .....		XXI
L'Hôtel-Dieu .....		XXI
Saint-Brice.....		XXII
L'Institut de Formation en Soins Infirmiers .....		XXII

Capacité et activité du Centre Hospitalier .....XXII

---

## Liste des sigles utilisés

---

AME	aide médicale d'Etat
ARH	agence régionale d'hospitalisation
ASE	Aide sociale à l'enfance
ATD	Aides à toutes détresses
DDASS	direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS	direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DMS	durée moyenne de séjour
FAC	Foyer d'accueil chartrain
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
GHS	groupe homogène de séjour
PASS	permanences d'accès aux soins de santé
PMSI	programme médicalisé des systèmes d'informations
PRAPS	programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
RASSEL	réseau d'accès aux soins de santé d'Eure-et-Loir
SROS	schéma régional d'organisation des soins
SMUR	service mobile d'urgence et de réanimation
UCSA	unité de consultation et de soins ambulatoires

URCAM      union régionale des caisses d'assurance maladie

T2A        tarification à l'activité

## INTRODUCTION

A l'heure où le président de la République, Jacques Chirac, fait de la cohésion sociale la priorité de son mandat présidentiel<sup>1</sup> en particulier du fait de la recrudescence du chômage qui touche au 1<sup>er</sup> septembre 9,9% de la population active française, l'action publique en faveur des personnes en situation de précarité se voit relancée avec en particulier la présentation à l'Assemblée nationale du plan du ministre de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Jean-Louis Borloo. Nous entendrons au cours de ce travail la précarité au sens de la définition qui en fut donnée par Joseph Wresinski, fondateur du mouvement Aide à Toutes Détresses Quart-monde et auteur d'un rapport auprès du conseil économique et social en 1987 portant le titre : « Grande pauvreté et précarité économique et sociale ».<sup>2</sup> Selon cette définition, la précarité résulte de l'absence d'une ou plusieurs sécurités telles que l'emploi qui entraîne la personne dans une insécurité l'empêchant d'accéder à ses droits fondamentaux pour elle-même et sa famille. Cette définition montre bien les enjeux d'une action publique en faveur des personnes en situation de précarité confrontées à un cumul de handicaps. Permettre aux personnes en situation précaire d'accéder à leurs droits fondamentaux nécessite donc une action coordonnée des institutions publiques afin de pouvoir répondre aux difficultés rencontrées par ces publics qui sont le plus souvent intriquées les unes aux autres, l'absence de telle sécurité, telle que l'emploi, expliquant le plus souvent l'absence de telle autre sécurité, telle que le logement ou bien l'accès aux soins.

Cependant, **« l'évolution du système de protection sociale français qui a conduit au cloisonnement entre les secteurs sanitaire et social ne permet pas de prendre en charge les personnes en situation précaire qui ont besoin d'une prise en charge globale et rend nécessaire la création de permanences d'accès aux soins de santé offrant en un lieu unique l'accès à la fois aux services sanitaires et aux services sociaux »**. Telle est l'hypothèse principale que nous chercherons à démontrer au cours de cette étude. La très grande spécialisation des prises en charge, renforcée par les réformes des années 1970, aurait ainsi conduit à une séparation des secteurs sanitaire et social ne permettant pas à notre système de protection sociale de répondre aux besoins des personnes en situation précaire nécessitant une prise en charge globale. Le ministre de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Jean-Louis Borloo, semble partager notre

---

<sup>1</sup> Jacques CHIRAC, *Discours à la Mutualité*. Paris, jeudi 30 septembre 2004

<sup>2</sup> Joseph WRESINSKI, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Paris : Rapport pour le Conseil économique et social, 1987

point de vue puisque son plan de cohésion sociale consiste justement à apporter une réponse globale à l'ensemble des problèmes pouvant mettre en péril la cohésion de notre pays. Comme il l'exprime lui-même : « le plan de cohésion sociale adopte une démarche inédite consistant à traiter ensemble les grands problèmes qui mettent en péril la cohésion de notre pays. [...] Trop longtemps, une approche cloisonnée et morcelée des questions qui en fait se nourrissent les unes des autres a prévalu. Le but de ce plan est d'agir simultanément sur tous les leviers qui contribueront à briser cet engrenage et à établir le cercle vertueux de la réussite et de la cohésion. »<sup>3</sup>

Au cours de notre travail de recherche, nous tenterons aussi de nous interroger sur l'existence de liens spécifiques entre la précarité et la santé des personnes et plus particulièrement l'accès au système de santé français. La précarité des conditions de vie entraîne-t-elle une plus grande fragilité de l'état de santé des personnes ? Est-il possible d'expliquer l'apparition de certaines maladies par cette insécurité générée par l'absence d'emploi, l'absence de logement ou encore la perte de liens sociaux ? L'accès aux soins est-il plus difficile pour les personnes en situation précaire que pour le reste de la population française ?

Le choix de travailler sur ce thème remonte à trois années alors que nous poursuivions des études dans la majeure « Administration de la santé » à l'Institut d'Etudes Politiques de Paris. Au cours d'un stage de cinq mois à l'Hôpital Rothschild, nous avons eu l'occasion de produire une étude sur la transmission des informations à l'intérieur du service d'Hépatogastro-entérologie dirigé par le Professeur Gendre. Durant notre travail d'enquête, nous nous étions aperçu de la nécessité d'une prise en charge globale des personnes en situation précaire du fait de l'intrication des problèmes rencontrés par ces personnes. Ainsi, le Professeur Gendre ne s'intéressait pas seulement aux symptômes et à l'évolution de l'état de santé des patients mais aussi aux problèmes sociaux, à la situation financière, aux liens familiaux, à l'état psychologique de la personne. Les difficultés sociales des personnes peuvent parfois être à l'origine de la dégradation de leur état de santé. Parce qu'elles peuvent avoir des conséquences sur le moral des personnes et leur rétablissement, les difficultés sociales doivent aussi être prises en charge au même titre que la maladie. Comme nous l'écrivions alors : « on pourrait s'attendre à ce qu'un service de soins ne s'occupe que du côté à strictement parler « médical », mais je me suis aperçu très vite que le sens du métier de médecin ou de soignant n'était pas de

---

<sup>3</sup> Jean-Louis BORLOO, *Plan de cohésion sociale*. Paris : Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, 2004, p. 6

restreindre son activité au seul domaine de la maladie. Au contraire, les malades doivent être pris en charge de façon globale, dans toute leur personne, sur le plan médical comme sur le plan social, parce que l'un influe sur l'autre et inversement. »<sup>4</sup>

Dans la réponse globale aux besoins des personnes en situation précaire, les hôpitaux possèdent une place spécifique du fait de leur histoire et de l'image qu'ils représentent encore aujourd'hui pour une bonne part de la population. Dans un grand nombre de villes, l'hôpital reste aussi le seul lieu ouvert 24 heures sur 24 avec une mission d'accueil s'adressant à l'ensemble de la population. Comme nous le montrerons au cours de ce travail, pour les personnes en situation précaire, l'hôpital est même parfois la seule institution publique vers laquelle ces populations s'adressent encore. Forts de ce constat, les auteurs de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions<sup>5</sup> ont rappelé le rôle social des établissements publics de santé en les incitant en particulier à la création de permanences d'accès aux soins de santé. Ces permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont en ce sens un réel progrès puisqu'elles permettent aux personnes en situation précaire d'être prises en charge à la fois sur le plan sanitaire et à la fois sur le plan social.

Afin de démontrer notre hypothèse, nous avons choisi d'étudier le fonctionnement de ces permanences en prenant l'exemple de la PASS de Chartres, créée dans le cadre d'un partenariat entre les Hôpitaux de Chartres et le Foyer d'Accueil Chartrain, le principal centre d'hébergement et de réinsertion sociale de l'agglomération. Dans la perspective d'une telle étude, bénéficier d'un stage professionnel aux Hôpitaux de Chartres fut une réelle chance. Avant même la parution de la loi du 29 juillet 1998, une permanence médicale gratuite était créée à destination des personnes sans domicile fixe de l'agglomération. Si les Hôpitaux de Chartres ainsi que le Foyer d'Accueil Chartrain peuvent être considérés comme novateurs dans la prise en charge des personnes en situation précaire, ils le doivent à des personnalités qui, dès le début, ont su s'engager en faveur des plus démunis. Aujourd'hui, les Hôpitaux de Chartres et le Foyer d'Accueil Chartrain ont trouvé des relais certains dans les personnes du Docteur Duriez, chef de service des urgences du centre hospitalier, et de Monsieur Lepage, directeur du Foyer d'Accueil Chartrain, qui s'investissent fortement sur ce dossier de l'accès aux soins des plus démunis. L'intérêt d'une étude portant sur la permanence d'accès aux soins de santé provient aussi de ces personnes qui ont fait du dispositif un élément clef dans la réponse aux besoins de santé des personnes en situation de précarité. L'augmentation très forte,

---

<sup>4</sup> Emmanuel LAVOUÉ, *Transmission des informations au sein du service d'hépatogastro-entérologie*. Paris : Hôpital Rotschild, novembre 2001, p.4-5

ces dernières années, du nombre de personnes en situation précaire résidant sur le territoire de l'agglomération rend la question de leur prise en charge d'autant plus urgente, l'intérêt de notre sujet de mémoire n'en devenant que plus passionnant.

Réaffirmer le rôle social des établissements de santé est sans doute l'une des missions du directeur d'hôpital qui pour cela peut soutenir le développement des réseaux et les partenariats avec les institutions sociales et médico-sociales. D'une manière générale, la coopération avec les autres acteurs sanitaires et sociaux n'est-elle pas l'un des principaux enjeux du management hospitalier ?

Afin de répondre aux interrogations que nous venons de soulever, nous essaierons dans un premier temps de comprendre le phénomène de la précarité dans notre pays, ses conséquences sur l'état de santé et les difficultés d'accès aux soins des populations les plus démunies. Nous verrons aussi que malgré des évolutions positives récentes, notre système de santé qui s'est construit sur la séparation entre les secteurs sanitaire et social n'est pas adapté à la prise en charge des plus démunis. Enfin, nous essaierons de proposer des solutions afin de permettre à notre système de protection sociale d'évoluer vers une prise en charge globale.

Dans un deuxième temps, nous essaierons de montrer combien les permanences d'accès aux soins de santé constituent un dispositif novateur pour notre système de protection sociale permettant d'apporter une réponse globale aux besoins des personnes en situation précaire. Nous nous appuierons pour cela sur l'analyse du fonctionnement de la PASS de Chartres que nous comparerons aux dispositifs existant à Dreux et à Rennes.

.

---

<sup>5</sup> Loi n°98-657 *d'orientation relative à la lutte contre les exclusions*, 29 juillet 1998

# 1 L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE FRANÇAIS ET L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION PRÉCAIRE : DU CLOISONNEMENT DES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL VERS UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE ?

L'évolution de notre système de protection sociale a conduit à une séparation des secteurs sanitaire et social. La prise en charge des personnes en situation précaire qui fait appel à chacun de ces deux secteurs nécessite donc une réflexion de l'ensemble de notre système de protection sociale afin qu'il puisse répondre aux besoins de ces populations. Sans cette analyse des besoins de santé et de la difficulté d'accès aux soins générés par la précarité, notre système de protection sociale peut-il accomplir sa mission de protection de l'ensemble de la population française ?

## 1.1 Précarités et santé

*Un vieil homme, un jour, demanda au Père Joseph :*

*« Dis-moi, toi, dont les yeux ont vu tant de misère, vers qui tu pleures ? »*

*Le Père Joseph lui répondit :*

*« Toi l'ami, demande-moi plutôt : vers qui tu espères ? »<sup>6</sup>*

### 1.1.1 Précarités et exclusions

Les notions de précarité, d'exclusion, de marginalité ne renvoient pas toujours à des populations spécifiques, mais désignent davantage des processus entre intégration et désaffiliation. Définir ces phénomènes paraît donc relativement complexe. Nous tenterons cependant d'y parvenir afin d'analyser le phénomène de la précarité et son évolution en France.

A) Précarités, marginalités et exclusions : le choix des mots pour décrire une réalité complexe

L'exclusion est une notion floue qui ne désigne pas un groupe défini de personnes. Le terme « exclus » peut en effet désigner les sans domicile, les chômeurs, les personnes âgées, les personnes isolées. Plus qu'un phénomène substantiel, ce terme désigne une dynamique. Le processus d'exclusion est la dynamique qui conduit une personne à se retirer de la société, d'un système scolaire, familial, de santé, du monde du travail. Un individu peut ainsi se retrouver exclu du monde du travail, exclu d'une nation, exclu d'un pays ou encore exclu d'un système de santé. Toute la question de l'exclusion est d'en fixer son seuil, seuil qui délimite la population des exclus et fixe ainsi la limite du phénomène de l'exclusion.

Les marginaux sont par définition ces personnes qui vivent en marge de la société. Le terme sous-entend une idée de choix de vie : les personnes ont choisi librement de vivre en-dehors des règles établies. Certains marginaux, du fait de leur position peuvent également se retrouver exclus de certaines sphères sociales.

Le terme précarité désigne une réalité proche mais sensiblement différente. Du latin *precardius*, « ce qui s'obtient en priant », il sous-entend une forme de fragilité, d'insécurité, qui peut mettre la personne en difficulté dans son quotidien. Seule, la personne ne peut subvenir à l'ensemble de ses besoins : elle est contrainte de demander. En cas de rupture grave, la personne en situation précaire court le risque de se retrouver en situation de grande exclusion. Là encore, plus qu'un ensemble de personnes, la précarité désigne donc un phénomène dynamique.

L'un des premiers à avoir dénoncé la précarité au niveau de la sphère politique française est le père Joseph Wresinski qui dès 1957 créait le mouvement « Aide à Toutes Détresses Quart-monde » pour aider les familles vivant dans des conditions très difficiles. Dans son rapport au Conseil économique et social en 1987, ce précurseur écrit : « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de

---

<sup>6</sup> Alwine de VOS VAN STEENWIJK, *Père Joseph Wresinski, écrits et paroles*. Luxembourg : Editions Quart Monde, 1992

l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassurer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible. »<sup>7</sup> La notion de précarité couvre donc un champ beaucoup plus vaste que les deux termes précédents : il renvoie à toutes les insécurités qui peuvent priver un individu de ses droits fondamentaux que sont, l'accès au travail, à la citoyenneté, à la santé, à la culture, à la vie de famille. La précarité est donc en un sens beaucoup plus complexe puisque les origines de la précarité d'un individu peuvent être très diverses ; il convient alors de parler en termes de parcours individuel, de parcours de vie. La biographie de l'individu joue souvent un rôle fondamental dans l'explication de sa précarité : une rupture familiale, la mort d'un être cher, un accident, un licenciement, autant d'événement qui peuvent être à l'origine de la précarisation d'un individu. Chaque situation individuelle étant particulière, il n'y a donc pas à proprement parler une catégorie de population réunissant l'ensemble des personnes précaires. Et pourtant, il nous semble très pertinent d'observer comment notre société répond à ce phénomène de précarité, comment elle l'a prise en charge, comment les politiques publiques s'y attaquent, justement parce que chaque parcours individuel est différent. L'hypothèse que sous-tend ce travail est que répondre à la précarité implique de considérer la personne dans son entier, justement parce que jamais deux situations, deux parcours de vie ne sont semblables.

Dans la suite de cette étude, nous nous intéresserons donc à la population des personnes en situation de précarité au sens qu'en donne le père Wresinski, c'est-à-dire, la population des personnes connaissant une ou plusieurs insécurités les privant de l'accès à tout ou partie de leurs droits fondamentaux.

## B) Les théories de la précarité : origines de la précarité

*« Pauvres, ils ne le sont pas ; ils ne sont que privés de biens essentiels  
Et livrés du hasard, sans force et sans volonté  
Ils sont marqués du sceau d'une angoisse sans nom  
Et dépouillés de tout, même du sens de la pauvreté. » Rainer Maria Rilke*

Les notions de précarité et d'exclusion sont des notions relativement récentes dans la pensée théorique et qui sont apparues avec les sociologues tels que Durkheim qui a travaillé

---

<sup>7</sup> Joseph WRESINSKI, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Paris : rapport au Conseil Economique et Social, 11 décembre 1987

sur le concept de normalité : il montre en particulier comment toute société définit des normes qui encadrent les comportements et les attitudes des individus faisant partie de la société et rejetant hors de la société comme une maladie les comportements ne respectant pas ces normes.<sup>8</sup>

Pour Julien Damon, la notion de précarité est une notion neuve qui a émergé dans la sphère publique à partir des années 1970. Le sociologue, responsable de la recherche et de la prospective de la Caisse nationale des allocations familiales, met en parallèle l'émergence de ce débat avec la parution du livre de René Lenoir en septembre 1973 : *Les exclus*. L'auteur, à travers le phénomène de l'exclusion, expose la situation de nombreux groupes sociaux : les démunis et les marginaux, mais aussi toutes les personnes qui ne sont pas adaptées à la société du fait d'un handicap, d'une invalidité ou encore de leur âge, du fait de d'une maladie mentale. L'intérêt de cet ouvrage est qu'il tente d'expliquer le phénomène de l'exclusion en la présentant comme le résultat d'une inadaptation aux normes de la société. Dès 1973, René Lenoir estimait qu'un français sur dix était en situation d'exclusion ou bien se sentait exclu.

En reprenant des articles de presse sur les trente dernières années, Julien Damon parvient à distinguer plusieurs phases dans l'émergence de cette question à l'actualité de la société française.<sup>9</sup> Selon l'auteur, ce ne serait qu'à partir des années 1990 que l'exclusion serait entrée comme préoccupation majeure dans la sphère publique : les trois candidats favorisés pour l'élection présidentielle de 1995 avaient ainsi tous inscrits dans leur programme le projet d'une loi contre les exclusions. La rupture de 1995 est très nette avec en particulier la multiplication du nombre d'articles sur le sujet dans les grands quotidiens comme Le Monde. Julien Damon remarque également que la question de la précarité observe comme un cycle calqué sur les saisons. Chaque année, la journée mondiale de lutte contre la misère, le 17 octobre, relance dans l'actualité les débats sur la prise en charge des exclus : la société comme les pouvoirs publics se préoccupent alors de savoir comment héberger les sans domicile pendant la période hivernale. Depuis 2000, la notion d'exclusion serait de nouveau critiquée du fait de la reprise de la croissance. Julien Damon analyse le phénomène comme la « fatigue de la compassion » ; beaucoup s'expriment alors pour un retour des pauvres au travail. Si la précarité est devenue un sujet d'actualité en France, son approche dans la

---

<sup>8</sup> Emile Durkheim, *Le suicide*. Paris : PUF, 1991

<sup>9</sup> Julien DAMON, En quête du chiffre : trois décennies du nombre de SDF dans la presse. *Recherche et prévisions*, 2000, n° 60

presse et par les pouvoirs publics semble cependant partielle et s'attacher principalement aux personnes sans domicile fixe durant l'hiver, la presse comme les pouvoirs publics étant confrontés à la difficulté de cerner dans sa globalité un phénomène complexe et particulièrement hétérogène.

Les auteurs qui ont travaillé cette question de la précarité s'accordent pour présenter la précarité comme un processus et non comme une caractéristique de la personne qui permettrait de distinguer de façon nette les précaires des personnes non précaires.

Dans son ouvrage *La disqualification sociale*, Serge Paugam présente ainsi trois périodes dans la précarisation des personnes. Selon lui, tout parcours de disqualification sociale commence par une fragilité sociale dont les motifs peuvent être très divers. C'est ce qu'il nomme dans *La société française et ses pauvres*<sup>10</sup> « les lignes de fracture ». Ces lignes de fracture se regroupent autour de deux grands axes : la dégradation du marché de l'emploi depuis le début des années 1980 et la fragilité des liens sociaux du fait en particulier de l'instabilité du lien familial et de l'affaiblissement des solidarités sociales. Cette fragilité débouche sur ce que nomme Serge Paugam « une crise du lien social » manifestée dans « l'éclatement des cités ghettos » et les « difficultés des services d'action sociale » qui ne parviennent plus à exercer leurs missions de prévention et d'accompagnement social. Dans ces circonstances, les travailleurs sociaux sont parfois contraints de limiter leur action à l'aide financière et l'ouverture de droits. Cette « nouvelle pauvreté », exposée par Serge Paugam, se caractériserait par une deuxième phase, celle de l'assistanat : la population des exclus relevant de cette phase bénéficient alors d'une prise en charge par les organismes d'assistance. C'est une phase durant laquelle les personnes prennent conscience de leur dépendance vis-à-vis de la société. Ils ne sont plus dans la société, mais sont assistés par cette société. Les personnes vivent alors du RMI, des allocations de solidarité. Enfin, les assistés peuvent tomber dans la marginalité, phase dans laquelle les personnes ne sont même plus assistés. C'est la phase de la stigmatisation durant laquelle les personnes « doivent endurer quotidiennement l'épreuve de la réprobation sociale »<sup>11</sup>. Serge Paugam dans son concept de disqualification montre bien l'importance du regard de la société sur ses pauvres qui ne correspondent plus à la norme et de ce fait en sont exclus. Ce concept montre aussi combien la précarisation est un processus en mouvement et confirme notre intuition selon laquelle il n'y a pas une population précaire, mais un ensemble d'individus

---

<sup>10</sup> Serge PAUGAM, *La société française et ses pauvres*. Paris : PUF, 1993, coll. Quadrige, p.52-77

<sup>11</sup> *Id.*, *La disqualification sociale*. Paris : PUF, 1991, coll. Sociologies, p. 118

ayant chacun leur trajectoire de vie, trajectoire instable pouvant déboucher sur la grande exclusion du fait de fragilités initiales.

Ce qui nous semble important dans ces analyses sociologiques, c'est aussi que la précarité ne se limite pas à la pauvreté dont le seuil est par ailleurs toujours difficile à fixer. Les causes de la précarité sont multiples parmi lesquelles la pauvreté économique n'est qu'une composante d'un phénomène beaucoup plus complexe trouvant ses origines à la fois dans l'instabilité professionnelle et dans l'instabilité des liens sociaux

A la suite de ce développement, nous pouvons définir la grande exclusion comme l'aboutissement du processus de précarisation qui renvoie à une fragilité initiale. L'un des premiers à avoir analysé la grande exclusion au travers en particulier de la figure des sans domicile fixe est Alexandre Vexliard<sup>12</sup>. Dès les années 1950, il présente une théorie selon laquelle les clochards suivent eux aussi une trajectoire en plusieurs phases. Dans la première phase, la phase d'agression, les personnes se révoltent et revendiquent leurs droits. La deuxième phase correspond à une phase de dépression au cours de laquelle la personne se déprécie. Puis la personne se résigne à son sort de clochard : elle organise sa vie dans la rue, c'est ce que Alexandre Vexliard nomme la phase de fixation. Enfin, la trajectoire peut conduire la personne jusqu'à une phase d'abandon où la personne n'est plus capable de se prendre en main. Si elle n'est pas secourue, elle se laisse mourir sans s'en rendre compte sous l'effet de l'alcool et des drogues. Cinquante années après, cette analyse du psychosociologue est encore tout à fait d'actualité et bon nombre d'hommes politiques et de chercheurs y font référence. Dès 1950, Alexandre Vexliard présentait déjà son analyse de la population des personnes sans domicile fixe selon un processus dynamique. On n'est pas clochard, on le devient.

L'analyse de Robert Castel permet d'aller plus loin en recherchant les origines de l'exclusion sociale. En présentant une chronique du salariat remontant jusqu'au quatorzième siècle, *Les métamorphoses de la question sociale*<sup>13</sup>, l'auteur tente de rechercher les mécanismes à l'origine de l'intégration sociale. Selon Robert Castel, la cohésion sociale et l'intégration dans la société ont deux origines parallèles : d'une part l'existence d'un travail stable et d'autre part celle d'une zone relationnelle stable. Sont intégrées socialement les personnes bénéficiant à la fois d'un emploi stable et de liens sociaux solides. Les personnes en

---

<sup>12</sup> Alexandre VEXLIARD, *Le clochard*. Paris : DDB, 1999

<sup>13</sup> Robert CASTEL, *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris : 1995

situation précaire sont celles qui perdent l'une ou l'autre de ces sécurités que constituent l'emploi et les relations sociales. Il est à remarqué d'ailleurs que ces deux sécurités se complètent l'une l'autre, le travail étant déjà un lieu de relations sociales et les relations sociales pouvant permettre parfois d'accéder à l'emploi. Tout individu qui perd l'une de ces deux composantes de l'intégration sociale devient vulnérable et court le risque de la désaffiliation qui est la dernière phase du processus d'exclusion. La personne est désormais sans travail et donc sans ressources et ne peut même plus compter sur son entourage pour l'aider. Elle est donc contrainte de se tourner vers les institutions publiques pour échapper à la misère.

Julien Damon dans « Qui sont les sans domicile fixe ? » va plus loin dans son approche de cette population des grands exclus. S'il présente aussi le sans domicile fixe dans une trajectoire à trois phases, « la fragilisation », « la routinisation » et « la sédentarisation »<sup>14</sup> en écho aux travaux d'Alexandre Vexliard, Julien Damon s'attache au caractère hétérogène de la population des sans domicile fixe. « Le vécu de l'un, en termes de revenu, de lien social ou de logement ne correspondant pas à la situation d'un autre »<sup>15</sup>. La population des sans domicile fixe évolue également sans cesse avec de nouveaux sans domicile fixe et des personnes qui arrivent à s'en sortir et à trouver un logement fixe. Les sans domicile fixe sont « des acteurs sociaux, agissant selon des croyances, effectuant des choix, développant des stratégies à plus ou moins long terme, et ayant des opinions, des idées, des valeurs. Leurs décisions peuvent être mal comprises mais ne sont pas pour autant irrationnelles. »<sup>16</sup>

L'ensemble des auteurs explorés au cours de ce développement s'accordent pour souligner l'hétérogénéité de la population en situation précaire, la diversité des situations individuelles, des parcours de vie, des origines de ce processus. Au-delà des situations individuelles, il est cependant possible de distinguer une forme commune de la trajectoire de la précarisation qui comprend un certain nombre de phases et trouve son origine dans l'instabilité de la situation professionnelle et des liens sociaux. C'est ce qu'exprime Isabelle Parizot, sociologue, citée par le Docteur Ducloux dans son rapport de la Commission nationale permanente adopté par le Conseil national de l'Ordre des médecins en juin 1999 : « Les personnes concernées ne forment pas une communauté sociale, ni même un groupe statistique saisissable par des critères socio-économiques traditionnels. Elles sont

---

<sup>14</sup> Julien DAMON, Les sans domicile fixe. *Regards sur l'actualité*, Avril 1999, p. 48-49

<sup>15</sup> *Id.*, Qui sont les sans domicile fixe ? *Sciences humaines*, Janvier 2003, n°134, p. 8-9

<sup>16</sup> *Loc. Cit.*

confrontées à un ensemble hétérogène de situations instables, génératrices de difficultés diverses. Bien souvent, elles n'ont en commun que la forme de leur trajectoire, marquée par un cumul de handicaps et une dissociation progressive des liens sociaux. Aussi, faut-il envisager la pauvreté, non comme un état, mais comme un processus multidimensionnel, susceptible d'écarter toujours davantage de l'activité économique diverses franges de la population, et de conduire à la rupture du lien social. »<sup>17</sup>

### C) La précarité, un phénomène en expansion ?

Après avoir constaté la complexité de la précarité et la difficulté d'identifier la population des personnes en situation précaire, nous allons à présent tenter de mesurer l'importance de cette population en France.

Le Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale présente la population active française partagée en trois catégories : la population intégrée économiquement et socialement qui représente 80,2% des 25 millions d'actifs soit 20,1 millions d'individus, la population fragile économiquement et socialement qu'il évalue à 3,6 millions d'individus soit 14,5 % de la population française et la population en retrait, 5,2% de la population active soit 1,3 millions d'individus.<sup>18</sup> Selon l'INSEE, la population en dessous du seuil de pauvreté a faiblement diminué depuis 1984 et couvre 7% de la population française si l'on retient le seuil de 50% (seuil français) du revenu médian et 13% pour un seuil à 60% (seuil européen). Par contre, sa physionomie s'est beaucoup transformée. En 1984, deux populations distinctes étaient les plus touchées par la pauvreté : les personnes âgées et les jeunes. La situation des personnes âgées s'est nettement améliorée avec la revalorisation des minima sociaux alors que celle des jeunes s'est profondément détériorée, la proportion des pauvres chez les moins de 25 ans ayant doublé depuis 1984 pour atteindre aujourd'hui 20% des 15-25 ans.<sup>19</sup>

Comme cela a été souligné dans notre développement précédent, l'approche de la précarité ne peut cependant se limiter à la pauvreté et il nous faut donc croiser les indicateurs pour

---

<sup>17</sup> Isabelle PARIZOT, citée par le docteur Michel DUCLOUX dans *Rôle du médecin face à la précarité, Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins*, 5 juin 1999

<sup>18</sup> *Documents du CERC*, 1993

<sup>19</sup> *INSEE Première*, décembre 2003, n°942

obtenir une vision élargie de ce phénomène sur le territoire français. Si 4,5 millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté, 1,6 millions vivent sans douche ni toilettes.<sup>20</sup> Les personnes vivant en logement précaire sont évaluées à 500 000 alors que les sans domicile fixe seraient 200 000 selon une étude récente de l'Organisation des nations unies<sup>21</sup> : trois personnes sur 1 000 n'auraient pas de logement fixe. Même si ces chiffres peuvent paraître alarmants, il convient de les comparer aux chiffres observés dans d'autres pays européens. Ainsi en Allemagne, le nombre de sans domicile fixe est évalué à 500 000, ce qui représente 5 habitants sur 1 000.

Comme le précisent les sociologues dont nous avons présenté les théories dans le développement précédent, l'un des plus grands facteurs d'intégration dans la société française est l'emploi et la stabilité de celui-ci. La précarité se mesure donc aussi par l'absence d'emploi ou la précarité de celui-ci. Selon les dernières données du ministère de l'Emploi parus en juin dernier, après avoir fortement diminué entre 1996 et 2001, le nombre de chômeurs augmente régulièrement pour atteindre en 2004 9,7% de la population active, ce qui représente 2,5 millions de personnes à la fin mai 2004. Ce chiffre mérite cependant d'être nuancé. En effet, dans son recensement du nombre de chômeurs, le ministère de l'Emploi ne comptabilise pas les personnes ayant travaillé au moins 78 heures le mois précédent, les personnes qui recherchent un contrat à durée déterminée ou un temps partiel et les chômeurs des Départements d'Outre-Mer. Comme le précise Louis Maurin dans le numéro d'Alternatives Economiques du mois de septembre, « la France compte – de façon tout à fait officielle – 4 millions de demandeurs d'emploi, soit 1,5 millions de plus que l'affichage habituel. Et un taux qui avoisine plus les 15% que les 10%. » A cela, il convient également de rajouter les 2,9 millions d'emplois précaires et les 1,2 millions de personnes qui sont en sous-emploi puisque travaillant pendant une durée hebdomadaire inférieure à celle qu'ils souhaiteraient.<sup>22</sup> Au total, ce sont donc 8,1 millions de personnes qu'il convient de ranger dans la catégorie des travailleurs précaires, soit 30% de la population active. Pour les chômeurs qui sont indemnisés par l'Unedic – 51,6% de l'ensemble des chômeurs – la moitié touchaient moins de 834 euros par mois au 31 décembre 2003<sup>23</sup>. La population des personnes indemnisées a été fortement diminuée par le nouveau calcul des indemnités précisé par l'Unedic l'été dernier et qui a soulevé la colère des associations de défense des

---

<sup>20</sup> Dany STIVE, Les perdants de la France qui gagne. *L'humanité Hebdo*, 29-30 novembre 2003, p.4

<sup>21</sup> ONU, *L'exclusion dans le monde*, 14 septembre 2004

<sup>22</sup> Louis MAURIN, 4 millions de chômeurs. *Alternatives économiques*, n°228, septembre 2004, p.54

<sup>23</sup> Camille DORIVAL, Les Rmistes sont-ils des profiteurs ? *Alternatives économiques*, n°228, Septembre 2004, p.55

chômeurs : certaines personnes ont ainsi perdu jusqu'à six mois d'indemnités. Pour des populations déjà fragilisées par l'absence d'emploi, une telle réforme ne peut contribuer à les plonger dans une précarité encore plus grande.

A ces chiffres, il convient d'ajouter celui des personnes allocataires d'un minimum social, 3,3 millions de personnes à la fin 2002. Depuis, ce nombre a augmenté du fait en particulier de l'augmentation du nombre de personnes bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI) qui a progressé de 9% entre mars 2003 et mars 2004<sup>24</sup>. Avec un montant fixé à 417 euros par mois, le RMI se situe loin en-dessous du seuil de pauvreté évalué par l'INSEE à 602 euros par mois. Comme le précise Camille Dorival pour Alternatives économiques, « avec 417 euros par mois pour une personne seule, il semble pourtant difficile de se contenter du RMI pour vivre correctement. »<sup>25</sup> Contrairement à ce que peut penser une majorité des Français, vivre avec le RMI n'est donc pratiquement jamais un choix : si les personnes bénéficient du RMI, c'est le plus souvent parce qu'elles n'ont pas trouvé de travail ou bien que leur rémunération est trop faible pour pouvoir en vivre. Ainsi plus qu'un quart des personnes bénéficiaires du RMI, de l'allocation de solidarité spécifique ou de l'allocation parent isolé occupent un emploi mais dont le salaire n'est pas suffisant pour vivre sans le versement d'un minimum social.<sup>26</sup> La création du revenu minimum d'activité (RMA) par le gouvernement Raffarin ne permettra donc pas de diminuer le nombre de bénéficiaires de ce minimum social sans une relance du marché de l'emploi.

La typologie des personnes en situation précaire a elle aussi évolué. Comme le précise Pierre de Poret, Président de la Fédération Française des Banques Alimentaires, « la typologie des mal nourris a évolué : beaucoup de réfugiés, davantage de jeunes (18-30 ans) et toujours plus de femmes seules ou avec des enfants ».<sup>27</sup> La population sans domicile fixe en est un excellent exemple puisque la proportion de femmes augmente régulièrement atteignant aujourd'hui 20% dans une population traditionnellement masculine. Xavier Emmanuelli, fondateur du Samu social et ancien secrétaire d'Etat en charge de l'humanitaire d'urgence, explique cette évolution dans son livre *Out* : « La mutation des modes de vie, des modèles familiaux, du monde du travail met désormais à mal cette sorte d'« immunité » féminine. L'instabilité des couples, la précarité grandissante des métiers peu qualifiés,

---

<sup>24</sup> *Ibid.*, p.53

<sup>25</sup> Camille DORIVAL, *op. cit.*

<sup>26</sup> *Ibid.*, p. 56

<sup>27</sup> Pierre de PORET cité par Dany STIVE dans *l'Humanité Hebdo*, 29 et 30 novembre 2003, p.4

l'éclatement des familles, ont comme conséquence l'apparition sur nos pavés de femmes de plus en plus jeunes. »<sup>28</sup>

L'exclusion touche aussi de plus en plus de familles sans papiers, qui du fait de l'absence de droits ne peuvent accéder à l'emploi ni à l'aide publique. Au-delà de la situation irrégulière qui empêche ces personnes d'accéder à l'emploi et donc aux ressources nécessaires pour pouvoir se loger et assurer des conditions de vie décentes pour elles-mêmes et leur famille, les populations étrangères rencontrent des problèmes de langue qui rendent difficiles l'intégration dans la société, la possibilité de se repérer dans un pays inconnu et l'accès aux droits.

Dans son livre « Out », Xavier Emmanuelli examine les nouvelles formes d'exclusion et en particulier celles qui touchent les enfants et les personnes âgées. A travers le monde, de plus en plus d'enfants vivent dans la rue ; dans des pays tels que le Brésil ou l'Equateur, le phénomène est tel que des milices assurent des descentes dans les quartiers défavorisés pour liquider ces enfants « en trop ». Comme le précise Xavier Emmanuelli, « à travers le monde, ce phénomène va grandissant, qui dévore les petits d'hommes et met à mal notre humanité »<sup>29</sup>. En France, nous pourrions nous sentir protégés de cette évolution et pourtant, le nombre d'enfants vivant dans la rue est en augmentation dans notre pays. Rien qu'à Paris on recenserait 2500 enfants sans abri, des enfants d'origines roumaine, chinoise ou sri-lankaise, pour la plupart qui vivent de la prostitution ou bien travaillent dans des ateliers clandestins. Pour tenir, la plupart de ces enfants se droguent. Les enfants en situation de précarité ne sont pas seulement les enfants qui vivent dans la rue. En France, selon l'INSEE, 1,790 millions d'enfants – sur les 15 millions de moins de dix-huit ans que compte la France – vivent en-dessous du seuil de pauvreté. Parmi eux, 960 000 vivent dans une famille touchant un minimum social. Deux facteurs déterminants augmentent le risque de pauvreté des enfants : l'absence d'emploi des parents et le fait de ne vivre qu'avec un seul de ses deux parents. Nous retrouvons ici les deux facteurs de la précarité dégagés par les théories de la pauvreté : l'absence d'emploi stable et l'absence de liens sociaux stables. Les minima sociaux et les prestations sociales ne suffisent pas toujours puisque 5% des enfants de moins de trois ans vivent en-dessous du seuil de pauvreté y compris lorsque l'on intègre l'ensemble des prestations sociales versées à la famille. Cette proportion augmente avec l'âge des enfants, un certain nombre de prestations n'étant versées que pour les enfants en bas âge. Là encore, la seule approche en terme de pauvreté ne suffit pas à donner un aperçu de l'ampleur du phénomène. Il convient de croiser à cette première approche une

---

<sup>28</sup> Xavier EMMANUELLI, *Out*. Paris : Robert Laffont, 2003, p. 214

<sup>29</sup> *Ibid.*, p.194

analyse en termes de conditions de vie des enfants. L'étude sur les conditions de vie des enfants proposée par l'INSEE fixe 21 items renvoyant aux thèmes du logement, des biens et équipements des ménages, de la consommation et de la situation financière des familles. Pour chaque enfant, l'INSEE comptabilise ensuite le nombre d'items dont l'enfant peut être privé. La pauvreté en conditions de vie est définie comme le fait de comptabiliser au moins 6 items dont l'enfant est privé. Selon cette étude, on comptabiliserait ainsi 1,4 millions d'enfants pauvres en conditions de vie, soit 10,5 % des enfants français. Ce chiffre augmente nettement dans les familles monoparentale ou nombreuses.<sup>30</sup>

Si la pauvreté des personnes âgées a diminué fortement ces dernières années comme nous avons pu le montrer précédemment, il n'en reste pas moins qu'un nombre important de personnes âgées demeurent dans une grande précarité. Dans une société lancée dans une course à la performance, les personnes âgées rencontrent des difficultés pour trouver leur place et sont souvent renvoyées à leur position de dépendance vis-à-vis de la population active. Ainsi, les personnes âgées sont peut-être parmi les premières victimes de cette crise du lien social dont parle Serge Paugam ; alors qu'elles sont les vecteurs de transmission de la mémoire au sein des familles, que dans les sociétés traditionnelles elles occupaient une place centrale, nos sociétés les présentent souvent comme inutiles. Comme l'écrit Xavier Emmanuelli : « un nouveau pan de la société est de plus en plus aux prises avec la maladie du siècle. Ils ne sont pas performants, ils n'intéressent pas leurs proches, ils sont dévalorisés au regard de l'idéologie dominante : ce sont les vieux, et ce qualificatif s'applique dès la retraite. Dans ce dernier terme se concentrent les dimensions de l'âge, de la non-productivité et du retrait hors du noyau intense de la vie collective. Trois motifs d'exclusion. »<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Fabien DELL, Nadine LEGENDRE et Sophie PONTHEUX, La pauvreté chez les enfants. *INSEE Première*, avril 2003, n°896

<sup>31</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p. 219

## 1.1.2 Personnes en situation précaire et besoins de santé

Comme nous l'avons vu dans ce premier temps, la précarité est un phénomène complexe aux formes multiples et qu'il est difficile d'appréhender sans faire des catégories arbitraires ne reflétant pas tout à fait la réalité de ce que vivent les personnes concernées. Pourquoi s'interroger sur les liens entre précarité et santé ? Les personnes en situation précaire ont-elles un rapport à leur santé spécifique ? Peut-on parler de la santé des personnes en situation précaire au regard de la santé des autres Français ? Nous formons l'hypothèse selon laquelle la précarité, les situations de précarité et en particulier celles de grande exclusion ont de fortes répercussions sur l'état de santé des individus. De ce fait, les personnes en situation précaire ont des besoins de santé spécifiques qui les distinguent dans leur demande de santé par rapport au reste de la population. Enfin, la précarité peut aussi constituer une barrière empêchant la personne d'accéder aux soins de santé. C'est ce que nous tenterons de démontrer dans le développement suivant.

### A) Précarité et rapport au corps

Les personnes en situation de précarité n'accordent pas à la santé la même importance que le reste de la population. La fragilité de leurs conditions de vie, de leurs liens sociaux, l'instabilité de leur emploi, autant de sujets qui préoccupent les personnes en situation précaire et les empêchent de s'inquiéter de leur propre santé. Ceci est d'autant plus marquant pour les familles. Lorsqu'ils sont encore en capacité de le faire, les parents investissent toutes leurs ressources, toute leur énergie pour que leur enfant ne manque de rien. Leur propre santé ne passe qu'après<sup>32</sup>.

Ce constat est encore plus fort chez les personnes en situation de grande exclusion. Les grands exclus ont le plus souvent perdus un certain nombre des codes qui sont nécessaires à la vie en société. Le premier de ces codes est très probablement celui du corps. « On les appelle les grands exclus. Ils ont tellement perdu le contact avec le monde que le délabrement tragique de leur corps ne suscite chez eux ni affolement ni inquiétude. »<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Emmanuel LAVOUÉ *Enquête par entretiens sur la PASS de Chartres*. Chartres : juillet août 2004, entretien n°4, p.18

<sup>33</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p.15

Xavier Emmanuelli explique ce phénomène non pas par la négligence des personnes, leur laisser aller mais par le déficit d'image que les personnes en grande exclusion peuvent avoir d'elles-mêmes. Elles sont tellement délaissées, isolées, qu'elles n'ont plus d'idéal d'elles-mêmes. C'est comme si l'exclusion détruisait l'image qu'un individu peut avoir de lui-même. Les individus se sentent tellement inutiles, tellement en-dehors qu'ils n'attendent plus rien du futur, qu'ils n'espèrent plus en rien. Sans futur, les individus ne se projettent plus eux-mêmes et n'ont plus d'idéal de leur personne à atteindre. Leur corps leur est comme indifférent. « Ils n'ont pas d' « idéal du moi » à soigner ou au contraire à piétiner ou à négliger. Ils ne cherchent pas à avoir un aspect. Ils n'ont pas de représentation de leurs corps. Du coup, la préoccupation en ce qui concerne leur santé ne peut se faire jour. Bien sûr, ils éprouvent la douleur ou le froid. Mais ces sensations, qui pour nous déclenchent une sonnette d'alarme, une inquiétude quant à notre intégrité corporelle, restent pour eux au niveau purement sensitif. Le mécanisme qui ferait prendre conscience de leur signification fait défaut. C'est comme s'ils n'avaient pas de perception du danger venu du corps. »<sup>34</sup> Ce qui définit la population des grands exclus au regard du rapport à la santé, c'est donc l'absence de demande de soins. Les personnes sont tellement en rupture que leur propre dégradation ne les soucie plus.

Le deuxième code qui le plus souvent est perdu par les personnes en grande exclusion, c'est celui du temps. Nous avons déjà évoqué ci-dessus le fait que les personnes aient du fait de leur condition perdu tout espoir, toute idée d'un futur. Ces individus sont aussi le plus souvent en rupture avec leur passé, en rupture avec leur famille, leurs amis. Le passé est alors oublié, la personne n'existant plus que dans le seul temps du présent. « Le temps pour eux a perdu sa flèche, il n'est plus qu'une succession de moments identiques dans leur insignifiance. Il ne coule pas. Il ne passe pas. Il ne tend pas. Il stagne. »<sup>35</sup> Les personnes en grande exclusion se retrouvent dans un éternel présent, temps dans lequel il s'agit avant tout de trouver de quoi survivre, de quoi manger, boire ou se droguer. Du fait de cette temporalité limitée, la santé, un état de santé qui se dégrade ou qui s'améliore, une toux anormale ou bien une douleur soudaine ne deviennent prioritaires que lorsqu'ils empêchent la personne de se déplacer pour répondre à ses besoins vitaux. Il faut déjà survivre. Pour ces populations, la santé n'est une priorité qu'en cas d'urgence sanitaire. En conséquence, la porte d'accès au système de santé est bien souvent limitée au service des urgences pour des prises en charge très lourde. Cette absence de demande de santé entraîne en effet des

---

<sup>34</sup> *Ibid.*, p.73

<sup>35</sup> *Ibid.*, p. 13

lourdes conséquences pour la santé des personnes en situation précaire. Des maux légers qui pourraient être traités sans problème en médecine de ville s'aggravent et se transforment parfois en urgence vitale faute de prise en charge suffisamment en amont. Les grands exclus souffrent de cette absence de conscience du temps, de cette absence de futur dans lequel se projeter ; ne pas avoir de futur c'est tout simplement perdre la notion du sens. Les personnes en grande exclusion ne savent plus qui elles sont puisqu'elles ont perdu leur passé et ne savent pas non plus où elles vont : souffrance lourde pour ces personnes qui attendent avant tout une destinée et qui vont subir les aléas de la vie jusqu'à leur mort.<sup>36</sup>

A l'inverse, l'état de santé peut générer de l'exclusion : certaines maladies, un accident, certains traitements entraînent parfois l'impossibilité pour la personne de poursuivre son travail. La perte d'autonomie du fait de la maladie nécessite parfois une aide spécifique afin de pallier aux problèmes de dépendance. Certains actes du quotidien ne sont plus possibles pour la personne. La personne hospitalisée peut aussi se retrouver fragilisée du fait de la séparation avec son milieu familial, du changement culturel, des règles qui lui sont imposées.

## B) Des maladies spécifiques ?

Nous pourrions penser que la précarité des conditions de vie dans lesquelles vivent certaines populations engendrent des maladies et des besoins de santé propres à ces populations. Les études réalisées sur ce sujet montrent au contraire que les maladies relevées auprès de ces populations en situation de précarité sont les mêmes que celles observées dans le reste de la population française. Cependant, les fréquences d'apparition de ces maladies ne sont pas les mêmes, certaines maladies étant plus fréquemment observées auprès des personnes en situation précaire du fait de leurs conditions de vie. Par ailleurs, les conséquences de ces maladies ne sont pas les mêmes. L'accès aux soins étant plus difficile pour ces populations, lorsqu'elles sont prises en charge, les personnes en situation précaire sont le plus souvent dans un état de santé très détérioré.

Sur le plan comportemental tout d'abord, les populations en situation de précarité consomment davantage de drogues, d'alcool, de tabac, de tranquillisants et d'anti-

---

<sup>36</sup> *Ibid.*, p. 127

dépresseurs. Ces conduites à risque peuvent s'expliquer par le mal-être de ces populations qui trouvent là un peu de plaisir dans des vies parfois ravagées. Selon les études conduites par le CREDES, 52% des chômeurs masculins fument contre 36% des actifs et la consommation d'alcool serait trois fois supérieure chez les chômeurs que dans la population active. Ces consommations accrues de drogues, d'alcool et de tabac entraînent des conséquences néfastes pour la santé des individus mais traduisent aussi des troubles psychosomatiques plus fréquents liées en particulier à la précarité de l'emploi. Selon le CREDES, la précarité des personnes se traduirait aussi par la fréquence des troubles du sommeil, de céphalées et de gastralgies. Ces symptômes atteignent en priorité les femmes en situation de précarité puisqu'elles seraient atteintes en moyenne 2,4 fois plus de psychoses que les autres femmes actives, 1,9 fois plus de troubles du sommeil et 1,6 fois plus d'état d'angoisse.<sup>37</sup>

Les pathologies les plus fréquentes chez les personnes en situation de précarité sont aussi liées à l'absence de soins, au défaut d'hygiène qui peut aller chez les plus désaffiliés jusqu'au désintéressement de son propre corps. Ainsi les pathologies dermatologiques sont-elles plus fréquentes du fait de l'absence d'hygiène : « gale, ulcère surinfecté, parasitose, pédiculose entraînant des surinfections bactériennes ou parasitaires ».

Les pathologies infectieuses sont également plus fréquentes en particulier chez les grands exclus : les infections par l'hépatite C et le virus VIH sont d'autant plus graves que la majorité des individus concernés ne se font pas soignés et ne se font traités qu'en phase terminale<sup>38</sup>.

Les pathologies rhinopharyngées et broncho-pulmonaires sont aussi très fréquentes du fait du tabagisme mais aussi des conditions de vie des personnes en situation précaire ; en hiver, beaucoup ne disposent pas d'un logement chauffé. Les bronchites chroniques, les pneumologies aiguës, les rhinites, les otites, sinusites, angines et trachéo-bronchites sont ainsi plus fréquentes chez les démunis mais aussi la tuberculose pour laquelle on observe une recrudescence importante ces dernières années. Comme le souligne Xavier Emmanuelli, « les chiffres sont accablants : sur 100 000 habitants, on compte 11 cas pour la population générale de la France ; à Paris, où il existe des quartiers d'exclusion, le chiffre passe à 49 cas ; dans la population d'exclus que nous recevons, il atteint plus de 175 cas

---

<sup>37</sup> Michel Ducloux, *Rôle du médecin face à la précarité*. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins, 5 juin 1999, p. 6

<sup>38</sup> *Ibid.*, p. 7

pour 100 000, soit autant que dans les pays du tiers-monde ». <sup>39</sup> Cette recrudescence de la tuberculose est inquiétante et demande à ce que des moyens importants soient mobilisés afin de permettre un dépistage généralisé ; il s'agit de maîtriser une épidémie qui pourrait s'étendre à l'ensemble de la population. La sauvegarde de la santé des personnes en situation précaire a donc aussi parfois des répercussions sur la santé de la population toute entière. Comme l'écrit Xavier Emmanuelli à propos de la tuberculose : « le BK ne connaît ni les strates sociales, ni les races, ni les ethnies. Dans cette mesure, lutter contre la tuberculose chez les exclus est un devoir de santé publique qui protège les inclus. » <sup>40</sup>

Du fait de la malnutrition et de l'importante consommation d'alcool, les pathologies du tube digestif sont aussi très fréquentes : le défaut d'hygiène buccodentaire, les carences vitaminiques et l'alcoolisme génèrent des symptomatologies fréquentes telles que le diabète ou encore des problèmes dentaires débouchant parfois sur des infections graves faute de soins appropriés. Au total, 91,4% des personnes en situation précaire rencontreraient des problèmes dentaires. <sup>41</sup>

Enfin, les pathologies psychiatriques sont aussi fréquemment rencontrées au sein de la population des personnes en situation précaire. Le Docteur Danan, psychiatre, président du conseil de l'ordre des médecins du conseil départemental de l'Hérault, voit deux origines distinctes dans la fréquence de ces pathologies qui constituent selon lui deux cohortes de personnes. La première correspond à des individus à la personnalité fragile ou pathologique : instables, déséquilibrés psychique, débiles légers, immatures, personnalités limites, psychoses cicatrisées. Pour la plupart, ils ont souffert d'une carence affective dès l'enfance du fait de familles déstructurées, sont malades et nécessiteraient des soins importants. La deuxième cohorte regroupe des individus sans prédisposition à la maladie mentale mais qui ont connu des ruptures et des cassures parfois violentes dans leur trajectoire de vie qui les ont plongé dans l'exclusion : drames familiaux, chômage, racisme, expatriation. Pour ces individus qui pour la majeure partie d'entre eux ne sont pas malades, ce qui prime c'est la souffrance psychologique qui doit être accompagnée. <sup>42</sup> Comme le précise Xavier Emmanuelli, «la rue ne rend pas fou, mais elle contribue évidemment à aggraver massivement la souffrance des malades mentaux et de tous les autres, marginaux

---

<sup>39</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p.146

<sup>40</sup> *Ibid.*, p. 147

<sup>41</sup> Michel DUCLOUX, *op. cit.*, p. 8

<sup>42</sup> *Ibid.*, p.19

ou zonards qui y sont confrontés »<sup>43</sup> Les personnes en situation de précarité se caractérisent aussi par l'absence de demande de soins. Pour la médecine psychiatrique qui se fonde désormais sur une démarche volontaire de la personne, l'approche de populations ne demandant aucune prise en charge, ne demandant pas à être soignée est de ce fait difficile. Pour les personnes en situation de précarité, ce mal être, cette souffrance psychique, sont intégrés comme une composante de leur situation de vie ; le risque est que cette souffrance, non entendue, non exprimée, débouche sur des crises graves demandant une intervention lourde. C'est d'ailleurs peut-être le drame des personnes en situation précaire ; n'exprimant pas de demande de soins, leurs besoins de santé ne sont entendus que lorsqu'elles se trouvent en danger, qu'en cas d'urgence où alors le système de santé se mobilise pour les prendre en charge. Au-delà du coût qu'un tel fonctionnement implique pour la société, cela signifie également que la santé des personnes en situation précaire se dégrade aussi beaucoup plus rapidement que le reste de la population ; ces pathologies dont on a vu qu'elles ne sont pas différentes de celles qui affectent le reste de la population, parce qu'elles ne sont pas prises en charge, débouchent sur des affections graves mettant directement en jeu la vie des personnes. De là se pose la question de la nécessité de structures spécifiques à destination des personnes en rupture avec la société.

---

<sup>43</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p.164

### 1.1.3 Les politiques publiques de lutte contre la précarité

Les personnes âgées font partie de celles qui ont le plus bénéficié de l'évolution des techniques en particulier en matière de santé, mais qu'est-ce qui est fait pour les aider à vivre la fin de vie, à gérer cette inutilité sociale à laquelle les renvoie la société occidentale ? Qui défend leurs intérêts ? Qui s'intéresse à leur besoin de reconnaissance, leur besoin d'exister ? Ces interrogations posent plus généralement la question de la prise en charge de la précarité. Comment répondre aux besoins des personnes en situation précaire ? Comment les pouvoirs publics ont répondu à la demande des personnes fragilisées, en situation de grande exclusion ?

A) Quelle prise en charge pour les personnes en situation précaire ?

Pour Xavier Emmanuelli, la réponse à ces questions se trouve dans l'estime de soi des personnes en situation d'exclusion. « La pauvreté n'arrange rien mais elle n'est pas l'élément déterminant. Pour lutter contre le processus d'exclusion que notre société étend aujourd'hui aux vieux, il faut travailler sur le front du symbolique : restaurer des représentations mentales mises à mal par une « pensée unique » méprisante pour tout ce qui ne génère pas du chiffre d'affaires. Il s'agit de réhabiliter, aux yeux des vieillards, la représentation de soi, de sa dignité en tant qu'être humain et non en tant que rouage de la production. Pour nous tous, il s'agit de corriger une vision dévoyée de la temporalité, de sauver notre rapport au temps de la hantise de la répétition stérile ou de la dégradation inévitable. L'humain est un destin, un individu doué d'une histoire, une trajectoire riche de sens. »<sup>44</sup>

Au cours de l'enquête sur la permanence d'accès aux soins de santé de Chartres, une des personnes interviewées a abordé directement cette question en faisant référence en particulier à Françoise Dolto et Marcel Mauss.<sup>45</sup> Pour Françoise Dolto, l'estime de soi trouve son origine dans l'enfance et nécessite la sortie de l'assistance dans laquelle l'enfant a toujours grandi. Pour cela, l'enfant a besoin que lui soit offert la possibilité de redonner un peu de ce qu'il reçoit. Cette approche de la psychologie nous paraît passionnante : elle rejoint en effet la question que pose toute démarche d'aide en faveur des personnes

---

<sup>44</sup> *Ibid.*, p. 231

<sup>45</sup> Emmanuel LAVOUÉ, *op. cit.*, entretien n°4, p.20

démunies mise au jour par Serge Paugam : le danger de l'assistance. Une personne assistée court le risque de le rester : la sphère publique aura répondu aux besoins primaires de la personne, mais elle ne lui aura pas permis de réintégrer la société, de se prendre réellement en main, parfois de devenir quelqu'un. Nous retrouvons ici la théorie de Marcel Mauss qui fonde toute intégration dans une société : le don et le contre don. Si un individu ne peut pas redonner en retour de ce qu'il reçoit, il ne répond pas à la norme sociale, il n'est pas intégré. Cette non intégration est sans doute autant le fait de la société qui rejette l'individu ne répondant pas aux normes – ce que Durkheim nomme le « pathologique » – que celui de l'individu concerné. La honte de ne pas être comme tout le monde peut aussi être à l'origine de ce repli sur soi-même, de cet isolement qui conduit à la précarité. Rétablir la personne dans sa dignité de personne est sans doute la première étape de toute prise en charge des personnes en situation de précarité. C'est ce qu'a très bien compris le mouvement Aide à Toutes Détresses Quart-monde (ATD Quart-monde) fondé par le Père Joseph Wresinski. Le principe d'action de ce mouvement est en effet d'agir avec en vivant avec les personnes en situation de précarité, en partageant leurs conditions de vie. L'action auprès des personnes démunies pour Joseph Wresinski, c'est donc d'abord montrer à la personne qu'elle a du prix, qu'elle n'est pas seule et ainsi petit à petit créer une relation de confiance avec la personne. C'est pour cette raison que les volontaires du mouvement s'engagent pour plusieurs années afin de suivre les familles qu'ils prennent en charge dans la durée et éviter de multiplier les ruptures pour des personnes parfois déjà très déstructurées. La deuxième étape consiste à donner à la personne les moyens de défendre elle-même ses droits. Les personnes en situation de précarité ont les mêmes droits que les autres mais n'ont pas toujours les connaissances, la pratique de la langue française, la culture nécessaires pour les défendre. Le mouvement ATD Quart-monde a donc eu cette intuition de développer des centres culturels, des bibliothèques, des cours de français à destination des personnes en situation précaire. La dernière étape consiste à accompagner les personnes dans la défense de leurs droits en particulier en formant et en informant les personnes prises en charge sur leurs droits. Cet accompagnement débouchera en 1987 sur la « Journée du refus de la misère » organisée chaque année le 17 octobre. Une grande manifestation, organisée aujourd'hui à l'échelle mondiale, à laquelle participent les volontaires du mouvement mais surtout les personnes qui ont été aidées par le mouvement, les familles qui ont réussi à s'en sortir ou qui sont encore en lutte pour la reconnaissance de leurs droits. Là encore, il s'agit de permettre aux familles de s'affirmer, de regagner leur place : « non pas faire pour, mais agir avec ».<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> *L'engagement dans le mouvement ATD Quart-monde*, Paris : Sciences-Po, Travail collectif de

Une deuxième difficulté pour les pouvoirs publics est celle de répondre aux besoins d'une population extrêmement diverse, très hétérogène, regroupant à la fois les personnes fragiles du fait de l'instabilité de leur emploi, du fait de l'instabilité des liens sociaux développés, les personnes en situation de grande exclusion. Si l'on s'intéresse à la seule population sans domicile dont nous avons déjà montré qu'elle se définissait aussi par sa très grande hétérogénéité, il est intéressant de montrer que les organisations, structures et associations qui prennent en charge les personnes sans domicile fixe sont au moins aussi diverses que peuvent l'être les personnes auxquelles elles s'adressent. C'est ce qu'exprime Julien Damon dans une interview publiée dans la revue Sciences Humaines : « la prise en charge des SDF est un ensemble hétéroclite de réponses à un problème hétérogène, sans véritable principe d'action unificateur. »<sup>47</sup> Les dispositifs peuvent parfois se multiplier, se chevaucher les uns les autres sans réellement permettre de répondre à l'ensemble des besoins des personnes. L'extrême hétérogénéité de cette population exige de la part des structures publiques et associatives intervenant de communiquer et de travailler en étroite coopération de manière à éviter les doublons dans la prise en charge ou bien encore l'absence de prise en charge de certains individus.

Les politiques publiques en faveur des personnes en situation de précarité sont aussi rendues difficiles par l'absence de demande d'aide de la part de ces personnes. La définition des besoins de cette population est de ce fait particulièrement délicate. Afin de sortir de la stigmatisation, des étiquettes de « pauvre », d'« anormal », avec lesquelles la société catalogue les personnes en situation de précarité, un certain nombre refusent les aides publiques qui leur sont destinées. L'enjeu d'un travail individualisé auprès de chaque personne est donc très important puisque seule une telle approche permet de redonner confiance à la personne, de la faire exister et ainsi de pouvoir l'aider sans qu'elle ait le sentiment d'être assistée. D'autres n'ont pas reçu d'information concernant leurs droits et ne savent même pas qu'ils ont le droit à certaines prestations. Les formalités administratives sont parfois tellement complexes que des personnes sans formation, qui ne maîtrisent pas la langue française, ne seront pas en mesure d'effectuer les démarches nécessaires. Enfin, certaines personnes en grande exclusion sont parfois très déstructurées, tellement abîmées qu'elles ne sont plus en mesure de demander de l'aide. En ce qui concerne le RMI par

---

recherche, : 2000-2001

<sup>47</sup> Julien DAMON, *op. cit.*, p.8

exemple, Julien Damon estime qu'entre 5% et 15 % des SDF ne font pas les démarches nécessaires alors qu'ils ont droit au versement de ce minimum social.<sup>48</sup>

Après avoir présenté les difficultés rencontrées dans la prise en charge des personnes en situation précaire, il paraît instructif de reprendre l'histoire de cette prise en charge. Jusqu'à la révolution, ce sont les hôpitaux qui prenaient en charge les personnes dans la misère, institutions le plus souvent d'inspiration religieuse. Ces « hôpitaux généraux » avaient en réalité autant la vocation de protéger les personnes dans la misère que de protéger le reste de la société contre les dangers de cette population rejetée. Ces établissements servaient autant d'hospice que de prison et accueillait aussi bien les personnes âgées, les malades, les malades mentaux, les convalescents que les prostituées, les bandits et tous ceux qui étaient réputés « désadaptés ». <sup>49</sup> A la Révolution, les biens des hôpitaux généraux sont confisqués et réunis dans le Service National d'Assistance. La lutte contre la pauvreté devient une mission de l'Etat. Avec le début de l'industrialisation, l'Etat cherche en particulier à améliorer les conditions de vie de la classe ouvrière, les conditions de travail et l'hygiène dans les logements. Sous la troisième République, la lutte contre la pauvreté est inscrite dans la loi avec le vote en 1893 des lois d'assistance. Le métier d'assistante sociale est créé pendant l'entre-deux-guerres et les premières assistantes sociales commencent à se rendre auprès des familles défavorisées.

En 1945, avec la création de la Sécurité sociale, la lutte contre la précarité prend un nouvel élan : l'Etat a la mission de garantir les familles contre les risques qui peuvent les empêcher de trouver les ressources nécessaires pour élever leurs enfants. La croissance économique de l'après-guerre n'efface pourtant pas la précarité de certaines familles. En 1954, l'abbé Pierre lance son appel en faveur des sans abri pour que des logements leur soient ouverts. En 1957, le Père Joseph Wresinski alerte l'opinion publique sur le dénuement de certaines familles et l'urgence d'une action des pouvoirs publics à leur égard.

Ce n'est pourtant qu'à partir des années 1980, avec l'augmentation sans précédent du chômage et de l'inflation que le phénomène de la précarité va trouver la place qu'elle possède aujourd'hui dans le débat public. Devant le dépassement des structures publiques, de nombreuses associations sont constituées pour venir en aide aux défavorisés. Dès 1987, ATD Quart-monde demande au gouvernement que soit mis en place un ensemble coordonné de lutte contre les exclusions. Un collectif associatif est créé réunissant une

---

<sup>48</sup> Julien DAMON, cité par Camille DORIVAL, *op. cit.*, p. 56

<sup>49</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p. 170

trentaine d'associations cherchant à alerter l'opinion publique de l'ampleur du phénomène. La difficulté des politiques est de se mettre d'accord sur les priorités à définir dans la lutte contre la précarité : le chômage, la réinsertion, l'accueil d'urgence des sans-abri. Plusieurs lois sont votées : la définition des zones éducatives prioritaires en 1982, la loi sur le RMI en 1988, la loi Besson, en 1990, sur le droit au logement qui crée le Fond de Solidarité Logement, ou encore les nombreuses lois et réformes sur les contrats aidés. Cet arsenal législatif montre à quel point la thématique de la précarité occupe une place importante dans l'agenda politique des différents gouvernements qui se sont succédés depuis 1981. Et pourtant, cette action gouvernementale manquait de cohérence, d'une action concertée des différents acteurs. En 1997, le nouveau gouvernement dirigé par Lionel Jospin présente un plan de lutte contre les exclusions. Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité annonce un plan articulé autour de quatre thèmes : garantir l'accès aux droits fondamentaux et en particulier la santé, le logement et la dignité, mieux prévenir les exclusions, faire face à l'urgence sociale, mieux agir ensemble contre les exclusions. 50 milliards de francs sont alors mobilisés.

Le 29 juillet 1998 est adoptée la loi relative à l'orientation de la lutte contre les exclusions<sup>50</sup>, une loi d'envergure qui vise à couvrir l'ensemble des thématiques se rapportant aux exclusions. Dans son volet emploi, la loi prévoit la mise en place du programme TRajet d'ACcès à l'Emploi. Les contrats emploi solidarité sont recentrés et peuvent être cumulés avec un emploi à mi-temps. Une taxe est créée à destination des logements vacants depuis 18 mois. Sur le plan de la culture, le texte s'attaque à l'illettrisme en proposant des actions d'accès à la culture dans les quartiers défavorisés. Des bourses sont prévues pour permettre aux familles défavorisées de partir en vacances et permettre l'accès aux équipements sportifs. Chaque établissement scolaire doit créer un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté afin d'informer les élèves sur leurs droits et d'assurer des programmes de prévention en santé. En matière de surendettement, la loi définit le reste à vivre, insaisissable : les minima sociaux, l'accès à l'eau, l'électricité et le téléphone. Les sans domicile fixe obtiennent le droit de voter et peuvent faire exercer leurs droits juridiques gratuitement. La loi prévoit aussi le développement de la contractualisation entre l'Etat et les structures de l'aide sociale. Un comité de coordination départementale de lutte contre les exclusions ainsi qu'un comité départemental de l'action sociale d'urgence sont créés dans chaque département afin de coordonner l'action des différents acteurs de la lutte contre les exclusions. Dans le domaine de la santé, la loi prévoit l'extension de l'assurance maladie à l'ensemble de la population du territoire avec la création de la couverture maladie universelle

---

<sup>50</sup> Loi n°98-657 *d'orientation relative à la lutte contre les exclusions*, 29 juillet 1998

(CMU) et la mise en place de programmes régionaux d'accès aux soins et de prévention en santé. Les établissements de santé doivent créer des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) afin d'assurer l'accès aux soins pour les personnes en situation précaire.

Au total, l'Etat aura investi 42 milliards de francs dans ce plan de lutte contre les exclusions avec un effort particulier sur le retour à l'emploi des jeunes. Entre 1997 et 2000, 1,5 millions de personnes ont retrouvé un emploi et parmi elles, 50 000 jeunes de moins de 25 ans ; dans le même temps, le chômage de longue durée diminuait de 29%. Sur cette même période, le nombre de RMIstes diminuait pour la première fois depuis sa création. Les minima sociaux sont revalorisés et en particulier le minimum vieillesse qui augmente de 25%. Sur le volet santé, la CMU a permis à 4,5 millions de personnes d'accéder aux soins alors que seules 2 millions bénéficiaient de l'accès aux soins par l'intermédiaire de l'aide médicale. La population couverte a donc augmenté et l'ensemble de la population française peut désormais accéder au système de santé.

Cet important dispositif législatif n'est pas cependant sans poser des questions sur la prise en charge des personnes en situation précaire. Il paraît légitime en effet de s'interroger sur la nécessité d'une loi spécifique, de droits spécifiques à destination des personnes en situation précaire. L'alternative aurait été une réforme globale du système qui aurait permis d'assurer l'ensemble de la population contre les exclusions. En développant une loi spécifique, le gouvernement a choisi la voie de l'assistance ; le danger est grand alors de créer un système pour les personnes en situation de précarité. C'est le même questionnement qui animait John Rawls dans sa théorie de la justice qu'il définissait comme l'égalité fondamentale du droit qu'ont en commun l'ensemble des individus. Et pourtant, pour atteindre cette égalité de droit, il peut être légitime de créer des inégalités permettant d'aider les populations défavorisées et leur donnant l'accès à ce même droit partagé par l'ensemble de l'humanité. C'est tout l'enjeu de cette réforme que celui de créer des structures qui dérogent au principe d'égalité, au droit commun afin de permettre aux personnes en situation précaire d'accéder aux droits fondamentaux qui existent déjà mais dont elles sont privées du fait de leur situation économique, d'exclusion, d'isolement. Avec le vote de la loi contre les exclusions, la France devenait le premier pays au monde à se doter d'un tel dispositif.

D'un point de vue économique et dans un monde dans lequel les pays sont en concurrence sur des marchés globalisés, la lutte contre les exclusions prend une nouvelle dimension. En effet, l'investissement d'un Etat dans une telle politique social a un coût qui vient peser directement sur les salaires et les charges des entreprises. Le risque pour les entreprises est de produire avec un coût du travail supérieur à ce qui peut être observé dans les pays concurrents et ainsi de perdre des parts de marché. Cependant, un tel engagement public en faveur des plus défavorisés n'est pas sans conséquence sur la consommation des ménages.

En favorisant ainsi le niveau de vie des plus défavorisés, la consommation générale des Français est relancée : la demande étant plus importante, le marché des entreprises françaises augmente ce qui peut les amener à créer de nouveaux emplois. Keynes qui a développé cette théorie parlait à ce titre de cercle vertueux de la croissance qui relance la croissance par la consommation.

La lutte contre les exclusions en France ne s'est pas arrêtée à l'année 1998 et à la loi contre les exclusions. En 2004, le nouveau ministre de l'emploi et de la solidarité, Jean-Louis Borloo a dévoilé son plan de cohésion sociale. Comme il l'annonçait au journal *Le Monde* le mois dernier : « un seul cap est fixé, celui de la cohésion sociale ». Dans cette interview, le ministre revient sur les arbitrages demandés par Nicolas Sarkozy afin de limiter les dépenses de l'Etat. Pour lui, le ministre des finances se trompe lorsqu'il annonce une réduction de l'enveloppe allouée au plan de cohésion sociale. «Le social est un moteur économique ». Ainsi Jean-Louis Borloo explique la croissance de l'année 2004 par trois facteurs : l'exonération de taxe professionnelle sur les investissements nouveaux, la revalorisation du SMIC et les diminutions de charges associées qui ont permis de relancer la consommation et enfin le plan de cohésion sociale qui a redonné la confiance aux Français. La relance de la croissance passe donc aussi par l'action sociale du gouvernement. Comme le précise Jean-Louis Borloo : « ce n'est pas le ministère des finances seul qui porte la croissance, ce sont aussi les ministères sociaux ». <sup>51</sup>

Les impacts d'une telle politique gouvernementale ne sont sans doute pas qu'économiques. Une personne qui a retrouvé de l'espoir, un travail, qui peut nourrir sa famille, une personne qui existe, n'aura sans doute pas les mêmes comportements que lorsqu'elle était au chômage. La réduction des inégalités permet probablement aussi une intégration plus facile dans la société. Le climat social ne peut qu'en être amélioré. Pour les personnes concernées, ces politiques de cohésion et de lutte contre les exclusions ne sont pas non plus sans avoir des répercussions positives sur le moral, la confiance en soi, la santé mentale. Pouvoir être assuré d'avoir suffisamment de ressources toute l'année pour vivre et faire vivre sa famille n'a pas de prix.

---

<sup>51</sup> Jean-Louis BORLOO, interview, *Le Monde*, 20 août 2004, p. 5

## B) Urgence sanitaire et réhabilitation de la personne

Les personnes en situation précaire ne présentent donc pas de pathologies spécifiques au regard de l'ensemble de la population française. Néanmoins, elles se caractérisent sans doute par le cumul de handicaps à la fois sanitaires et sociaux qui rendent la prise en charge des personnes d'autant plus urgente. C'est ce que précise Omar Brixi représentant du Comité français d'éducation pour la santé lorsqu'il répond à la question de l'existence de maladies de la précarité : « non en ce sens qu'il n'y a pas de maladies « spécifiques à la pauvreté ou plus précisément de maladies autres que celles connues et décrites à ce jour. Par contre, ce qui ressort, et fortement, de toutes les évaluations tentées, c'est le constat du cumul et de l'intrication des symptômes, des maladies et des facteurs de risque que l'on retrouve en même temps chez les personnes et les groupes les plus fragilisés. »<sup>52</sup> C'est sans doute cette intrication des problèmes médicaux, socio-économiques et psychoaffectifs qui rend si complexe la question de la prise en charge des populations en précarité. Face à ces difficultés, il paraît indispensable de proposer une offre de soins globalisée qui prenne en charge la personne sur le plan médical, sur le plan psychologique, mais aussi sur le plan social, qui lui redonne des perspectives en termes professionnels ou bien de réinsertion. Parce que les besoins des personnes en situation précaire sont multiples, leur prise en charge nécessite une pluridisciplinarité des approches alliant le social et le sanitaire, le soutien économique et psychologique, l'approche individuelle et familiale.

Deux cas de figure se présentent : le premier concerne la personne dont les problèmes de santé sont tellement graves qu'ils nécessitent une prise en charge en urgence. Dans ces circonstances, la personne se rend aux urgences de l'hôpital parce qu'elle ne peut plus faire autrement ou bien est amenée par les services de secours, ne pouvant plus elle-même se déplacer. Cette prise en charge de l'urgence correspond bien à l'organisation de notre système de santé et la personne recevra des soins de haute technologie adaptés à son besoin de santé immédiat. Ce que dénonce Xavier Emmanuelli, c'est que notre système de santé ne soit capable de répondre aux besoins de santé des personnes en situation précaire que dans les situations d'urgence, dans les extrêmes. Toute la question est de s'interroger sur ce qui est offert à cette population lorsque l'urgence s'estompe. Comme le demande Xavier Emmanuelli à propos des personnes qui vivent dans la rue : « Où sont les lieux

---

<sup>52</sup> Omar BRIXI, Les grandes tendances. *Actualité et dossier en santé publique*, septembre 1995, n°12, p.4-5

accueillants, les structures de restauration du moi, où ces grands naufragés pourraient trouver refuge et commencer, peut-être, un travail de réhabilitation de leur être ? Peut-être faudra-t-il attendre encore une génération avant que nos sociétés prennent conscience de la tragédie qu'elles tolèrent sur leurs marges. »<sup>53</sup> La prise en charge des personnes en situation précaire en-dehors de l'urgence médicale répond à deux enjeux principaux. Tout d'abord, il s'agit de permettre un accompagnement de la santé de la personne, de lui proposer une réponse aux besoins de santé qu'elle manifeste et peu à peu lui redonner conscience de son propre corps afin qu'elle prenne en charge sa santé. A travers cet accompagnement, c'est aussi toute une éducation à la santé, à l'hygiène qui peut être engagée et permettre de retarder la maladie. Ce premier aspect de la prise en charge est capital puisqu'il permet à la personne de répondre sur le long terme à ses besoins de santé et peut éviter ainsi de voir s'aggraver des pathologies légères obligeant en fin de course une hospitalisation d'urgence. Pour le système dans son entier, l'enjeu est donc aussi économique puisqu'une prise en charge dans la durée avec un suivi médical adapté coûtera toujours moins cher à la société qu'une hospitalisation. Le deuxième enjeu est celui dont parle Xavier Emmanuelli : il s'agit de redonner à la personne l'estime d'elle-même afin de participer à la reconstruction de son être et donc à sa réintégration dans la société. En cela, les structures sanitaires qui prennent en charge les personnes en situation précaire participent au renforcement de la cohésion sociale. La précarité oblige donc les structures de santé et leurs professionnels à sortir de la seule approche médicale ; l'enjeu n'est plus seulement sanitaire : il s'agit aussi de permettre à la personne d'exister de manière à renforcer le lien social. Cela, le colloque singulier à la base de la profession médicale le permet. En effet, le travail du médecin n'est jamais à sens unique : le médecin a besoin d'interroger la personne ou son entourage pour éclairer son diagnostic. La personne examinée est ainsi considérée : quelqu'un s'intéresse à elle. Par le seul fait de sa démarche diagnostique, le médecin permet à la personne d'exister. Mais la profession médicale n'a-t-elle pas en elle-même aussi un rôle social ? C'est du moins ce que précise le serment d'Hippocrate encore en vigueur le jour de la soutenance de la thèse : « Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. »<sup>54</sup> Ce serment est repris dans le code de déontologie médicale reprend ce serment, en particulier dans son article 7 : « le médecin doit écouter, examiner, conseiller, ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs, leur situation de famille, leur appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les

---

<sup>53</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p. 74

<sup>54</sup> Serment d'Hippocrate

sentiments qu'ils éprouvent à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. »<sup>55</sup> La vocation sociale du médecin est ici réaffirmée : il n'a pas seulement le rôle de diagnostiquer et de prescrire ; il se doit également d'écouter et de conseiller. Par ailleurs, la profession médicale ne fait aucune différence entre les personnes qu'elle prend en charge ; en cela, elle est donc un facteur d'intégration des personnes en rupture sociale puisqu'elles ne seront pas jugées comme « anormales » pour reprendre le mot d'Emile Durkheim. Les médecins généralistes sont très souvent confrontés à cette réalité de leur profession devant accueillir les personnes pour des problèmes médicaux mais aussi bien souvent pour écouter leur mal être. Le Docteur Didier Potier, médecin généraliste à Guyancourt, s'exprime à ce sujet : « beaucoup de jeunes viennent me voir parce que ça ne va pas, et ils se raccrochent à l'idée que derrière cette impression vague d'être mal dans leur peau, il y a un problème médical. Souvent, des questions sur les conditions de vie (les examens à passer, le travail...) font apparaître les raisons. Une grosse partie de notre travail en médecine générale, c'est la réassurance ». Ce témoignage se rapproche de la définition du médecin de famille tel qu'il pouvait être perçu par la génération précédente dans laquelle le médecin remplissait à la fois le rôle de médecin, de médiateur familial, de guérisseur, de médiateur social du fait de son statut dans le village et enfin le rôle de l'accompagnateur dans les moments heureux et les moments difficiles que traversaient les familles. Le médecin succédait ainsi au guérisseur et au curé qui à d'autres époques ont occupé à tour de rôle des fonctions proches.<sup>56</sup>

La situation de deux personnes en situation précaire ne se ressemble jamais tout à fait parce que la précarisation trouve aussi son origine dans les biographies des individus, dans leur histoire et les ruptures qu'ils ont pu traverser. Dans cette analyse, le Haut comité de la santé publique va encore plus loin puisque selon lui, la biographie, les événements du parcours de vie sont un déterminant de la santé ultérieure des individus : « les événements biographiques qui marquent particulièrement l'enfance et l'adolescence déterminent étroitement la santé ultérieure. La fréquence et la gravité de nombreuses affections sont étroitement corrélées aux événements biographiques tels que le deuil, la solidarité familiale, la précarité, le niveau de vie des parents, la violence subie ou agie, le niveau d'éducation, les conditions sanitaires de la petite enfance... qui sont eux-mêmes étroitement liés entre eux. »<sup>57</sup> La spécificité de chaque parcours et la nécessité de s'intéresser autant aux

---

<sup>55</sup> Code de déontologie médicale, article 7

<sup>56</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p. 88

<sup>57</sup> HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *La santé en France*. Paris : rapport triennal, 2002, p.23

problèmes de santé qu'aux soucis économiques de la personne ou encore à son absence de liens sociaux, exige une prise en charge spécifique, adaptée à chaque individu.

La prise en charge des personnes en situation précaire peut aussi être rendue difficile par le rapport au temps spécifique de cette population. Comme nous l'avons vu ci-dessus, les personnes en rupture sociale et plus particulièrement les grands exclus vivent dans le temps de l'instant. «Le temps ayant perdu sa flèche » pour reprendre l'expression utilisée par Xavier Emmanuelli, la prise en charge médicale doit là encore s'adapter. En effet, il est de ce fait impossible de garantir le suivi des soins sur une longue période. Un prochain rendez-vous peut être fixé à la personne mais sans certitude quant à sa présence au rendez-vous suivant. Les professionnels de santé qui exercent auprès de publics en difficultés doivent donc adopter des stratégies pour permettre un suivi de santé efficace. Sur Paris, le Samu social a ainsi permis d'aller vers les personnes en grande exclusion. En repérant les lieux de vie des personnes en rupture, les bénévoles du Samu social peuvent inviter les personnes à monter dans un camion et ainsi leur permettre de bénéficier d'une consultation médicale et assurer le suivi de leur traitement. D'autres expériences consistent à distribuer sur place le traitement prescrit. Xavier Emmanuelli, après l'expérience concluante du Samu social qui s'est rapidement propagée dans de nombreuses villes de France, a soutenu la création de lits infirmiers qui permettent pour des pathologies ne nécessitant pas une hospitalisation d'héberger les personnes le temps du traitement ou des soins de suite après une hospitalisation. Il paraît ainsi indispensable d'adapter les structures de santé pour qu'elles jouent réellement leur rôle d'accès aux soins à destination des personnes en situation précaire.

### C) La révolution de la CMU

La révolution de la CMU, c'est avant tout de permettre à la sécurité sociale d'atteindre son but initial de couvrir l'ensemble des personnes sur le territoire français. Comme nous l'avons montré précédemment, de nombreuses personnes ne pouvaient pas accéder aux soins du fait de la barrière économique et ce malgré le dispositif d'aide médicale gratuite qui avait été constitué auparavant. La CMU permet sous condition de ressources l'accès aux soins de l'ensemble des personnes démunies. Sur les 9 millions de personnes qui demeuraient sans couverture complémentaire, 4,5 millions bénéficieront d'une couverture un an plus tard. Le succès de la CMU est donc certain puisqu'il a non seulement permis l'accès aux soins d'une part importante de la population qui n'accédait pas aux soins mais aussi d'intégrer les

structures de ville ce qui jusque-là était rendu très difficile. La CMU a donc permis de diminuer les inégalités d'accès aux soins.

Dans le même temps, seule la moitié des personnes non couvertes en 1997 l'étaient trois ans plus tard. Il subsiste donc une part importante des Français ne bénéficiant pas de couverture. C'est ce que souligne l'organisation non gouvernementale Médecins du monde par la voix de son président lors d'une table ronde organisée sur le thème de l'accès aux soins des plus démunis. Sur les 10 millions de Français vivant avec moins de 700 euros par mois et qui de ce fait ne peuvent s'offrir de couverture maladie complémentaire, 4,5 millions de Français bénéficient d'une couverture maladie universelle. Les 5,5 millions restant en situation de pauvreté économique ne peuvent pas accéder au système de santé, faute de couverture complémentaire. La CMU n'a donc pas permis de remplir entièrement sa mission de couverture universelle.<sup>58</sup>

A cela, nous pouvons invoquer plusieurs raisons et en premier lieu le fait que l'ensemble des personnes concernées ne sont pas toutes informées de leurs droits ou bien ne sont pas en mesure de les faire jouer. Pour Médecins du monde, il apparaît donc primordial de développer une campagne de communication en direction des publics concernés afin de les informer de leurs droits, de ce à quoi donne accès la couverture maladie universelle, des conditions de sa mise en œuvre. De plus, les personnes mentionnées ci-dessus nécessitent aussi un accompagnement afin d'assurer les démarches nécessaires à leur ouverture de droits. Nous rejoignons ici l'analyse précédente à propos de la demande de soins des personnes en grande exclusion : une personne pour laquelle la santé n'est pas une priorité ne fera sans doute pas plus la démarche administrative nécessaire à l'ouverture de droits que celle consistant à aller voir un médecin. La demande d'ouverture de droits y compris pour la couverture maladie universelle est quelque chose de très humiliant. Certaines personnes peuvent avoir honte d'exposer ainsi leur situation, de se retrouver à quémander de l'aide. Souvent, les démarches imposent de raconter trois ou quatre fois son histoire afin d'obtenir une aide. N'oublions pas combien le regard de l'autre nous construit également. Etre perçu sans arrêt comme un assisté risque de rendre négative l'image que la personne peut avoir d'elle-même et crée une barrière supplémentaire à la reconstruction de la personne face au regard de l'autre. Au total, la population ayant droit à la CMU mais n'en ayant pas fait la demande est estimée à 1,3 millions de personnes.

---

<sup>58</sup> Claude MONCORGE, Président de Médecins du monde, cité par Christian DELAHAYE dans Réforme de l'assurance maladie : le défi de 10 millions de pauvres à soigné. *Le quotidien du médecin*, juillet 2004

Deuxième aspect qui limite l'efficacité de la réforme de la CMU, les effets seuils générés par cette couverture. Ainsi les personnes dont les revenus sont supérieurs à 556,50 euros ne peuvent bénéficier de la CMU au titre de la couverture complémentaire (seuil défini pour une personne seule au 1<sup>er</sup> juillet 2003). Ainsi, 9% de la population française bénéficient de la couverture de base sans bénéficier d'une couverture complémentaire ce qui les contraints à renoncer aux soins.

Afin de limiter ces effets seuil dans le versement de la CMU, M. Douste-Blazy a conduit une nouvelle réforme votée au cours de l'été 2004. Cette réforme consiste en la mise en place d'un dispositif national d'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé sous forme d'un crédit d'impôt. Ce dispositif devrait toucher 2 millions de personnes dont les revenus se situent entre 556,50 euros et 651 euros, c'est-à-dire 15% de plus par rapport au plafond de la CMU. Si l'effet seuil sera bel et bien repoussé, cela ne suffira malheureusement pas pour permettre aux 5,5 millions de personnes sans complémentaire d'accéder aux soins. De plus, le forfait accordé par cette réforme est limité à 150 euros par année. Cela semble bien insuffisant au regard du coût d'une mutuelle complémentaire qui atteint généralement un montant trois fois supérieur.

L'autre limite de la CMU est dans son organisation même. En effet, la CMU est financée par l'impôt. Contrairement au régime assurance maladie de la sécurité sociale dont la base repose sur le versement des cotisations, la CMU est en fait un système à part qui relève de l'assistance. Afin de permettre l'accès aux soins des plus démunis, un système spécial a été créé avec le risque déjà évoqué d'une stigmatisation et l'assimilation de la notion de titulaire de la CMU à celle de personne pauvre. Comme l'exprime Julien Damon, « on a développé l'assistance pour palier les manques de la sécurité sociale. » Les personnes en situation précaire, si désormais, elles peuvent, pour une partie d'entre elles, accéder au système de santé, cela se fait au détriment de leur intégration dans le système général de la sécurité sociale. La France est en cela encore loin de l'idéal de Pierre Laroque selon lequel tous devaient pouvoir avoir accès à l'offre de soins.

Les impacts de la précarité sur l'état de santé de la population française et la croissance de ce phénomène en France entraînent la nécessité d'une refonte de la politique de santé dans notre pays. Dans cette perspective, l'une des priorités de la politique de santé devrait sans doute porter sur la lutte contre les inégalités d'accès aux soins. En effet, l'un des premiers déterminants de la santé des personnes en situation précaire n'est-il pas leurs difficultés

d'accès au système de santé ? Dans le développement suivant, nous nous interrogerons sur les raisons de ces inégalités d'accès aux soins. Au-delà de la seule raison financière dont nous avons déjà parlé, le système de soins français est-il adapté à la prise en charge des publics en situation précaire ? Comment les structures de santé sont-elles perçues par les personnes en situation précaire ? Doit-il évoluer afin de mieux prendre en considération les besoins de ces populations dont nous avons vu qu'ils étaient multiples et dépassaient bien souvent le seul cadre de l'acte médical ?

## **1.2 Les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation précaire**

Ce qui rend difficile l'accès aux soins des personnes en situation précaire, n'est-ce pas avant tout la différence de culture entre les personnes en situation d'exclusion et l'institution sanitaire ? N'est-ce pas cette différence culturelle qui génère à la fois la méfiance des personnes en situation précaire face à l'institution et la méfiance de l'institution face aux personnes en situation précaire ? Si les personnes en situation précaire doivent être accompagnées dans leurs démarches d'accès aux soins, le système d'aide et de protection sociale français ne doit-il pas aussi s'interroger sur son évolution et ses modes de fonctionnement qui génèrent parfois eux aussi de l'exclusion ?

### **1.2.1 Les personnes en situation précaire : les exclus d'un système ?**

A) L'une des plus grandes caractéristiques des personnes en situation précaire est peut-être leur difficulté d'accès aux soins

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la France aurait vu la naissance du meilleur système de santé au monde. Ces dernières années, la majeure partie des études montrent en effet que la France est le pays au monde où la durée de vie s'est le plus allongée depuis les années 1970 et la fin des trente glorieuses. La France est aussi le quatrième pays dans le classement mondial des pays pour le coût investi par habitant dans le système de santé. Et pourtant, malgré ces progrès, un certain nombre de Français demeurent sans accès aux soins.

Un des traits marquants des populations en situation de précarité est sans doute cette difficulté d'accès au système de soins. Comme le souligne Julien Damon à propos des grands exclus, « ce qu'est être exclu, c'est d'abord être exclu de la sécurité sociale ».

Les sources de ces difficultés d'accès aux soins sont diverses : personnes en situation irrégulières, non maîtrise de la langue française, non préoccupation de sa propre santé, absence d'information sur ses droits. Le non recours au système de santé pour motif économique pourrait avoir disparu avec la création en 1999 de la couverture maladie universelle : comme nous allons le montrer dans ce développement, il n'en est rien. Le manque de ressources demeure le motif premier de la renonciation aux soins ce qui entraîne

aussi le maintien des inégalités sociales de santé qui d'après le Haut comité de la santé publique ont même tendance à croître ces dix dernières années.

Le système de santé français est le seul dans lequel le remboursement des soins s'effectue en deux étapes : le remboursement de base pris en charge par la sécurité sociale et la part complémentaire qui doit faire l'objet d'un financement spécifique par le biais des mutuelles ou des assurances individuelles. C'est aujourd'hui cette couverture complémentaire qui pose le plus de difficultés aux personnes en situation précaire qui n'ont pas toujours les ressources suffisantes pour cotiser auprès d'une mutuelle ou d'une assurance. En 1997, 9 millions de Français n'avaient pas accès à une mutuelle complémentaire, soit 15% de la population. En 1998, 30% des chômeurs déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières.

La conséquence directe de cette situation réside dans l'absence de recours au système de soins pour un certain nombre de pathologies dont la prise en charge n'est pas remboursée. Au premier rang de ces pathologies se trouvent les frais d'optique et les soins dentaires non remboursés pour une part importante des dépenses et qui pèsent directement sur le revenu des ménages non couverts par une mutuelle. En moyenne, l'assurance maladie ne prend en charge que trois quarts des dépenses de santé : 93% des dépenses à l'hôpital public, 64% des dépenses pharmaceutiques et seulement 34% des soins dentaires. Le reste des dépenses de santé est donc à la charge directe des familles. Le coût des soins oblige encore de nombreuses personnes à renoncer aux soins. Selon une étude de l'Irdes menée en 2002, 11,2% de la population adulte française déclaraient avoir renoncé au moins une fois à des soins pour des raisons financières.<sup>59</sup>

Comme nous le montrions dans le développement précédent, l'absence de prise en charge sanitaire peut entraîner des conséquences graves pour la santé des personnes en situation de précarité. Du fait de leur manque de ressources, les personnes ne peuvent se faire suivre dès le début de l'apparition d'une pathologie ; la conséquence directe de cette absence de soins est l'aggravation de l'état de santé qui peut déboucher sur une hospitalisation. L'économie réalisée par la société dans le non suivi de la santé des personnes en situation de précarité est en réalité un coût bien supérieur du fait de l'hospitalisation qui en découle.

---

<sup>59</sup> Camille DORIVAL, Santé gratuite : pas pour tous. *Alternatives Economiques*, septembre 2004, n°228, p.60

## B) Inégalités sociales de santé

Malgré la création de la couverture maladie universelle, les inégalités dans l'accès aux soins de santé restent très importantes. Le coût des mutuelles complémentaires entraîne nécessairement une inégalité entre ceux qui peuvent s'offrir une couverture complémentaire complète et ceux qui n'en ont pas les moyens et qui ne bénéficieront que d'une couverture complémentaire bas de gamme. Ainsi les salariés des grandes entreprises adhèrent le plus souvent à une mutuelle via leur entreprise qui les couvrent beaucoup mieux que ceux des petites et moyennes entreprises. Au final, comme le montre l'étude de l'Irdes parue en 2002, « Santé, soins et protection sociale en 2002 », « ce sont souvent les moins riches et les plus précaires qui sont les moins bien couverts, tandis que les cadres supérieurs sont au contraire les mieux protégés des risques de l'existence ».<sup>60</sup> Les inégalités sociales face à la santé sont donc d'abord celles remarquées dans l'accès aux soins. Mis à part les grands exclus et les ménages dont le revenu se situe en dessous du seuil des 556,50 euros qui bénéficient de la CMU complémentaire, les personnes en situation précaire étant moins couvertes ne peuvent accéder aux soins aussi facilement que le reste de la population. Ces inégalités sociales dans l'accès aux soins sont parfois très marquées comme dans le domaine de la dépendance et du handicap. Ainsi, « à handicap de gravité équivalente, la proportion des enfants handicapés entrant en institution est trois fois moins élevée chez les ouvriers et les employés que chez les cadres et professions intermédiaires ».<sup>61</sup>

Ces inégalités sociales dans l'accès aux soins augmentent-elles les inégalités sociales de santé ? C'est ce que trois chercheurs français ont tenté de démontrer dans une étude parue en 2001 qui cherchait à répondre à la question suivante : « l'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? ». Les résultats de leur travail sont partagés : le niveau d'assurance et de couverture sociale semble bien déterminer le niveau de recours au système de soins. Cependant, rien ne prouve qu'un recours supérieur au système de santé permette d'accroître la santé des individus mis à part pour quelques domaines particuliers comme la vision, l'hypertension, la mortalité des enfants. En effet, les individus qui recourent le plus souvent au système de santé peuvent aussi être les individus les plus malades ; de ce fait, les statistiques sur l'état de santé des individus montreront que les individus qui recourent le plus souvent aux soins sont ceux qui ont le moins bon état de santé. Cette étude conclut en s'intéressant aux ménages les plus pauvres. Selon les auteurs, la

---

<sup>60</sup> Camille DORIVAL, *op. cit.*, p.60

<sup>61</sup> HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *op. cit.*

couverture maladie aurait un rôle plus protecteur sur cette population que sur les riches, ce qui tendrait à confirmer l'impact positif de l'assurance maladie dans la réduction des inégalités sociales de santé.<sup>62</sup>

Une étude de la Drees parue en juin 2004 semble confirmer ces résultats. Ainsi, dès le CM2, les enfants d'ouvriers non qualifiés sont 5,6 fois plus nombreux que les enfants de cadres à avoir au moins deux dents cariées non soignées. Cette étude semblerait montrer que les inégalités dans l'accès aux soins aggravent les inégalités sociales d'état de santé déterminé principalement par les habitudes de vie, les habitudes alimentaires et les conditions de travail.<sup>63</sup>

Au-delà des questions d'accès aux soins, les inégalités sociales en santé sont particulièrement fortes dans notre pays. Dans son rapport triennal sur la santé des Français, le Haut comité de la santé publique précise l'étendue de ces inégalités. Selon le Haut conseil, ces inégalités ne régressent pas et la France ferait dans ce domaine moins bien que les autres pays européens. La mortalité des ouvriers et des employés est aujourd'hui trois fois supérieure à celle observée chez les cadres supérieurs et les professions libérales. La différence d'espérance de vie à 35 ans entre un ouvrier et un cadre atteint 6,5 années. A la naissance, le niveau de prématurité varie du simple au double en fonction du niveau scolaire de la mère. L'impact de la nationalité est également étudié comme facteur aggravant les inégalités sociales de santé. Ainsi, pour ce qui est du Sida, 54% des Africains sub-sahariens résidant en France ignorent leur séropositivité au moment où ils tombent malades contre 21% dans la population nationale. L'objectif de notre système de santé ne doit donc pas seulement être la réduction des inégalités dans l'accès aux soins, mais la lutte contre les inégalités sociales de santé qui dépassent la seule question des inégalités d'accès aux soins. Comme le précise le Haut comité en santé publique : « Réduire les inégalités de santé ne consiste en effet pas seulement à agir sur l'accès aux soins, mais à intervenir plus en amont sur les déterminants à l'origine des problèmes de santé considérés. Aujourd'hui, les inégalités en matière d'accès à la prévention, sociales ou géographiques, sont probablement plus importantes qu'en matière d'accès aux soins. »<sup>64</sup> Dans cette lutte contre les inégalités

---

<sup>62</sup> Paul DOURGNON, Michel GRIGNON et Florence JUSOT, L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? *Questions d'économie de la santé*, décembre 2001, n°43

<sup>63</sup> DREES, La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002. *Etudes et résultats*, juin 2004, n°313

<sup>64</sup> HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *op. cit.*

sociales de santé, le nouvel enjeu pour notre système et l'ensemble des professionnels de santé est donc de développer la prévention et l'éducation à la santé en particulier auprès des catégories les plus précaires, des familles les plus démunies. Du fait de la non considération de leur santé pour beaucoup de personnes en situation de précarité, une telle politique de prévention implique de travailler en amont sur les représentations de la santé et la compréhension de ses déterminants par ces populations.

## **1.2.2 Accès aux soins des personnes en situation précaire : quelle mission pour les établissements publics de santé ?**

- A) Les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation précaire : une conséquence de la séparation du sanitaire et du social ?

Comme nous l'avons évoqué précédemment, il paraît intéressant de noter que les hôpitaux ont d'abord eu une mission sociale : avant la Révolution, il s'agissait pour les hôpitaux de protéger les personnes dans la misère autant que de protéger la société en enfermant dans ces asiles aussi bien les personnes âgées, les malades, les malades mentaux, les convalescents que les prostituées ou encore les bandits. A la Révolution, les hôpitaux connaissent une première évolution marquante : le sanitaire est dissocié du social, les hôpitaux devenant des établissements de soins alors que les hospices accueillent désormais les orphelins et les personnes âgées et que les prisons sont réservées aux délinquants. Les hôpitaux se démarquent ainsi des institutions religieuses qui existaient jusque-là. Désormais, les hôpitaux vont toujours plus s'orienter vers la prise en charge médicale et ainsi s'éloigner de la mission d'accueil social qu'ils remplissaient initialement. C'est dans ce même ordre d'idée qu'en 1851, une loi sépare définitivement l'hôpital de l'hospice tout en réaffirmant la mission sociale de l'hôpital : ce dernier est chargé de prendre en charge la santé des pauvres, les privilégiés restant attachés aux médecins de ville et aux cliniques. L'hôpital continue donc à s'adresser aux publics démunis, seules les personnes démunies venant naître et mourir à l'hôpital et cela jusqu'en 1941. A cette date, une nouvelle réforme hospitalière ouvre l'accès de l'hôpital à l'ensemble des publics. L'hôpital n'est donc plus seulement le lieu de soins des pauvres et des familles démunies. Les hôpitaux de l'après-guerre avec en particulier la réforme Debré en 1958 se tournent vers de nouvelles perspectives : les hôpitaux français sont désormais reconnus internationalement pour la qualité des techniques mises en œuvre et l'importance de la recherche menée par les professeurs des université praticiens hospitaliers dont le nouveau statut permet de cumuler les fonctions de médecin hospitalier, chercheur et professeur. En parallèle, les centres hospitaliers universitaires sont créés : l'hôpital reçoit cette triple mission de la recherche, de l'enseignement et de la clinique. Les plus grands spécialistes rejoignent les hôpitaux attirés par de nouvelles perspectives de carrière et des investissements sur les plateaux techniques très importants. C'est en 1975 avec le vote de la loi relative aux institutions médico-sociales que le sanitaire est définitivement séparé du social. L'hôpital devient alors un établissement strictement technique, qui n'héberge que dans la mesure où il soigne. Le caractère

hospitalier qui permettait jusque-là d'accueillir pour des séjours longs des nécessiteux affligés de maladies chroniques disparaît du même coup.

Cette évolution de l'hôpital a permis de voir la naissance de centres d'excellences très performants et dont les spécialistes sont capables de prouesses techniques permettant d'améliorer considérablement l'espérance de vie. Par ailleurs, les structures médico-sociales qui voient le jour à partir de la fin des années 1970 sont probablement plus adaptées à la prise en charge des personnes en situation précaire ne nécessitant pas d'hospitalisation. Lorsque le problème majeur de la personne n'est pas médical, il ne fait aucun doute qu'une prise en charge en centre médico-social est plus adaptée d'autant plus que les séjours sont alors organisés parfois sur de longues périodes. Du point de vue des personnels, les soignants et les médecins sont devenus d'excellents techniciens : ils laissent la partie prise en charge sociale aux spécialistes que sont les personnels des centres médico-sociaux et en particulier aux éducateurs et aux assistantes sociales dont les nouveaux métiers permettent une prise en charge adaptée des personnes en rupture, des grands exclus ou des familles démunies. Cette hyperspécialisation des hôpitaux présente néanmoins un inconvénient majeur : sous prétexte de se séparer du social, les hôpitaux n'ont-ils pas aussi oublié leur vocation sociale pourtant affirmée dans le code de la santé publique ? Sous prétexte de très grande technicité, les médecins et les soignants hospitaliers sont-ils encore capables de prendre en charge la personne dans la globalité de sa personne, de déceler toutes les facettes de la souffrance humaine et de l'accompagner ?

La dernière révolution hospitalière a eu lieu cette année avec l'instauration de la tarification à l'activité, nouveau système de répartition des budgets hospitaliers avec comme premier objectif la limite des dépenses de santé dans l'enveloppe inscrite en annexe de la loi de financement de la sécurité sociale. Le principe est simple : un certain nombre de groupes homogènes de séjour ont été définis regroupant des pathologies dont le coût supposé de prise en charge pour l'hôpital est proche. Chaque année des tarifs sont fixés par groupe homogène de séjour, les hôpitaux étant rémunérés à la hauteur des séjours effectués par groupe homogène de séjour. L'ensemble des séjours hospitaliers ne sont pas rémunérés de la même manière et la tendance est de rémunérer plus fortement les séjours nécessitant les prises en charge et les actes les plus techniques puisque induisant des coûts supplémentaires. C'est à nouveau la technique qui est encouragée. Cette évolution récente posera obligatoirement la question des soins infirmiers, de l'accompagnement de la personne, de la présence de l'assistante sociale qui sont rémunérés de la même façon quelque soit le type de séjour. La prise en charge de personnes en situation précaire, parfois très déstructurées n'implique-t-elle pas cependant une présence accrue de la part des

professionnels infirmiers, d'accompagnement, sociaux ? L'évolution de la tarification n'entraîne pas le risque d'une sélection des patients, les patients nécessitant une prise en charge très technique étant avantagés au regard des autres ? Quelle place pour des personnes désaffiliées dans un tel système ? Quels liens lui seront proposés lors de son hospitalisation ?

B) Accès aux soins des exclus : la réaffirmation du rôle social des établissements publics de santé

Malgré sa vocation première, l'hôpital n'est pas toujours très performant dans l'accueil des personnes en situation de précarité. Comme le précisait Véronique Herzog – Direction des hôpitaux – en 1995, plusieurs facteurs expliquent les difficultés d'accès aux soins hospitaliers. Pour beaucoup, nous retrouvons ceux évoqués précédemment pour ce qui concerne l'accès aux soins en général : « le comportement des personnes en situation de grande pauvreté qui, pour la plupart, ont perdu tout réflexe de recours aux soins », « l'ignorance ou la méconnaissance des droits et l'absence de toute initiative pour effectuer une démarche administrative ». Cependant, l'hôpital oppose lui-même un certain nombre de barrières dans son fonctionnement propre qui peuvent décourager les plus démunis dans leur démarche de demande de soins. Il faut évoquer à ce titre « la complexité et la lenteur des procédures » nécessaire à l'ouverture de droits, « la remise d'une facture pour des soins effectués en urgence aux personnes qui n'ont pas encore fait valoir leurs droits » et enfin, le « paiement du ticket modérateur et du forfait journalier laissés à la charge du patient ». <sup>65</sup> La couverture maladie universelle a répondu du moins partiellement à ses derniers écueils comme nous l'avons vu précédemment.

Devant les limites de l'hyperspécialisation des institutions sanitaires et des institutions sociales et médico-sociales, le législateur a initié en 1991 une évolution notoire du droit hospitalier permettant aux directeurs d'hôpital de réaffirmer la mission sociale de leurs établissements. La loi de 1991 permet ainsi de créer au sein des établissements publics de santé des structures à vocation sociale. Les Hôpitaux de Chartres gèrent ainsi un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, un service de soins à

---

<sup>65</sup> Véronique HERZOG, La santé : se loger, se nourrir, se soigner... *Actualité et dossier en santé publique*, septembre 1995, n°12, p.14-16

destination d'enfants autistes et un centre de consultations et d'informations à destination des personnes toxicomanes.

La loi de lutte contre les exclusions est également venue rappeler à l'hôpital son rôle social. A l'article L711-3 du code de la santé publique, nous pouvons désormais lire que l'hôpital concourt « à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans un dynamisme de réseaux ». Par ailleurs, cette même loi est venue préciser la mission de continuité des soins inscrite dans le code de la santé en précisant le mode d'action des hôpitaux en la matière qui doivent s'assurer « 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. A 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 ».<sup>66</sup> Dans ses missions, l'hôpital qui se doit d'accueillir toutes les personnes qui s'adressent à lui a donc également une double mission sociale de lutte contre les exclusions et de continuité des soins. La seule prise en compte de l'état de santé de la personne ne peut suffire et cela peut se comprendre. Dans une logique de continuité des soins, si la personne n'a pas les moyens de se loger, de se nourrir, de se protéger du froid, si elle n'a pas de ressources pour acheter les produits pharmaceutiques, n'est pas affiliée à la sécurité sociale ou encore n'a personne pour s'occuper d'elle pendant la période de convalescence, la prise en charge médicale à l'hôpital n'aura servi à rien ; l'état de santé de la personne se dégradera très vite et la personne se retrouvera à nouveau hospitalisée et sans doute avec des complications. Une bonne prise en charge sur le plan médical implique de s'interroger sur les conditions de vie de la personne et au besoin de l'aider socialement pour qu'elle puisse prendre en charge sa santé.

A cette mission sociale s'ajoute un constat qui s'est renforcé ces dernières années : les personnes fragiles, en situation précaire, les grands marginaux et les familles démunies recourent au système de soins en premier lieu par l'intermédiaire de l'hôpital et notamment du service des urgences. Bien plus, pour certaines populations en situation précaire, l'hôpital est aussi parfois le seul contact avec un service public. L'hôpital a donc dû s'adapter et évoluer de manière à non seulement prendre en charge la santé des personnes en situation précaire mais aussi leur permettre d'accéder à leurs droits sociaux. Peu à peu, les

---

<sup>66</sup> Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 *d'orientation relative à la lutte contre les exclusions*, article 73

établissements publics de santé se sont transformés en un lieu d'accueil et d'orientation des personnes en situation précaire nécessitant une coopération toujours plus étroite avec les autres organismes publics et les structures sociales.

Pour ce qui est des autres difficultés d'accès aux soins hospitaliers, la création des permanences d'accès aux soins de santé fut une véritable révolution. Ces permanences qui voient le jour dès 1984 à Nanterre et vont se développer surtout à partir des années 1990 avec la publication des circulaires du 17 décembre 1993 et du 21 mars 1995 relatives à l'accès aux soins des plus démunis. La première circulaire demande aux préfets de conclure des conventions avec les hôpitaux afin de permettre la délivrance de soins et de produits pharmaceutiques à destination des populations dont l'instabilité sociale ou géographique ne permet pas d'assurer le suivi. La seconde prévoit l'implantation de cellules administratives d'accueil permettant d'accompagner les personnes dans leurs démarches administratives de demande de droits.<sup>67</sup> Nous trouvons à l'intérieur de ces deux circulaires l'essence de ce qui deviendra les permanences d'accès aux soins de santé prévues dans la loi contre les exclusions, à savoir : l'accès aux soins, la délivrance gratuite de traitements, l'accès aux droits. Comme le précise la loi contre les exclusions, « les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), qui comprennent notamment des permanence d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation précaire, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des convention prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les traitements délivrés gratuitement à ces personnes. »<sup>68</sup> Dès 1994, les premiers résultats positifs de ces nouvelles structures sont mentionnés dans le rapport Lebas : selon le rapport portant sur l'accueil des démunis à l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris, 30% des malades soignés dans ces structures d'accueil avaient retrouvé une protection sociale dès la première consultation et entre 40 et 60% des patients retrouvent leurs droits en quelques semaines.<sup>69</sup>

---

<sup>67</sup> Ibid.

<sup>68</sup> Ibid., article 76

<sup>69</sup> Jacques LEBAS, *Accueil des malades démunis à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris*. Paris : rapport, novembre 1994

Si ces structures répondent parfaitement aux besoins des personnes en situation précaire leur permettant à la fois un accès aux soins et un accès à leurs droits, deux dangers peuvent guetter ce type d'organisation. Les PASS ne devaient surtout pas devenir un lieu à part dans les hôpitaux qui aurait abouti à créer de nouveaux dispensaires exclusivement réservés aux personnes en situation précaire, un peu éloignées des autres structures hospitalières. L'objectif qui est la réintégration dans le système de santé commun ne serait alors pas atteint puisque les personnes démunies se retrouveraient contraintes de consulter dans des structures à l'extérieur de l'hôpital. La création de services de soins spécialisés reviendrait à stigmatiser les populations démunies et renforceraient encore les inégalités. Le deuxième écueil à éviter pour les PASS serait de se renfermer sur l'hôpital. Ces structures doivent au contraire être ouvertes et travailler en réseaux en particulier avec les structures sociales mais aussi la médecine de ville. Si en effet l'objectif est la réintégration dans le système commun, il importe de ne pas développer dans l'esprit des populations qui viennent consulter dans les PASS que leur seule porte d'entrée dans le système de santé serait l'hôpital. Cela signifierait que les personnes en situation précaire n'ont pas la possibilité d'accéder aux soins en ville et ainsi ne sont pas égales dans leurs accès aux soins avec le reste de la population. Or, depuis la création de la CMU, les plus démunis peuvent désormais avoir accès à l'ensemble des spécialités.

Par ailleurs, si les hôpitaux ont bien progressé dans leur organisation et ont su s'adapter aux besoins des personnes en situation précaire, tous les acteurs hospitaliers n'ont pas pris la mesure de l'enjeu d'un tel accueil. Forts de l'évolution de la répartition des budgets hospitaliers et de l'instauration d'un système de tarification à l'activité, certains médecins hospitaliers refusent d'héberger un patient pour lequel la prise en charge technique est achevée. Et pourtant, lorsque ce même patient est en situation de grande exclusion, si le service social de l'hôpital n'a pas trouvé de solution dans une structure sociale pour assurer l'hébergement de cette personne au moins durant sa convalescence, l'hôpital ne répond pas à la mission de continuité des soins rappelée par le code de la santé publique.

Pour les professionnels de santé, l'accueil des personnes en situation précaire n'est pas toujours évident. Les personnes en situation précaire ne correspondent pas au modèle de patient dont les professionnels ont l'habitude. Lorsque des grands exclus sont hospitalisés dans un service, les soignants et les médecins doivent souvent faire face à la violence, l'absence d'hygiène, des troubles graves du comportement qui doivent être régulés. Les personnes en situation précaire exigent davantage de soins, ce qui peut paraître très lourd pour des personnels qui sont le plus souvent déjà débordés. Autant de raisons qui rendent parfois les personnes en situation précaire indésirables dans certains services de soins. La réaction peut alors être de renvoyer la personne vers la permanence d'accès aux soins de

santé, spécialisée dans l'accueil des personnes en situation précaire. Xavier Emmanuelli qui a dirigé la « maison Nanterre » déplore ce rejet dont lui aussi a pu faire l'objet en tant que médecin des exclus. Le médecin et les professionnels intervenant dans le centre d'accueil étaient assimilés à la population des personnes en situation de précarité et rejetées de l'organisation hospitalière, comme une structure à part. «A Nanterre, mon service était coupé de l'hôpital, bouclé par un grillage dont l'unique entrée était gardée par une administration policière. Je ne sais quelle violence on craignait de la part de ces pauvres hères, qu'il ne fallait pas mélanger avec les « vrais » malades. On les appelait d'ailleurs « tes malades ». »<sup>70</sup> Nous ne mesurons peut-être pas les conséquences d'un tel constat pour des personnes en situation précaire, fragiles et rejetées de partout. Le regard de l'institution renvoie la personne à ses handicaps, à ses difficultés, l'empêchant du même coup de s'en sortir et d'oser réintégrer la norme sociale. L'hôpital a au contraire une responsabilité importante dans l'accueil de ces personnes comme des personnes, aux mêmes droits que le reste de la population afin de les mener progressivement vers une plus grande estime d'elles-mêmes.

Si l'accueil de la misère sociale, l'accueil de la précarité et de la pauvreté, de la grande exclusion et de la marginalité est si difficile à l'hôpital, n'est-ce pas justement aussi parce que l'hôpital dans son histoire s'est tant séparé du social renvoyant les missions d'accueil, d'hébergement et de protection des personnes démunies aux structures du social ? La séparation entre le sanitaire et le social abouti à cette aberration selon laquelle la situation sociale d'un individu lorsqu'elle est dégradée peut justifier la non prise en charge de la personne par l'institution hospitalière. Nous sommes alors à mille lieux des missions de l'hôpital public, de cette mission d'accueil qui en fait son essence. Comme le soutiennent de nombreux analystes de la précarité, la population précaire peut aussi se définir comme la population cible des dispositifs d'aide publique. Comme le dit lui-même Serge Paugam<sup>71</sup>, le pauvre, l'exclu, le marginal est celui qui devrait être pris en charge par les institutions publiques. Le rejet par l'hôpital public des personnes en situation précaire n'est donc pas supportable, d'autant plus que rappelons-le, l'hôpital reste pour beaucoup le seul espace de recours aux soins et parfois même la seule structure publique à laquelle s'adressent certains individus.

---

<sup>70</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p. 75-76

<sup>71</sup> Serge PAUGAM, *op. cit.*

C) Tarification à l'activité, accueil des personnes en situation précaire et organisation hospitalière

Nous avons vu précédemment cette crainte monter parmi les praticiens hospitaliers de voir leur durée moyenne de séjour augmenter du fait de l'accueil de très nombreux individus en situation précaire. Il paraît intéressant à ce titre de vérifier l'impact de la prise en charge des publics défavorisés sur le fonctionnement et l'économie des hôpitaux. Pour cela, la mission PMSI a lancé en 1998 une étude sur les impacts de la prise en charge de patients en situation de précarité sur les hospitalisations de court séjour. L'étude qui portait sur une vingtaine d'établissements relevant du service public hospitalier distinguait trois types de précarité : la précarité de revenus, la précarité d'environnement, la précarité d'isolement. Sur les 55 626 séjours analysés, 9% d'entre eux pouvaient être codés « séjours précaires » et renvoyaient à l'un des trois types de précarité définis ci-dessus.

Le premier résultat de l'enquête permet d'établir que les personnes en situation précaire sont hospitalisées pour des séjours qui en moyenne sont plus lourds du point de vue du groupe homogène de séjour (GHS) que le reste de la population. Les coûts entraînés par la prise en charge des personnes en situation précaire sont donc plus importants. Au regard de ce qui précède, deux hypothèses théoriques nous permettent d'expliquer ce résultat. Selon la première hypothèse, les personnes en situation précaire, bien que ne manifestant pas de pathologies spécifiques se caractérisent par une multiplication et une intrication des handicaps tant sanitaires que sociaux. Ainsi, nous trouverons plus fréquemment des poly-pathologies au sein de la population des personnes en situation précaire nécessitant des séjours hospitaliers dans plusieurs services ou du moins relevant de plusieurs spécialités. Selon la seconde hypothèse, les personnes en situation précaire rencontrant des difficultés dans l'accès aux soins ne peuvent bénéficier d'un suivi performant de leur santé. L'hôpital est l'ultime recours quand véritablement la personne ne peut plus se passer de soins. L'absence de prévention et de suivi sanitaire entraîne donc une aggravation des pathologies rencontrées qui peut expliquer le coût plus élevé du GHS moyen des séjours des personnes en situation précaire au regard de celui des séjours du reste de la population.

L'intérêt de cette étude est de ne pas en rester là et de comparer le coût de la prise en charge d'une personne en situation précaire à celui de la prise en charge d'une personne en situation non précaire et cela à pathologie équivalente. Cela permet du même coup de faire ressortir la précarité comme unique variable. L'étude montre que, « à GHS identique, les séjours des patients dits « précaires » ont une durée de séjour globalement supérieure de 36% à celle des patients « non précaires ». Pour ces patients, le séjour moyen dure environ 2,52 jours de plus que pour les patients non précaires. A propos de l'impact de la précarité

sur le coût de séjour, on observe un effet quasi-similaire : les séjours précaires apparaissent y coûter environ 33% plus cher que les séjours des patients non précaires, ce qui représente un surcoût de 6 345 francs. »<sup>72</sup> Caryn Mathy et Max Bensadon tentent d'analyser les raisons d'un tel surcoût et s'aperçoivent alors que ce surcoût s'explique non pas par une prise en charge plus complexe et des soins plus lourds mais par une durée de séjour plus longue. Le coût d'un séjour d'une personne précaire est donc plus élevé que celui d'une personne non précaire et cela pour une seule et même raison : l'allongement de la durée de séjour pour les personnes en situation précaire. L'étude scientifique semble donc corroborer le sentiment de nombreux médecins hospitaliers qui s'étonnent de la durée de séjour de certains patients en situation précaire.

Un intérêt supplémentaire de cette étude est à rechercher dans la distinction des trois types de précarité : la précarité de revenus, la précarité d'environnement et enfin la précarité-isolement. Les résultats de l'étude et en particulier l'augmentation du coût et de la durée de séjour sont beaucoup plus marqués lorsque l'origine de la précarité est une question d'isolement que pour les deux autres causes de la précarité. L'étude scientifique des séjours de ces 20 établissements semble donc rejoindre les théories de la précarité et en particulier l'analyse de Serge Paugam selon lequel la précarité trouve son origine dans le chômage et dans la crise du lien social. L'étude montre ainsi que les conséquences de la précarité-isolement sur le besoin de santé sont beaucoup plus fortes que pour les autres types de précarité. Comme nous l'avons montré précédemment, le véritable enjeu de la précarité n'est donc pas la pauvreté ni même l'accès au logement. La lutte contre les exclusions passe d'abord par la création de liens avec cette personne qui seuls pourront permettre une reconstruction de la personne.

Ce développement interroge fortement la réforme de la tarification à l'activité. Dans un système de financement tel qu'il est en vigueur depuis cette année, les établissements sont financés sur la base des types de séjour réalisés par l'hôpital au regard de la liste des groupes homogènes de séjour (GHS) publiée par le ministère de la santé. De ce fait, les établissements qui accueillent de nombreuses personnes en situation précaire risquent d'être pénalisés, la durée des séjours et leurs coûts augmentant alors que l'établissement sera facturé au nombre de séjours effectués. Pour autant, du fait de ses obligations de

---

<sup>72</sup> Caryn MATHY et Max BENSADON, *Impact de la prise en charge de patients en situation de précarité sur les hospitalisations de court séjour*. Paris : Ministère de la santé, Mission PMSI, 22 février 2000, p. 22

service public, l'hôpital ne pourra jamais faire un tri dans les patients accueillis. Il s'agit donc de réfléchir à un forfait précarité qui viendrait pondéré positivement le GHS de manière à prendre en considération l'allongement du séjour hospitalier du fait des caractéristiques sociales de la personne. L'enjeu d'un tel dispositif est d'autant plus grand que comme les auteurs le signalent, « le coût des soins infirmiers est lissé sur tous les séjours d'une même unité de soins et le coût des équipes sociales est réparti sur l'ensemble des journées d'hospitalisation. Or, il est possible que la charge en soins infirmiers (soins relationnels) soit supérieure pour certains des patients précaires et il est vraisemblable que la population des patients en situation de précarité bénéficie, plus de toute autre, du travail des équipes d'assistance sociale ».<sup>73</sup>

---

<sup>73</sup> *Loc. cit.*

### 1.2.3 Personnes en situation précaire et institution

Si l'institution hospitalière a un rôle tout à fait central dans la prise en charge des personnes en situation précaire, rôle social réaffirmé par la loi contre les exclusions, l'hôpital n'a pas toujours su répondre aux besoins des personnes en situation précaire. La deuxième cause des difficultés rencontrées par les personnes en situation précaire dans leur accès aux soins hospitaliers est à rechercher directement auprès des personnes concernées. Leurs conditions de vie, leur désaffiliation par rapport à la société entraîne souvent l'émergence d'un sentiment de méfiance à l'égard du système de soins, de l'univers médical et hospitalier. Les peurs nourries par rapport à l'hôpital ainsi que l'absence de demande de soins chez une majorité de personnes en rupture entraîne la nécessité pour les médecins et les soignants d'être formés à la prise en charge de ces publics.

#### A) Un sentiment de méfiance

Les personnes en situation précaire montrent souvent un sentiment de méfiance à l'égard de l'hôpital dont les origines sont multiples et répondent en général à l'histoire de la personne.

La première raison d'un tel sentiment de méfiance est la peur que peut générer l'institution hospitalière auprès des personnes qui doivent être hospitalisées et pas seulement des personnes en situation précaire. L'hôpital fait peur : il demande à la personne de se dépouiller d'elle-même pour s'en remettre à des spécialistes qui vont analyser son corps pour rechercher les causes de la maladie. Comme l'exprime David Le Breton, professeur de sociologie à l'université Marc Bloch de Strasbourg, « l'hospitalisation est pour la plupart des individus l'équivalent de l'entrée en une terre étrangère dont ils ne parlent pas la langue et ignorent les usages. »<sup>74</sup> Plusieurs éléments nous permettent de comprendre cette rupture que constitue l'hospitalisation dans la vie d'un individu. Non seulement la personne est mise à nu, privée de son autonomie et démunie dans sa souffrance et son angoisse face à la maladie, mais en plus, elle doit se plier à des règles de vie sur lesquelles elle n'a aucune prise et qui ne correspondent pas forcément à sa culture. De plus, la langue très technique des médecins et des soignants qui s'expriment pourtant sur la maladie de la personne est

---

<sup>74</sup> David Le Breton, Hôpital et hospitalité, *Cultures en mouvement*, octobre 2003, n°61, p.20

parfois incompréhensible pour la personne alitée qui n'ose pas toujours demander davantage d'explications. Le plus grave dans ce fonctionnement de l'institution hospitalière est cette tendance certaine à l'uniformisation des pratiques ; sous prétexte de technicité et parce qu'elle ne s'intéresse qu'à la seule maladie, les protocoles de soins, la prescription des examens sont uniformisés. David Le Breton dans son étude du fonctionnement hospitalier déclare à ce propos : « l'hôpital tend à uniformiser les soins, à négliger ou à sous-estimer les singularités liées à l'histoire ou à l'origine du malade. »<sup>75</sup> En ne s'intéressant qu'à la seule maladie, les professionnels de santé oublient parfois cette part d'individualité, cette part d'histoire, ces origines culturelles, familiales qui font la personne alitée en face d'eux. Cette insuffisance d'un regard global de la personne de manière à identifier l'ensemble des besoins est sans doute encore plus dommageable pour des personnes en situation précaire qui ont déjà le sentiment de n'exister pour personne. Comme nous l'exprimons ci-dessus, l'hôpital est parfois la seule institution publique rencontrée par ces personnes ; d'où l'importance pour ces personnes d'être considérées dans leur histoire, dans leurs origines et leur identité propre.

L'ensemble de ces appréhensions que nous venons de passer en revue ont sans doute des conséquences encore plus marquées pour des personnes en rupture vis-à-vis de la société. Les différences culturelles, la technicité de la langue utilisée par les professionnels, l'imposition de règles de vie très strictes, autant d'éléments qui sont probablement plus difficiles à accepter pour des personnes en rupture, les personnes démunies, les ménages en grande pauvreté, parce que « plus désarmés que les autres pour s'appropriier les clés d'un tel système et moins enclins à revendiquer des droits en rappelant les devoirs de l'hôpital ». <sup>76</sup> C'est donc principalement ce problème de compréhension de la culture hospitalière qui génère cette peur, cette méfiance parfois vis-à-vis de l'institution hospitalière, peurs renforcées pour les personnes d'origine étrangère ne maîtrisant pas la langue française et qui ne comprennent pas toujours ce qui va leur arriver. C'est ce que remarque Hnina Tuil, puéricultrice aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg à propos des enfants d'origine migrante : lors de son hospitalisation, l'angoisse de l'enfant liée à la perte de ses repères familiaux et à la séparation avec le milieu familial « est majorée chez l'enfant d'une autre origine culturelle. Le milieu hospitalier lui semble d'autant plus étranger et inquiétant qu'à la défaillance de ses repères affectifs et sociaux s'ajoute la perte des repères

---

<sup>75</sup> *Loc. cit.*

<sup>76</sup> *Ibid.*, p.21

coutumiers : la langue, les rythmes, les proximités corporelles, etc. il vit dans une désorientation de toutes ses habitudes par le décalage culturel subi. »<sup>77</sup>

La méfiance face à l'institution hospitalière est sans doute encore renforcée pour les populations en situation irrégulière qui court toujours le risque d'une expulsion vers leur pays d'origine. Pour beaucoup, l'hôpital est assimilé aux services de police ; lorsque le service des admissions demande son nom à la personne, la personne craint alors parfois d'être repérée par les services de police et renvoyée dans son pays. Cette méfiance au regard de l'institution hospitalière comme à l'encontre de l'ensemble des institutions publiques s'est sans doute renforcée ces derniers temps avec le renforcement de la politique des frontières menées par le gouvernement en place. Dans un article récent publié dans le journal *Le monde*, nous apprenions ainsi que les enfants non accompagnés dans leur voyage aérien étaient systématiquement renvoyés vers leur pays d'origine, même lorsqu'un des parents les attend à l'arrivée. Cette situation paraît inacceptable surtout lorsque l'enfant n'a plus personne dans son pays d'origine, sa famille ayant été décimée, mais la police des frontières applique la loi française qui exige d'avoir des papiers en règle pour se rendre sur notre territoire. Selon Héléne Gacon, présidente de l'association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers, « une telle pratique est contraire aux intérêts de l'enfant qui devrait normalement pouvoir rejoindre sa mère ».<sup>78</sup> Des initiatives nationales telles que l'hébergement d'urgence des personnes sans abri en période hivernale, initiatives au profit des personnes sans domicile fixe, peuvent parfois s'avérer dramatiques pour le fragile équilibre, ce « chez-soi » qu'elles avaient réussi à bâtir. Comme le souligne Xavier Emmanuelli à propos de l'opération de l'hiver 2002-2003, « pour les dix pour cent de personnes potentiellement en danger, elle a démolé le fragile pont de confiance et de respect que nous tentons d'établir avec chacun d'eux sur la durée ».<sup>79</sup> Face aux personnes en situation précaire, les actions des institutions doivent donc avoir comme premier fondement le respect de la personne et de sa volonté de manière à éviter d'anéantir le fragile équilibre qui parfois seul leur reste.

---

<sup>77</sup> Hnina TUIL, Accueillir le jeune enfant d'origine migrante, *Cultures en mouvement*, n°61, octobre 2003, p.47

<sup>78</sup> citée par Sylvia ZAPPI, Les associations dénoncent la généralisation du placement en zone d'attente des mineurs isolés. *Le Monde*, samedi 7 août 2004, p.7

<sup>79</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p.66

## B) L'absence de demande de soins

Cette méfiance au regard des institutions et plus spécifiquement par rapport au système de santé génère un phénomène très spécifique des personnes en situation précaire qui est l'absence de demande de soins, élément que nous avons déjà abordé succinctement ci-dessus. Les personnes les plus désaffiliées souvent ne demandent plus rien aux institutions publiques alors même que la première vocation de ces institutions est justement de prendre en charge ces personnes. Derrière ce paradoxe se cachent plusieurs réalités que nous allons essayer d'explorer à présent.

La première raison qui peut amener des personnes à ne plus rien demander c'est sans doute le fait d'avoir été rejetées de toutes les institutions, par le reste de la société. Comme le soulignait déjà Georg Simmel au début du vingtième siècle, la catégorie des pauvres est une construction sociale ; c'est la société qui détermine qui sont ses pauvres, qui génère de l'exclusion en renvoyant les personnes à leur pauvreté. Créer de l'exclusion commence sans doute par le fait de ne pas entendre la demande d'aide des personnes en situation précaire. Alors, fatigués de n'avoir jamais eu de réponse, les personnes passent dans la dernière phase de l'exclusion, celle qu'Alexandre Vexliard nomme la phase d'abandon. La personne n'aura plus l'énergie suffisante pour aller demander. Ce processus, Xavier Emmanuelli l'a vécu alors qu'il dirigeait la « maison de Nanterre ». « Ils savaient bien qu'ils étaient dans un état de crasse répugnante, qu'on s'écartait d'eux avec horreur. S'ils s'étaient adressés à des passants, on aurait fait mine de ne rien entendre ; s'ils étaient allés voir un médecin, leur seule présence dans la salle d'attente aurait fait fuir tout le monde ; aux urgences, on les aurait fait passer après tout le monde, tant il est vrai que leur situation n'est jamais perçue comme relevant de l'urgence. Ils avaient donc appris l'inutilité de toute demande. Comme les détenus, ils finissaient par comprendre que leur voix ne serait pas entendue, mais dans leur cas pour des raisons inverse : parce qu'ils étaient « enfermés dehors ». »<sup>80</sup> Si les personnes ne demandent plus rien, n'expriment plus de demande de soins, c'est donc aussi parce qu'elles ne sont pas écoutées comme des personnes malades nécessitant des soins. Au contraire, les institutions ne voient très souvent que l'image de la personne, sa saleté, ses difficultés de s'exprimer en français, ses vêtements, sa très forte alcoolisation sans percevoir derrière sa présence une demande de soins.

---

<sup>80</sup> *Ibid.*, p.70

Au-delà de la méfiance à l'égard des institutions publiques, les personnes en situation précaire ont aussi très souvent honte de devoir afficher leur misère, honte de venir demander de l'aide. Les personnes démunies, lorsqu'elles ne sont pas déstructurées, ont leur fierté et ne souhaitent pas toujours bénéficier de leurs droits, de l'aide ou de l'assistance comme nous avons pu le constater en amont à propos du versement des minima sociaux.

Enfin, ces personnes connaissent parfois un tel degré de délabrement qu'elles ne sont plus en mesure de demander de l'aide. Les effets destructeurs de l'alcool et des drogues est à ce titre particulièrement révélateur : les personnes ne sentent alors même plus la douleur de leur corps qui finit par ne plus leur appartenir totalement. La précarité conduit les personnes à s'endurcir face à la douleur de leur corps, les personnes finissant par accepter la douleur ou par l'oublier avec l'alcool et les drogues.

#### **1.2.4 La nécessité d'une prise en charge globale de la personne**

Comme nous l'avons montré dans les deux développements précédents, les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation précaire ne sont pas seulement des problèmes d'accès aux droits. A couverture maladie équivalente, les personnes en situation précaire éprouveront plus de difficultés à se rendre à l'hôpital du fait des peurs et des appréhensions face à l'institution hospitalière. Dans le même temps, malgré une profonde évolution ces dix dernières années, du fait en particulier de la création des PASS, l'hôpital demeure une structure tournée vers les soins, la prise en charge du social n'étant jamais affichée comme une priorité. Au-delà de ces différences culturelles entre l'hôpital et les populations en situation précaire, n'est-ce pas en réalité le système de santé dans sa construction récente qui paraît inadapté à la prise en charge de ces populations qui ont autant besoin de soins que de se reconstruire leur identité ?

##### **A) Le risque de la technicité**

L'évolution de la médecine depuis un siècle a permis de progresser sans commune mesure avec le passé dans la connaissance du fonctionnement du corps humain. Désormais des techniques d'imagerie permettent de voir le cerveau fonctionner, de repérer les liaisons éventuelles guidant le chirurgien qui n'aura qu'à percer trois petits trous pour effectuer son intervention. Il est désormais possible de programmer des interventions assistées par ordinateur durant lesquelles le chirurgien pilote les instruments depuis un clavier d'ordinateur avec une précision sans égale. Dans le domaine de la cardiologie les infarctus sont désormais traités par l'angioplastie avec l'installation de stents permettant de retarder l'occlusion des artères. Les services de cancérologie adaptent désormais les thérapies à chaque patient en maximisant les chances de guérison. La médecine a ainsi développé des techniques impressionnantes tant sur le plan du diagnostic, des actes médicaux que des traitements. L'évolution hospitalière que nous avons présentée précédemment et l'entrée de la recherche dans les hôpitaux publics expliquent une bonne partie de cette évolution. L'investissement hospitalier dans le domaine du biomédical occupe un des premiers postes des dépenses des hôpitaux : cette évolution a un coût, compensé par l'évolution des systèmes de tarification qui incluent ces investissements nécessaires pour atteindre un taux d'équipement technologique qui reste néanmoins très inférieur à ce qui peut être observé dans un pays tel que les Etats-Unis. Lorsque nous constatons le coût de ces nouveaux investissements, ils peuvent paraître excessifs au regard des sommes qui seront engagés

par ces mêmes établissements dans la lutte contre les exclusions. Nous retrouvons alors à l'échelle d'un hôpital ce qui est valable au niveau d'un Etat ou du monde. « Moi, je suis toujours aussi suffoqué par la tragique absurdité du sort fait aux exclus. Qu'ils passent sous une voiture, et rien n'est trop beau pour réparer leur pauvre organisme, la chirurgie la plus performante, les outillages les plus dispendieux, les journées hospitalières à des prix astronomiques. Mais on n'investit, quand on le fait, que le strict minimum pour les secourir de l'abandon qu'ils vivent au quotidien. Nous sommes sous le joug de la machine et de son corollaire, celui de la réparation organique. »<sup>81</sup>

Derrière ce coût important de la technique, l'orientation toujours plus en avant de la médecine vers le domaine des hautes technologies traduit aussi une évolution des conceptions de ce qu'est et de ce que doit être la pratique médicale. Lorsqu'un patient arrive aux urgences et qu'il ne lui est pas prescrit un bilan sanguin, il manque quelque chose dans la prise en charge. Le fait de disposer de techniques de plus en plus performantes dans le domaine de l'imagerie implique d'utiliser la machine la plus performante dès que le médecin radiologue n'est pas certain de son diagnostic. Fait le plus marquant, les patients eux-mêmes demandent à pouvoir bénéficier de tel ou tel examen et s'étonne parfois de ne pas avoir eu de scanner, de doppler ou d'échographie. La pratique de la médecine hospitalière ne s'envisage plus sans machine. Le danger est de ne s'intéresser à la médecine que sous l'angle de la technique, des soins de haut niveau en oubliant tout ce qui fonde la médecine à savoir le dialogue avec le patient, l'écoute, le conseil et la réassurance dont nous parlions précédemment. Xavier Emmanuelli nous conseille à ce propos de se référer à l'anglais pour bien comprendre ces enjeux : en anglais, deux termes sont utilisés pour traduire le mot français soigner. Il s'agit de distinguer le « soin » – cure –, renvoyant aux actes techniques, du « prendre soin » – care –, renvoyant davantage à l'écoute du patient, à son accompagnement quant à sa maladie, à l'apprentissage qui sera nécessaire pour qu'il devienne autonome quant à son traitement. Selon Xavier Emmanuelli, « c'est l'excellence du cure que recherche l'hôpital, c'est de sa puissance thérapeutique qu'il tire sa gloire et puissance. Le care, conçu comme un confort supplémentaire, apparaît comme secondaire ».<sup>82</sup> Comme le souligne Xavier Emmanuelli, c'est sans doute du devoir des hôpitaux que d'assurer aussi cette part du care, de l'accompagnement des personnes, et ce d'autant plus que les personnes hospitalisées sont par définition fragilisées par la maladie,

---

<sup>81</sup> *Ibid.*, p.95

<sup>82</sup> *Ibid.*, p.91

en perte de repères, à la recherche d'une identité parfois du fait de leur perte d'autonomie et ce quelque soit leur condition sociale.

Cette évolution, Philippe Bagros, professeur responsable du département sciences humaines et sociales à la faculté de médecine de Tours, l'explique par la confusion qu'il y a entre le sujet et la maladie. « Le sujet est réduit à sa maladie ; son corps à un présentoir de maladie. » Puisque l'objet de la médecine est devenu la maladie, l'efficacité demande que l'ensemble des moyens disponibles soient utilisés pour pouvoir établir un diagnostic, assurer le traitement, l'objectif étant la sortie du malade le plus rapidement possible, cette sortie étant devenue un nouveau type de guérison socio-économique.<sup>83</sup> Le corps n'est plus considéré que comme une machine dont il faut repérer et prévenir les pannes tandis que la santé serait synonyme de corps en parfait état de fonctionnement. Nous sommes là bien loin de la conception de la santé selon l'Organisation mondiale de la santé qui définit la santé comme « un état de complet bien-être, non seulement physique et psychique, mais aussi social, et ne consiste pas seulement en une absence de lésion. » Le risque de la technicité est justement celui de ne plus voir la personne malade que sous l'angle de ses lésions, en oubliant ce qui la constitue comme personne, son identité, son histoire.

La deuxième grande évolution de la médecine et qui n'est pas sans lien avec l'important développement de la technique dans les approches diagnostiques et thérapeutiques est la spécialisation de plus en plus grande des services de soins hospitaliers. Cet autre aspect de l'évolution de la médecine permet au patient de s'adresser à un spécialiste de sa pathologie. En médecine comme dans d'autres disciplines, il est important d'avoir de l'entraînement afin d'être un bon médecin. Ainsi, un spécialiste a davantage de chances d'avoir déjà traité la pathologie du patient. Son geste médical sera d'autant plus sûr, son diagnostic d'autant plus arrêté et son efficacité plus grande. Pour les patients, nul doute que la très grande spécialisation des services de soins hospitaliers a permis une prise en charge de meilleure qualité. Parallèlement, c'est à la condition de cette spécialisation toujours accrue que les médecins ont pu mener les travaux de recherche de manière aussi aboutie depuis la seconde guerre mondiale. Un médecin qui assure le suivi de très nombreuses pathologies différentes ne pourra pas mener la recherche sur l'une d'entre elles aussi loin qu'un médecin pour lequel cette pathologie est la seule activité. Enfin, en terme d'organisation, les établissements ont gagné en efficacité, les patients étant accueillis par catégorie de

---

<sup>83</sup> Philippe BAGROS, Humaniser l'hôpital, former des étudiants. *Cultures en mouvements*, octobre 2003, n°61, p.27

pathologie ce qui permet une plus grande cohérence dans les circuits logistiques, dans les distributions des traitements pharmaceutiques, une meilleure connaissance des pathologies d'un service par les soignants de ce service et de ce fait une prise en charge des pathologies considérées d'une meilleure qualité.

Tous les avantages de ce mouvement de spécialisation ne doivent pas néanmoins masquer les inconvénients d'une telle évolution. Le premier risque d'une telle évolution renvoie à la problématique de la démographie médicale. Pour qu'un système de santé aussi spécialisé fonctionne, cela implique que l'ensemble des spécialités d'un hôpital puisse recruter les praticiens spécialistes nécessaires pour chacun des services définis. Cela n'est pas le cas aujourd'hui en particulier dans les disciplines les plus sinistrées au niveau national à savoir l'anesthésie, la pédiatrie, la psychiatrie et la gynécologie-obstétrique. Le risque est alors grand de devoir faire appel à des médecins non spécialistes pour assurer le suivi d'une pathologie qu'ils ne maîtriseront pas ou bien à des soignants auxquels il sera demandé d'effectuer des actes médicaux. Dans l'un ou l'autre de ces deux cas de figure, la qualité de prise en charge n'est alors plus au rendez-vous. Deuxième écueil important de cette évolution, les difficultés d'orientation au service des urgences. Il n'est pas rare de constater dans un établissement le manque ponctuel de lits dans tel ou tel service. Il est alors décidé d'admettre les patients relevant de ce service dans un autre service dans lequel la pathologie en question ne sera connue ni des soignants ni des médecins : la prise en charge n'est alors plus la même. Plus concrètement une spécialisation poussée jusqu'à l'extrême peut générer de graves dysfonctionnements dans la prise en charge médicale. En effet, les médecins courent le risque de ne plus savoir soigner que la pathologie pour laquelle ils se sont spécialisés. De ce fait, si la personne rencontre au cours de son séjour une autre pathologie, non associée à la première, elle ne sera pas forcément prise en charge comme il le faudrait. Plus généralement, les poly-pathologies sont souvent mal prises en charge à l'hôpital impliquant le plus souvent des multi-séjours dans plusieurs services différents. D'un côté pratique, la très grande spécialisation des services peut se heurter à la nécessité des professionnels de santé de travailler ensemble, nécessité accrue du fait de ce mouvement sans précédent de spécialisation. Certains chefs de service ne voient plus que par leur service et refusent de s'intéresser aux difficultés d'un autre service, d'autoriser le mouvement de personnel entre services. Cette difficulté de travailler ensemble est d'ailleurs en grande partie renforcée par la nouvelle tarification à l'activité selon laquelle les établissements sont rémunérés par groupe homogène de séjour c'est-à-dire pour une grande partie par pathologie et donc par service. De ce fait, nous rencontrons parfois des médecins dont l'activité est très rémunératrice et qui demandent en conséquence de recevoir un budget de service, un budget d'investissement, à la hauteur de la valorisation de l'activité du service. Une telle attitude est la mort de l'hôpital qui se doit de soutenir certaines activités,

même non rémunératrices pour l'établissement afin de garantir à l'ensemble de la population la même offre de soins quelque soit le point du territoire.

## B) Technicité, exclusion et souffrance des patients

Quelles sont les conséquences d'une telle évolution de la médecine sur l'accueil et la prise en charge des personnes en situation précaire. C'est ce que nous allons à présent tenter d'exposer.

Les développements précédents ont montré que les besoins des personnes en situation précaire ne se limitaient pas au seul fait de pouvoir recouvrer un corps en excellent état de fonctionnement. Ces personnes qui sont souvent brisées par la vie, ne voient plus le sens de leur existence, sont en manque de repères ont autant besoin d'être pris en charge sur le plan des soins techniques que d'être pris en charge sur le plan du « care » pour reprendre le mot anglais. Comme l'expose le rapport Lebas intitulé « A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital », « la précarité est un processus et non un état – éventuellement réversible – où le cumul des handicaps économiques et sociaux, des difficultés des conditions de vie et de ruptures biographiques de tous ordres, est susceptible d'entraîner des situations de pauvreté effective, voire d'exclusion irréversible ».<sup>84</sup> L'intérêt d'étudier l'accès aux soins des personnes en situation précaire c'est que cette population traduit sans doute bien une réalité commune dans les faits à l'ensemble des individus. Mais la situation des personnes en situation précaire est tellement fragile, les handicaps tellement nombreux que l'importance du « prendre soin » au regard des soins techniques est davantage visible. Pour se reconstituer les personnes en situation précaire ont aussi besoin d'établir un lien avec les professionnels de santé, de se sentir en confiance. Bien plus les personnes ont besoin de sentir que l'hôpital ne traite pas seulement leur maladie mais qu'il prend en charge tout le corps. Comme l'écrit Xavier Emmanuelli : « un hôpital n'est pas seulement une collection de technologies et de procédures, qu'on y trouve aussi des lits, occupés par des personnes, qu'il est du devoir de la médecine de prendre soin – care – des êtres qui traversent l'épreuve de la souffrance et de l'angoisse. »<sup>85</sup> Les personnes qui sont hospitalisées demandent à être prises en charge dans leur globalité, non seulement sur le plan de la maladie, mais aussi sur

---

<sup>84</sup> Caryn MATHY et Max BENSADON, *op. cit.*, p.5

<sup>85</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p.92

le plan de la souffrance, de l'angoisse devant la mort, de la peur de l'hôpital, de la rupture avec leur milieu de vie. L'écoute de la personne est ainsi au moins aussi importante que de pratiquer un examen très technique qui viendra confirmer le diagnostic médical. Le corps doit lui aussi être pris en charge dans sa globalité. Comme l'expose Philippe Bagros, « l'exclusion commence par le corps au cœur de l'exercice de la médecine ». <sup>86</sup> Une personne dont le corps n'est pas respecté, une personne qui est maltraitée dans son corps ou bien qui elle-même ne va plus porter attention à son corps court le risque de tomber dans la grande exclusion. Soigner son corps, lui porter attention, implique que la personne existe encore pour quelqu'un, qu'elle se donne encore pour objectif d'être en vie le jour suivant, qu'elle peut faire des projets. Ce constat renvoie la médecine et l'hôpital en général à sa mission de « prendre soin » du corps de la personne ; à travers le soin du corps compris dans sa globalité, l'hôpital peut aussi signifier à la personne qu'elle est digne d'intérêt, qu'elle existe pour quelqu'un. Ainsi, pour Philippe Bagros, si l'exclusion commence par le corps, « c'est aussi par le corps que commence la ré-humanisation. Devant un vieillard asilaire les mains crispées sur ses draps, sans mimique, la communication commence par une main posée sur l'épaule ; la tête finit alors pas se tourner, le regard apparaît, et les mimiques s'échanger. » <sup>87</sup>

Prendre en charge le corps dans sa globalité signifie également ne pas s'intéresser exclusivement à la pathologie pour laquelle le patient a été hospitalisé mais s'assurer aussi qu'aucune autre pathologie n'est présente de quelque nature qu'elle soit. Les personnes en situation précaire mais aussi les personnes âgées précaires du fait de leur confrontation à la mort sont deux populations qui présentent souvent plusieurs pathologies en même temps : du fait de l'évolution de la médecine toujours plus spécialisée, ces deux populations ne sont pas adaptées à la médecine moderne : elles ont plus de risques d'être mal prises en charge dans les établissements de santé. La spécialisation elle-même ne crée-t-elle pas de l'exclusion ? En définissant des secteurs de prise en charge toujours plus spécialisés, la médecine génère le risque toujours plus grand pour les patients de ne pas correspondre exactement à la catégorie de patients, aux types de pathologies auxquelles s'intéresse le praticien. Ce risque nous paraît d'autant plus fondé que le nombre de médecins est actuellement en nette diminution. La demande de soins par praticien est ainsi en augmentation, en particulier à l'hôpital, qui devient le seul lieu d'accès aux soins pour une part toujours plus importante de la population. Les listes d'attente, de plus en plus longues,

---

<sup>86</sup> Philippe BAGROS, *op. cit.*, p.26

<sup>87</sup> *Loc. cit.*

permettent aux médecins chefs de service de renvoyer vers un autre spécialiste tout patient dont la pathologie ne cadre pas tout à fait avec son activité la plus courante. Les personnes en situation précaire viennent donc plus largement interroger nos conceptions de la santé et de la médecine. En découpant toujours plus la pratique médicale, on a découpé toujours plus les corps des personnes prises en charge dans nos établissements avec le risque de ne proposer qu'une prise en charge partielle de la personne. En effet, il n'est pas inutile de rappeler que la santé est celle de tout le corps et, comme le soutient l'OMS, va même au-delà de la santé du physique et du psychique mais correspond aussi au bien-être social. « C'est donc dans nos conceptions générales et dans notre système sanitaire même que nous méconnaissions le corps dans sa globalité. L'explosion de l'entité corporelle en une collection de mécaniques éparses, sans rapport avec le psychisme ni l'environnement, génère de la souffrance : extrême dans l'exclusion, elle nous touche tous sous une forme plus ou moins diffuse. »<sup>88</sup> La santé doit toujours être prise en charge dans une vision globale du corps de la personne et une vision globale de la personne. C'est cela que nous rappelle la question spécifique de la prise en charge des personnes en situation précaire. Une médecine qui ne s'intéresse qu'à une partie réduite du corps de la personne, la partie malade fait fausse route : ce n'est pas une maladie qui demande à être soignée, c'est une personne. Les difficultés qui peuvent être rencontrées dans la prise en charge des personnes en situation précaire sont ainsi autant de rappels à l'ordre des missions de la médecine hospitalière, de la médecine en général et de ce qu'attendent les personnes pour leur santé.

C) Les limites de la prise en charge médicale sans prise en charge sociale ou psychologique

Dans notre développement consacré à l'histoire hospitalière, nous avons vu à quel point l'hôpital d'aujourd'hui s'est largement construit par distinction du sanitaire par rapport au social. Au-delà de la médecine, c'est peut-être l'ensemble du système de prise en charge qui est malade, malade de cette hyperspécialisation, de cette technicité toujours plus grande. En effet, les institutions publiques, les associations, devant l'hétérogénéité des situations de précarité ont tendance à ne prendre en charge qu'une toute petite partie de la demande. Ainsi, les structures sociales telles que les centres d'hébergement et de réinsertion sociale

---

<sup>88</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p.82-83

rejetent sans doute autant la prise en charge sanitaire que les établissements de santé la prise en charge sociale. «Ce n'est pas de notre compétence ». Cette hyperspécialisation pose la question de la cohérence des dispositifs mis en place, chacun pouvant s'occuper de sa spécialité sans se préoccuper de l'action des autres acteurs qui prennent en charge les personnes pour ses autres besoins. Ce manque de cohérence est particulièrement visible en été, période durant laquelle les personnes en situation précaire peuvent se retrouver sans aucun soutien, l'ensemble des associations fermant en même temps afin de permettre à leurs salariés et bénévoles de prendre des congés. Chaque association se dit sans doute que sa voisine assurera le relais et au final, c'est la période durant laquelle les personnes éprouvent le plus de difficultés à trouver un logement, à se nourrir, les associations n'assurant pas toujours de permanence.<sup>89</sup> Les institutions publiques sont loin de montrer une plus grande cohérence. Les différentes structures ne se transmettant pas les dossiers, les personnes se voient parfois ouvrir plusieurs fois les mêmes droits. Parfois, ce manque de coordination est dans l'intérêt des personnes mais le plus souvent, elles se retrouvent renvoyées d'un service à l'autre sans que jamais personne ne prenne le temps de faire le point global sur leur situation. Or, comme nous l'avons vu précédemment dans la précarité tous les handicaps se rejoignent, sont intriqués les uns dans les autres. Une prise en charge efficiente de ces personnes en rupture ne peut qu'être globalisée. Les administrations ne se rendent sans doute pas toujours compte des démarches qu'elles exigent de la part des personnes parfois en situation de profonde rupture, avec ces peurs et ces méfiances dont nous avons parlé. Le formalisme administratif nécessite que les personnes répètent régulièrement leur histoire, expriment plusieurs fois l'objet de leur requête alors que les institutions pourraient sans doute communiquer davantage entre elles. Pour une personne qui a honte de venir demander, ces démarches très formalisées peuvent être humiliantes, sans compter les problèmes de compréhension qui se posent pour beaucoup. Ainsi, beaucoup de personnes sont affiliées à la CMU sans savoir exactement ce à quoi donne droit la CMU. Elles ont bien reçu un papier explicatif mais tellement complexe qu'elles n'en ont pas compris le contenu. La prise en charge des personnes en situation précaire vient donc également interroger les pratiques de nos administrations, de ces institutions publiques dont la vocation première est justement la prise en charge de ces publics démunis, désaffiliés, qui souffrent de l'isolement, du regard des autres. Comment sont-ils accueillis dans leurs démarches ? Comment l'administration se met-elle à leur portée ? Des progrès ont été réalisés dans l'objectif de simplification de l'accès aux droits comme par exemple la demande de CMU qui est automatiquement effectuée lors d'une demande de RMI. Et

---

<sup>89</sup> Anne-Claire ORDAS, La pauvreté ne prend pas de vacances. *La Croix*, 3 août 2004, p.3-4

cependant, dans un objectif d'aide des personnes en situation précaire, les institutions et les associations peuvent sans doute faire beaucoup mieux. C'est ce que soutient Xavier Emmanuelli : « pour les exclus, les démunis, ceux qui ne possèdent pas cette faculté de représentation abstraite du monde, se repérer dans ce maquis administratif relève de la gageure. Ils sont condamnés à multiplier les démarches, à les mettre au format de l'administration concernée, et à chaque fois à appuyer leur demande par une description exhaustive de leur cas : ont-ils le RMI, une pension, une carte d'identité, de séjour, des liens, des organismes de référence ?... »<sup>90</sup> En ce qui concerne la CMU, les personnes doivent effectuer une nouvelle demande chaque année de manière à ce que l'administration s'assure que les revenus de la personne n'ont pas dépassé le seuil prévu l'année précédente. Chaque année, la personne doit donc effectuer de nouvelles démarches afin de continuer à être couverte. Ce type de fonctionnement est sans doute une des raisons permettant d'expliquer que l'ensemble des personnes qui normalement devraient être couvertes ne le sont pas. Là encore, nous sommes dans un choc des cultures : ce système très administratif est très loin de la culture des personnes en marge de la société. Il n'est pas question cependant de faire un droit spécifique pour les personnes en situation précaire et il paraît pertinent que les personnes puissent s'adresser aux mêmes services quelle que soit leur condition. Cela peut même être facteur d'intégration ; cependant, les institutions publiques ont sans doute encore de la souplesse à trouver dans leurs relations avec ces publics démunis. Cet accompagnement spécifique prenant en charge la personne dans sa globalité est sans doute la condition nécessaire pour que ce ne soient pas toujours les mêmes groupes d'individus qui se retrouvent à la case départ. Cela demande aussi aux institutions de s'ouvrir aux problématiques qu'elles ne gèrent pas en direct d'habitude, d'apprendre à travailler avec les autres structures : tout un projet pour notre système d'aide et de protection sociale.

Le deuxième élément de cette très grande spécialisation des institutions sanitaires et sociales, dans les institutions publiques et les associations d'aide de notre pays se retrouve dans la transformation des métiers. Nous avons pu le constater en amont pour les métiers hospitaliers pour lesquels il s'agit souvent plus d'apprendre le geste technique que d'apprendre à se situer dans la relation d'aide et d'apprendre à communiquer avec la personne. Ce constat n'appartient pas qu'au milieu hospitalier et aux métiers soignants et médicaux. Lors de notre enquête sur la PASS de Chartres, nous avons ainsi rencontré le directeur du Foyer d'Accueil Chartrain, le plus gros centre d'hébergement et de réinsertion

---

<sup>90</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p.105

sociale du département. Il nous confiait lors de l'entretien que dans le social aussi, les professionnels avaient également tendance à devenir de très bons techniciens, détenant le savoir sur la réinsertion et la prise en charge sociale mais éprouvant parfois des difficultés à accepter que la personne puisse participer à sa propre prise en charge. Et pourtant, passer du statut d'expert à celle d'accompagnateur de la personne qui se prend en charge elle-même, c'est sans doute déjà lui permettre de se réinsérer, d'exister et de ne plus seulement être l'objet de la prise en charge qui lui est proposée. Comme nous le disait ce directeur : « le meilleur expert de la prise en charge d'une personne, c'est la personne elle-même : c'est elle qui sait, qui connaît son histoire et qui porte les clés de sa réinsertion. Nous ne sommes là que pour l'accompagner dans sa démarche ».<sup>91</sup>

Les raisons qui rendent difficiles pour les personnes en situation précaire l'accès aux soins et plus généralement l'accès au système de protection sociale français sont donc multiples et ne se limitent certainement pas aux questions financières. Si les institutions publiques et en particulier les hôpitaux ont d'ores et déjà évolué avec la création des permanences d'accès aux soins de santé, le développement des SAMU sociaux, le développement des services sociaux au sein des établissements de santé, beaucoup reste à faire pour permettre une prise en charge globale des personnes qui permettent de répondre à l'ensemble des besoins de la personne qu'ils soient sanitaires et sociaux.

---

<sup>91</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°9, p.45

### **1.3 Pour un système de prise en charge globale des personnes**

Les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation précaire montrent les limites d'un système de protection sociale à vocation universelle. Notre système doit encore évoluer afin de permettre une prise en charge globale des personnes tant sur le plan sanitaire que social, une prise en charge qui puisse être adaptée à chaque individu. L'accès aux droits fondamentaux est un enjeu de taille puisque seul un égal accès aux droits sociaux permettra d'atteindre l'objectif de cohésion de notre société. Comme l'écrit Xavier Emmanuelli, «de même que, dans le domaine de la justice, les droits de la défense doivent être respectés, aussi démunie ou disqualifiée soit la personne jugée, sous peine de voir sombrer la notion même de droit ; de même la médecine, la santé des catégories les plus défavorisées doit être inscrite dans nos préoccupations, sans quoi nous nous dirigeons vers une médecine sélective qui est la négation même de la notion de santé publique. J'irais même plus loin : l'accès aux droits sociaux et à une place digne dans la collectivité doit être recherché pour tous, et spécialement pour les plus précaires, faute de quoi ce sont les fondements mêmes de notre société démocratique qui s'en trouveront ébranlés. »<sup>92</sup> Comment prendre en charge les personnes en situation précaire ? Quelles solutions rechercher afin de permettre une prise en charge globale dans un système fortement sectorisé ? C'est ce que nous tenterons ici d'aborder en précisant que ces pistes de réflexion ne valent pas seulement pour les personnes en situation précaire. Travailler à une meilleure prise en charge des personnes fragiles, c'est en effet permettre aussi une meilleure prise en charge de l'ensemble de la population.

#### **1.3.1 Comment prendre en charge la santé des personnes en situation précaire ?**

C'est une question difficile que de s'interroger sur ce que devrait être la prise en charge des personnes en situation précaire. Il semble néanmoins qu'à la lumière des difficultés rencontrées par ces populations dans leur accès aux soins que nous avons évoqué précédemment, plusieurs axes apparaissent. Une bonne prise en charge des personnes en désaffiliation nécessite de créer du lien, créer du lien avec la personne afin d'établir une relation de confiance à la base de toute prise en charge réussie, mais aussi créer du lien entre les différentes dimensions des besoins des personnes, qu'ils soient sanitaires ou

---

<sup>92</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p.76-77

sociaux. Les institutions existantes seront-elles capables de répondre à ce double enjeu ou bien sera-t-il nécessaire de créer des structures spécifiques ?

A) Les soins comme un vecteur relationnel

Le premier élément qui ressort de nos analyses précédentes est la multiplicité des handicaps auxquels sont confrontés les personnes en situation précaire. Ne prendre en charge qu'un seul de ces handicaps ne permet pas à la personne de se reconstruire, de se sentir exister et ainsi de pouvoir peut-être réintégré la société. Pour Colette Zamaron, infirmière à l'hôpital Richard-Favard à Mirecourt, ne prendre en charges que les soins peut être un moyen de se protéger d'une personne ; pour les professionnels, il est parfois difficile de prendre en charge un personne alcoolisée, qui ne respecte aucune règle d'hygiène, est parfois violente ou provocante. Néanmoins, n'assurer que les soins techniques même lorsque ceux-ci sont parfaits ne permet pas de soigner la personne ; bien au contraire, c'est que le professionnel cherche à fuir la personne en s'enfermant dans la technique. « La personne en situation de pauvreté peut se retrouver dans n'importe quel service, de médecine, de chirurgie... pour une pathologie qui s'ajoute à des problèmes psychologiques, sociaux, et familiaux. Les soins qui lui sont prodigués à l'hôpital correspondent à ses besoins spécifiques du moment. Si elle centre uniquement son action et sa relation aux seules données administratives, matérielles et cliniques, l'infirmière se réfugie dans son rôle technique et fuit cette personne. »<sup>93</sup> L'importance de prendre en charge la personne à la fois sur les plans social, sanitaire, psychologique apparaît très nettement au moment de la sortie de la personne. Lorsqu'une personne en situation précaire quitte l'établissement de santé en ayant été prise en charge uniquement sur le plan sanitaire, les chances de guérison sont faibles. En effet, si la personne n'a pas de lieu où dormir, qu'elle ne sait pas si elle pourra manger le soir même, si l'équipe soignante ne s'est pas assurés de savoir si elle avait une couverture maladie, si personne ne lui a appris à prendre son traitement en lui précisant bien les posologies et les heures de prise, si la personne va demeurer isolée à la suite de son hospitalisation, très rapidement, la santé passera au second plan et la personne ne s'occupera plus de son corps. D'autres soucis viendront l'empêcher de se préoccuper de sa santé qui se dégradera à nouveau jusqu'à l'hospitalisation suivante. Ce mode de fonctionnement n'est donc pas satisfaisant ni du point de vue de la protection de la santé de la personne ni sur celui de

---

<sup>93</sup> Colette ZAMARON, Santé et pauvreté, quels soins infirmiers à l'hôpital ?, *Soins*, novembre 2000, n°650, p.42

l'intégration de cette personne dans la société. L'hôpital n'a pas l'obligation de réussir dans cette tentative de permettre la réintégration parce que cette démarche demande un engagement de la personne ; néanmoins, il a l'obligation de prévenir toute dégradation supplémentaire, toute apparition d'un handicap supplémentaire et d'accompagner la personne dans sa reconstruction.

Les soins, les actes médicaux ne sont en ce sens qu'un vecteur, un outil relationnel qui permet à la personne déstructurée de se réapproprier son corps, d'en prendre conscience et peut-être d'y faire attention. Cette démarche demande du temps et ne peut se faire sans une excellente connaissance de la personne de manière à adapter ses pratiques à chaque cas individuel. En effet, bien souvent, ces personnes ont vécu de tels traumatismes, de telles ruptures que toute action qui ne prendraient pas en compte leur biographie, leur parcours de vie n'aurait aucune chance d'atteindre son objectif. Les deux premiers éléments que nous pouvons retenir sont donc se donner du temps et se mettre à l'écoute de la personne afin de comprendre son histoire.

Les personnes en situation de rupture avec la société ont très souvent des droits mais ce ne sont pas ces droits seuls qui leur permettront de se reconstruire. Ces personnes ont avant tout besoin que quelqu'un s'intéresse à elles, que quelqu'un les écoute. Toute prise en charge de ce type de public est donc nécessairement une démarche individualisée. Comme le souligne le docteur Jacques Hassin, chef du service du Centre d'hébergement et d'accueil des personnes sans abri de Nanterre et directeur scientifique de l'Observatoire du SAMU social de Paris, «la prise en charge par le système d'assurance maladie n'est donc pas suffisante, il faut impérativement pouvoir mettre en place une démarche active vis-à-vis des populations démunies pour qu'elles consacrent à la santé l'attention qu'elle mérite. Mais cette démarche active est extrêmement difficile : c'est du « tricoté main », de l'individuel ! »<sup>94</sup> Une prise en charge de qualité des personnes en situation précaire ne peut être qu'individualisée et adaptée à chaque personne.

---

<sup>94</sup> Jacques HASSIN, Les démunis ont des droits, mais pas les moyens de les exercer !, *Soins*, novembre 2000, n°650, p.57

## B) La nécessité de créer du lien

Parce que les personnes en situation précaire ont peur de l'institution hospitalière, parce qu'elles sont méfiantes par rapport à une organisation qu'elles ne maîtrisent pas, parce que aussi ces populations n'expriment le plus souvent aucune demande de soins, il semble important d'aller vers elles. Le système de santé français tel qu'il est construit se base sur la démarche volontaire du patient qui choisit librement son médecin et le lieu où il veut être soigné. Ceci ne s'adapte pas aux urgences et aux populations démunies pour lesquelles il n'existe bien souvent aucune autre alternative que l'hôpital et qui de plus, ne font la démarche de se faire soigner que lorsqu'il n'y a plus moyen de faire autrement. C'est ce que le docteur Jacques Hassin affirme en exposant la nécessité de mettre en place « une démarche active vis-à-vis des populations démunies ». C'est ce que Xavier Emmanuelli a parfaitement compris en créant le Samu social pour permettre d'aller vers ceux qui n'ont même plus la force d'aller vers les structures sanitaires et sociales. S'adapter aux spécificités de la personne, aller vers elles et non plus attendre que la personne vienne vers le système de soins. Le dépistage de la tuberculose par les équipes du SAMU social de Paris est à ce titre très significatif. Les organismes de prévention cherchaient à appliquer aux grands exclus les méthodes ayant fait leurs preuves pour le reste de la population. Simplement, faire passer une radiographie des poumons à quelqu'un qui ne se préoccupe plus de sa santé n'est pas aussi évident. Monsieur Emmanuelli a alors envisagé un dépistage sur la seule clinique confirmée en cas de besoin par la radiographie. Avec un minimum de moyens et surtout, en allant vers la personne, dans son lieu de vie, il permettait de toucher un nombre beaucoup plus important de personnes vivant dans la grande exclusion. Par la suite, en cas de déclaration de la maladie, tout un dialogue était instauré avec la personne afin qu'elle comprenne que sa vie était en danger et qu'elle devait se protéger en prenant régulièrement son traitement. Au bout d'un an, plus de 70% des personnes dépistées étaient allées au bout de leur traitement.<sup>95</sup> Cette expérience prouve qu'en s'investissant dans la relation avec la personne, même lorsque celle-ci est très déstructurée, la démarche de soins peut aboutir. C'est également ce qu'affirme Boris Cyrulnik dans son ouvrage, « Un merveilleux malheur ». Selon lui, la reconstruction d'une personne est possible, même lorsque celle-ci a subi de graves traumatismes dans son

---

<sup>95</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p.148

histoire et plus particulièrement au cours de l'enfance. Cela nécessite en amont que la personne soit écoutée, soutenue et accompagnée dans sa cette reconstruction.<sup>96</sup>

La réintégration dans la société d'une personne en désaffiliation nécessite que cette personne retrouve une identité, qu'elle se sente à nouveau exister aux yeux des autres. Cette reconstruction de la personne ne peut se faire que dans l'établissement de liens avec ce que certains appellent des « personnes rencontrées ». <sup>97</sup> Dans la construction d'un lien avec une personne en rupture sociale, deux éléments doivent être soulignés : le premier contact et la durée de la relation. Fort de son expérience au SAMU social de Paris, Xavier Emmanuelli expose clairement les enjeux du premier contact avec une personne en grande exclusion vivant dans la rue : s'identifier clairement en tant qu'organisation d'aide, se mettre à la hauteur de la personne, ne jamais empêcher la fuite de la personne afin qu'elle ne se sente pas en danger et enfin utiliser sa voix. C'est par la voix que le premier contact peut passer : « la voix suffit, monocorde, sur une note qui ne soit pas trop haut perchée. Une voix calme. » <sup>98</sup> Après ce premier contact, une transaction peut être entamée, le service d'une boisson chaude, quelque chose à manger. Par cet échange, un premier lien s'amorce qui entraînera peut-être la personne à accepter de monter dans le camion du SAMU social pour bénéficier de soins. Pour pouvoir amener la personne à accepter des soins, il s'agit de créer en amont ce premier contact, ce premier lien. Cette démarche est valable quelque soit la structure de soins ou le professionnel qui met en place un dispositif de soins auprès d'une personne en rupture. A l'hôpital, ce premier contact passera par l'accueil. Comme l'exprime Fanta Diallo, responsable Médecins du monde Charentes et coordinatrice du programme régional d'accès à la prévention et aux soins, « sauf cas de pathologies graves, plus que le médicament c'est le regard, l'écoute, l'attention, que l'exclu va chercher, qu'il espère trouver en l'autre. « La délicatesse de cette relation », dépeinte par Carl Rogers, conditionne, à mon sens, tout le reste du suivi. » <sup>99</sup> Le deuxième élément est la durée de la relation. Le soignant, le médecin ou tout autre professionnel doit s'inscrire dans la durée afin de peu à peu gagner la confiance de la personne. C'est cette confiance qui seule permettra de convaincre ensuite la personne de suivre une démarche de soins. Parfois, le premier contact est difficile, la personne refuse toute aide ; il faut alors savoir persévérer, retourner voir la personne, simplement rester à ses côtés et peu à peu la relation peut naître. Le temps de l'exclusion, le

---

<sup>96</sup> Serge DESPAS, Fracture sociale et soins infirmiers. *Soins*, novembre 2000, n°650, p.33

<sup>97</sup> Fanta DIALLO, Etre une personne ressource pour les exclus. *Soins*, novembre 2000, n°650, p.34

<sup>98</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p.143

<sup>99</sup> Fanta DIALLO, *op. cit.*, p.36

temps de la précarité, celui de la pauvreté ne sont pas forcément le temps des institutions de santé. Mais pour que la personne accepte la démarche de soins, il s'agit de s'adapter à sa temporalité et non attendre que la personne s'adapte à celle de l'équipe soignante.

Pour créer ce lien privilégié avec la personne en situation de rupture, établir cette relation de confiance, il importe d'apporter tout au long de l'hospitalisation des soins relationnels autant que techniques et de reconnaître la valeur de la personne. Un bon moyen pour cela, c'est aussi d'associer la personne à sa prise en charge, de lui permettre d'être autonome par rapport à son traitement, de lui expliquer simplement et dans un langage que la personne comprendra les éléments importants du traitement afin de la rendre actrice de sa propre prise en charge.<sup>100</sup> La clef de ce lien privilégié à construire est sans doute dans le concept de distance. Il s'agit de rechercher la bonne distance avec la personne en étant suffisamment proche pour que la personne se sente accueillie, en confiance et suffisamment à distance de manière à ce qu'elle ne se sente pas en danger. Cette bonne distance est à réinventée à chaque nouvelle personne, chacune réagissant différemment. Son apprentissage demande d'être formé à la précarité et à sa prise en charge comme le souligne le rapport Ducloux : selon le docteur Michel Ducloux, le médecin sera chaque jour davantage confronté à la précarité et doit y être formé dès la formation initiale mais également au cours du stage auprès du praticien et enfin par l'intermédiaire de la formation continue.<sup>101</sup> Xavier Emmanuelli confirme cette position à propos du SAMU social : « la plus grande professionnalité est donc requise. Les équipes que nous envoyons sur le terrain sont composées d'infirmières et de travailleurs sociaux spécialement formés, agissant selon des protocoles rigoureux, sous le contrôle permanent de responsables qualifiés ».<sup>102</sup>

### C) Agir avec les personnes : un idéal inatteignable ?

Comme nous l'avons vu précédemment, l'aide apportée aux personnes en situation précaire court toujours le risque de l'assistance. Dans certaines circonstances, lorsque les personnes sont tellement dégradées qu'elles ne se rendent plus compte qu'elles sont en danger, c'est un devoir de porter assistance : nous sommes alors dans le cadre d'un dispositif d'urgence

---

<sup>100</sup> Colette ZAMARON, *op. Cit.*, p.43

<sup>101</sup> Michel DUCLOUX, *op. cit.*, p.16

<sup>102</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p.28

qui se rapproche de celui du SAMU ; il s'agit de sauver la personne alors même que nous n'avons reçu aucune demande de sa part. Mais l'assistance devrait être laissée aux cas extrêmes. En effet, le danger de l'assistance est qu'elle laisse la personne dans sa situation de précarité. A aucun moment, la personne n'a la capacité de redonner ce qu'on lui donne et ainsi de s'inscrire dans une relation d'échange qui est la base du fonctionnement et des normes de nos sociétés. Permettre à la personne de prendre en main sa propre prise en charge ou au moins d'y participer, d'être actrice de cette prise en charge n'est pas seulement important dans le but d'établir un lien avec la personne. Au-delà de la relation de confiance que cela implique, la participation de la personne à sa propre reconstruction est une dimension indispensable de cette reconstruction même. Une personne ne peut être reconstruite contre son gré. Il importe donc que l'assistance reste utilisée dans les seuls cas d'urgence en évitant de tout faire pour la personne. Comme l'expose le Docteur Ducloux dans son rapport au Conseil national de l'Ordre des médecins : « il faut surtout éviter de faire du malade en situation de précarité un assisté chronique, incapable d'initiatives et attendant tout de l'aide extérieure ». <sup>103</sup> Au contraire, pour atteindre le but de la reconstruction de la personne, afin de lui permettre de retrouver une identité et à plus long terme une place dans la société, il importe de se placer dans une démarche de volontariat. Ce volontariat est d'autant plus indispensable pour des personnes qui ne croient plus en elles-mêmes. C'est ce qu'a découvert Joseph Wresinski en initiant le mouvement ATD Quart-monde. Le mot d'ordre de cette grande organisation humanitaire est d'agir avec les personnes en détresse. La seule aide matérielle, psychologique, sanitaire ou sociale ne permettra jamais la réintégration de la personne y compris dans une vision globale de la personne. Il faut en plus que la personne puisse agir à sa reconstruction, en partenariat avec ceux qui l'accompagnent. La philosophie d'ATD Quart-monde permet de mieux saisir toute la complexité de la reconstruction d'une personne, toute la fragilité de la démarche aussi. La personne aidée doit rester au centre de la démarche, et pouvoir agir en son nom. Pour lutter contre la misère, il faut redonner sa dignité à la personne humaine.

---

<sup>103</sup> Michel DUCLOUX, *op. cit.*, p.13

#### D) Des structures spécifiques ?

En lien avec la question précédente, il nous faut à présent nous interroger sur le type de structure le plus adapté de manière à offrir ce type de prise en charge que nous proposons à l'intention des personnes en situation précaire. Une telle prise en charge peut-elle être obtenue dans nos structures telles qu'elles fonctionnent aujourd'hui ? Ou bien devons-nous envisager au contraire la création de structures spécifiques qui permettraient d'accueillir les personnes dans leur globalité.

En créant des structures spécifiques telles que les PASS ou encore le SAMU social, notre système a su s'adapter aux personnes en situation précaire et répondre au mieux à l'ensemble de leurs besoins en proposant des solutions individualisées : soins, accès aux droits, droit au logement, soutien psychologique. Cependant, ces structures ne sont pas sans poser question puisqu'elle annonce du même coup l'échec du système commun pour assurer la prise en charge des plus démunis. De plus, le risque est grand de créer des filières parallèles, spécialement conçues pour les pauvres, les fragiles, les exclus. Le danger de créer des structures à part, c'est d'exclure définitivement les personnes du système commun.

L'autre solution est de travailler sur le système tel qu'il existe aujourd'hui et de tenter d'ouvrir les structures en place sur des dimensions autres que celles qu'elles prennent en charge. Nous nous heurtons alors à cette histoire du système de protection sociale qui a abouti à une telle étanchéité entre le social et le sanitaire qu'aucune structure ne semble pouvoir proposer le type de prise en charge nécessaire aux personnes en situation précaire. Faute de pouvoir changer le système et étant donnée l'urgence de la situation des personnes en situation précaire, de nouvelles structures ont été créées à commencer par les PASS dès 1984. Ces nouvelles structures n'ont-elles pas aussi permis de faire évoluer le système ? Du moins ont-elles su sans doute sensibiliser davantage les professionnels et les structures existantes sur les spécificités de la prise en charge des plus démunis.

Si de nouvelles structures paraissent indispensables, se pose la question de leur forme. Deux alternatives se présentaient pour la création des permanences de santé à destination des publics démunis : créer de nouveaux dispensaires dans lesquels les médecins et les soignants se succèdent bénévolement ou bien inventer une nouvelle forme de structure. Les dispensaires qui fonctionnent sur le bénévolat ont pour avantage principal de répondre à une demande de soins au moindre coût. Par contre, pour des personnes déstructurées, en perte

de repères, en situation de grande exclusion, ce type de structure ne semble pas adapté : en effet, les professionnels de santé se succèdent les uns à la suite des autres afin d'assurer la permanence. Pour les personnes en situation précaire, il faut donc s'adapter à chaque fois à un nouveau professionnel. Nous avons vu précédemment qu'une personne en situation précaire a d'abord besoin que s'établisse une relation de confiance. Cette confiance est indispensable pour que la personne accepte dans un deuxième temps les soins. C'est dans cet esprit que des médecins se mobilisent à partir du milieu des années 1980 comme Xavier Emmanuelli qui crée la mission France à Saint-Denis. Ceux qui se rendaient à la mission France étaient suivis « comme dans un cabinet normal, où chacun avait son médecin attitré. Nous étions opposés au modèle des dispensaires où des médecins se succèdent selon, leurs disponibilités pour faire des vacations bénévoles. Il fallait réinventer le généraliste, fidéliser les malades. »<sup>104</sup> L'essentiel est ici résumé : de telles structures doivent permettre de fidéliser les personnes en rupture.

La circulaire 98-700 qui fait suite à la loi contre les exclusions du 29 juillet 1998 rappelle les objectifs des permanences de soins de santé : « 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 et associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles ont aussi pour fonction de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale. »<sup>105</sup> L'objectif des PASS s'inscrit donc clairement dans l'histoire du système de protection sociale telle que nous l'avons présentée précédemment : il s'agit de faire du lien entre les différentes structures et les différents dispositifs existants dans un système très cloisonné du fait de la spécialisation toujours plus grande de ses structures qui parfois ne se comprennent plus ou ne communiquent plus entre elles. Faire du lien entre ces structures, accompagner les personnes en situation précaire au cours de leurs démarches, deux objectifs qui doivent permettre de limiter la complexité des démarches nécessaires pour une personne qui a besoin de tous les services. La circulaire précise également le mode de fonctionnement de ces nouvelles structures. « Les PASS pourront être situées à proximité ou dans les services d'urgence pour lesquels 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

---

<sup>104</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p.58

<sup>105</sup> Circulaire n°98-700, *Campagne budgétaire* 1999, 26 novembre 1998, p.10

horaires élargis. »<sup>106</sup> La circulaire souhaitait donc éviter la création d'un circuit parallèle pour les personnes en situation précaire, le système de santé devant pouvoir prendre en charge toute la population quelle que soit son origine. C'est ainsi que le financement des PASS ne prévoyait pas obligatoirement le financement de temps médical. Evalué à 250 000 francs par an, le coût des PASS recouvre essentiellement des frais de personnel : « un poste d'assistante sociale à mi-temps ou à plein temps et/ou des vacances médicales ».<sup>107</sup> Afin d'éviter la stigmatisation des personnes en situation précaire, le gouvernement proposait donc la création de structures nouvelles sans que ces structures ne remplacent les structures existantes. Les PASS dans l'esprit de cette circulaire ne permettent donc que d'assurer l'orientation des personnes : pour la partie médicale vers le service des urgences à proximité, pour la partie sociale vers les réseaux institutionnels et associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Ce type de fonctionnement implique que l'ensemble des acteurs concernés soient formés à l'accueil des personnes en situation précaire. Par ailleurs, il signifie que les personnes continuent d'aller d'une structure à l'autre, accompagnées certes, mais contraintes de se déplacer et de faire plusieurs demandes sur le plan sanitaire, social ou de l'accès aux droits. Enfin, le dernier élément indispensable à la réussite d'un tel dispositif est la transmission d'informations entre les différents acteurs concernés, qui n'appartiennent pas tous à la même culture, ne répondent pas tous aux mêmes objectifs, à la même tutelle. Un tel dispositif serait sans doute l'idéal mais dans l'attente d'une transformation de notre système, il ne nous paraît pas aller assez loin. Les personnes ont besoin d'une prise en charge globale qui s'étale dans la durée afin d'établir un lien de confiance avec les professionnels et peu à peu d'assurer sa reconstruction en particulier en retrouvant l'estime d'elle-même. Ce travail nécessite du temps et ne peut consister seulement à être orientée vers les services les mieux adaptés aux besoins de la personne. Pour cette raison, le modèle des PASS doit selon nous comporter systématiquement une permanence médicale qui permette d'assurer la prise en charge médicale de la personne sur le plan général. La personne n'est accompagnée vers l'hôpital qu'en cas de soins techniques. Par ailleurs, l'accompagnement social doit se faire au niveau de la permanence, au mois pendant le temps qui sera nécessaire à la personne pour se reconstruire. Ensuite seulement, elle sera à même de faire appel au système de protection sociale commun parce qu'elle aura retrouvé une identité et qu'elle saura exister face au regard de l'autre. Sans cette reconstruction, un tel dispositif ne peut conduire qu'à l'échec. La circulaire d'application concernant la création des PASS n'a sans doute pas saisi

---

<sup>106</sup> *Ibid.*

<sup>107</sup> *Ibid.*

l'opportunité que pouvaient constituer les PASS pour notre système de santé ; novatrices, elles permettent de réunir en un seul et même endroit toutes les composantes de l'aide et de l'accompagnement dont ont besoin les personnes en situation précaire, tant sur le plan du sanitaire que du social. En donnant la possibilité d'une prise en charge globale de la personne, les PASS sont peut-être la première étape d'une transformation générale de notre système de protection sociale. Dans cette perspective, les objectifs des PASS peuvent être présentés selon deux angles différents : d'une part, permettre aux personnes en situation précaire d'être suffisamment reconstruites pour ne plus faire appel à la PASS pour accéder au système de protection sociale, et d'autre part, permettre aussi au système de protection sociale de faire suffisamment de lien entre le sanitaire et le social pour pouvoir se passer des PASS dans son fonctionnement.

Depuis la création des PASS, d'autres structures ont vu le jour telles les lits infirmiers qui permettent d'accueillir les personnes démunies qui ne nécessitent pas de soins techniques mais un accompagnement et des soins infirmiers. Les personnes en situation précaire en sortie d'hospitalisation et dont les conditions de vie ne permettent pas de garantir le suivi du traitement prescrit durant l'hospitalisation sont les premières concernées par un tel dispositif. Ces dispositifs à l'articulation entre le sanitaire et le social viennent remplir un vide dans le système de protection sociale, répondent à un besoin non pris en charge parce que jamais totalement sanitaire et jamais totalement social. Parce qu'ils viennent remettre en cause le système dans son ensemble, montrer ses lacunes et ses insuffisances dans sa réponse aux besoins de la population, ils sont parfois soumis à de violentes critiques. Il leur est reproché ainsi en particulier de créer une médecine à deux vitesses, ce qui est vrai puisque ces lits sont créés spécifiquement pour les personnes démunies. Ces critiques rejoignent la question que nous avons abordée dans le paragraphe précédent concernant l'assistance. Le risque est grand dans la création de structures spécifiques de stigmatiser ces populations, l'assistance répondant aux besoins immédiats de la personne mais l'empêchant dans le même temps d'accéder au système commun. Les promoteurs de ces nouvelles structures que sont les PASS, les lits infirmiers doivent donc avoir comme préoccupation première la sortie de la personne du dispositif pour qu'elle puisse réintégrer le système commun. La nécessité de telles structures n'est pas pour autant remise en cause. Comme nous l'avons évoqué précédemment, le système tel qu'il fonctionne aujourd'hui, de par son histoire et sa très grande spécialisation, ne permet pas de répondre aux besoins multiples d'une personne en situation précaire qui de plus ne fait pas toujours confiance au système de protection sociale. Ainsi Xavier Emmanuelli explique : « dans la réalité, la médecine telle qu'elle se présente aujourd'hui est bel et bien une médecine pour inclus. C'est elle – et non moi – qui condamne, par la force des choses, à pratiquer une médecine pour exclus, de même qu'à

l'évidence le SAMU social ne traite ni ne ramasse des cadres supérieurs ou des PDG dans les rues de la ville. Il faut secourir tout le monde, peu importe les étiquettes. »<sup>108</sup> Face aux limites de notre système de protection sociale, le danger le plus grand n'est sans doute pas la stigmatisation des personnes en situation précaire mais bien le fait de ne rien proposer pour leur permettre d'accéder aux soins, aux mêmes droits que le reste de la population.

---

<sup>108</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p.242

### **1.3.2 La nécessité d'une plus grande coopération entre les acteurs sanitaires et sociaux**

La prise en charge des personnes en situation précaire par notre système de protection sociale implique une organisation spécifique pour pouvoir répondre à des besoins à la fois sanitaires et sociaux le plus souvent intriqués les uns les autres. C'est en ce sens que l'accès aux soins des personnes en situation précaire vient questionner l'organisation de notre système de santé qui repose depuis les réformes des années 1970 sur une séparation des secteurs sanitaire et social. La réponse aux besoins de santé des personnes en situation précaire nous amène à nous interroger sur les évolutions nécessaires de notre système de protection sociale dans les années à venir. Si la création de structures spécifiques de prise en charge des personnes en situation précaire permet de répondre efficacement aux besoins de ces populations, cette évolution montre aussi les lacunes de notre système de protection sociale, inadapté pour pouvoir répondre à la demande de publics démunis ayant besoin d'une prise en charge à la fois sanitaire et sociale. Aussi novatrices soient-elles, la création des permanences d'accès aux soins de santé permettra-t-elle de transformer ce système pour qu'il puisse répondre aux besoins des personnes en situation précaire ? Nous pensons que cette transformation implique aussi une coopération accrue des acteurs sanitaires et sociaux obligeant chacun de ces acteurs à s'ouvrir à d'autres logiques de prise en charge, à communiquer davantage entre eux. Les réseaux de santé dont la création a été encouragée par les pouvoirs publics depuis 1996, sont sans doute un des outils organisationnels les plus efficaces pour accroître cette articulation entre le sanitaire et le social.

#### **A) L'intérêt de structures uniques rassemblant les services de santé et les services sociaux**

Les permanences d'accès aux soins de santé permettent en un lieu unique d'offrir aux personnes en situation précaire à la fois, l'accès aux soins, l'accès aux droits fondamentaux et l'accompagnement social. Pour des personnes qui peuvent parfois avoir perdu leurs repères, qui ne sont pas en mesure de faire des démarches auprès de nombreuses structures différentes pour répondre à l'ensemble de leurs besoins, cette unicité de lieu est un atout majeur des PASS qui les distinguent de l'ensemble des dispositifs qui les ont précédées. Dès leur création, les PASS s'inscrivent également dans une démarche de mise en réseau des acteurs sanitaires et sociaux justement pour permettre de répondre à

l'ensemble des besoins des personnes en situation précaire. C'est ce que précise la circulaire n°98-736 relative à la mission de lutte contre les exclusions sociales des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies. «Ainsi, l'objectif poursuivi consiste à mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation, de soins. Cette collaboration est d'autant plus importante qu'une partie des publics en situation précaire nécessite une prise en charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux, et que les actions de santé ne se limitent pas aux soins mais accordent une place essentielle à la prévention. »<sup>109</sup>

Au sein de l'Union européenne, un certain nombre de pays ont choisi de créer des structures offrant une prise en charge globale des personnes à la fois sur le plan sanitaire et sur le plan social. Les systèmes de protection sociale de ces pays n'ont pour la plupart pas connu l'histoire du système de protection sociale français et cette distinction très forte entre ce qui relève du social et ce qui relève du sanitaire. C'est ce que remarquait Christine Manez, élève directrice d'hôpital, de retour d'un stage de deux mois aux Pays-Bas.<sup>110</sup> Ce pays se distingue au sein de l'Union européenne par une très forte coopération entre les secteurs sanitaire et social. Les infirmiers psychiatriques se déplacent ainsi à domicile et assurent à la fois les soins psychiatriques et les missions de l'assistante sociale veillant à répondre aux problèmes de logement, à la prise en charge financière des soins, aux problèmes de ressources rencontrés par la personne. Des structures de proximité ont également été créées regroupant à la fois les professionnels du champ sanitaire et ceux du champ social : assistants sociaux, psychothérapeutes, aides-familiales, médecins, infirmiers, exercent au même endroit dans des structures regroupant parfois jusqu'à un millier de personnes. Ces centres de santé de proximité permettent de prendre en charge les personnes en difficultés dans leur globalité. Pour les publics en situation précaire, ce type de structure est sans doute l'organisation la plus adaptée pour répondre aux besoins nombreux et appelant des domaines de compétences divers pour pouvoir être pris en charge. Par ailleurs, le fait que tous les professionnels soient présents sur un même site, cela permet d'organiser des consultations pluridisciplinaires auxquelles participent autant les médecins que les

---

<sup>109</sup> Circulaire n°98-736 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies, 17 décembre 2003, p.3

<sup>110</sup> Christine MANEZ, Rennes : ENSP, Forum de l'Europe, février 2004

psychothérapeutes ou les assistantes sociales. Par ailleurs, les personnes ont un dossier unique au sein du centre de santé ce qui permet de faciliter la transmission des informations entre professionnels. La réponse aux besoins des personnes est de fait globale. Sur le plan de la couverture financière, l'assurance maladie hollandaise ne prend pas seulement en charge les soins : elle couvre également l'ensemble des services sociaux, et verse les différentes aides sociales aux individus. La personne n'a donc pas besoin de faire plusieurs démarches pour bénéficier à la fois d'un revenu minimum et de la couverture maladie. Une demande lui permet d'accéder à toutes les prestations sociales. Des appartements thérapeutiques peuvent aussi être proposés aux personnes nécessitant des soins réguliers dans le cadre d'un traitement ou du suivi d'une hospitalisation. Ces appartements sont tous cogérés par les services sociaux et les services médicaux, des réunions régulières permettant de faire le point avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès d'une personne en envisageant l'ensemble de ces difficultés. Le système de santé hollandais s'articule donc autour de centres hospitaliers assurant la prise en charge technique et de centres de santé de proximité qui proposent une offre de soins et de services permettant une prise en charge globale de la personne en un lieu unique. L'atout majeur de ce type d'organisation est d'offrir un service social et sanitaire à proximité des lieux de vie des personnes : les urgences hospitalières n'accueillent donc que très peu de personnes pour des consultations, la majorité de ce public se rendant dans les centres de santé. Le système de protection sociale français gagnerait sans doute à s'interroger sur ce mode de fonctionnement en particulier afin de permettre une offre de soins et de services à proximité des populations. Aujourd'hui, en effet, l'une des plus grandes faiblesses de notre système de santé est d'avoir concentré une majorité de l'offre dans les structures hospitalières. Les zones éloignées des hôpitaux se trouvent ainsi parfois sans recours possible à un médecin, la démographie médicale aggravant encore ce phénomène.

L'exemple hollandais n'est pas isolé au sein de l'Union européenne. Ainsi, la construction du système de santé finlandais ressemble à celle du système de santé hollandais. Clément Caillaux, lors de l'édition 2004 des journées de l'Association des Elèves et Anciens Elèves (AEAE) de l'ENSP, a présenté les atouts de ce système de santé.<sup>111</sup> Dans ce pays, ce sont les municipalités qui animent le système, l'Etat ne fixant que les grandes orientations de la politique de santé nationale. Les municipalités gèrent des centres de santé – au total 270 centres de santé répartis sur l'ensemble du territoire – qui regroupent à la fois entre 12 et 15

---

<sup>111</sup> Clément CAILLAUX, Quel avenir pour le service public hospitalier à la française ?, *Entreprise Santé*, juillet-août 2004, n°52, p.16-17

médecins généralistes, des dentistes, des infirmières, des sages-femmes, des travailleurs sociaux et des personnels administratifs pour l'ouverture de droits, tous ces personnels étant directement rémunérés par la municipalité qui les emploie. Ces centres de santé comptent aussi une trentaine de lits qui permettent d'accueillir les personnes ayant besoin de soins infirmiers ou d'être hébergés le temps d'un traitement médical ne nécessitant pas toutefois une hospitalisation. Chaque citoyen finlandais est rattaché à un centre de santé : de ce fait, l'ensemble de la population possède un lieu de rattachement dans le système de santé. Pour des publics parfois en rupture sociale, cet élément nous paraît fondamental puisque l'affiliation à un centre de santé est déjà une manière d'intégrer la personne à la société. L'organisation du système de protection sociale peut à ce titre aussi être facteur d'intégration sociale des personnes en situation précaire.

Au Royaume-Uni, ce type de centres est développé en ce moment, ce que les Britanniques nomment les « centres de soins primaires », les soins secondaires et tertiaires étant assurés par les hôpitaux. Ces centres sont créés dans le cadre de la réforme du National Health System lancée en 2000 par le gouvernement. Julie Cauhapé, élève directrice d'hôpital ayant passé deux mois dans un hôpital en banlieue de Londres, remarque que malgré un investissement moindre du Royaume-Uni dans la santé – 6,5% de son PIB – le Royaume-Uni obtient des résultats en terme de santé proches de ceux observés en France.<sup>112</sup> C'est sans doute que la prévention assurée en particulier dans les centres de soins primaires est beaucoup plus développée que dans notre pays. Les centres de soins primaires permettent en particulier de développer le dépistage, d'assurer avec la médecine de ville 90% de l'ensemble des soins et de promouvoir des campagnes de prévention sur tout le territoire en particulier en agissant sur les déterminants socio-économiques de la santé. Ces actions de prévention sont lancées en partenariat très étroit avec les services sociaux, les municipalités et le plus souvent financés par le gouvernement. Deux grands programmes ont ainsi été soutenus par les centres de soins primaires en 2003 : la campagne « sure start » qui visent les enfants de moins de quatre ans afin d'assurer à chacun une bonne santé et la campagne « public health assistance » qui permet de mesurer le poids des habitudes de vie sur la santé des populations. L'objectif de la réforme est d'être au plus près du patient, le centre de soins primaires assurant le suivi du patient tout au long de sa prise en charge y compris lors de son hospitalisation qui est commandée sous forme d'un contrat passé entre l'hôpital et le centre de soins primaires. En incitant les centres de soins primaires à fonctionner ainsi en

---

<sup>112</sup> Julie CAUHAPE, Quel avenir pour le service public hospitalier à la française ?, *Entreprise Santé*, juillet-août 2004, n°52, p.17-18

réseau avec les structures hospitalières, mais aussi avec la médecine de ville, les auteurs de la réforme espèrent couvrir l'ensemble de la population y compris les personnes en situation précaire.

D'autres pays au sein de l'Union européenne ont donc fait le choix de créer des structures de proximité permettant d'assurer une prise en charge globale des besoins des personnes dans les lieux de vie des personnes. Du fait du développement de la prévention, de l'éducation à la santé, mais aussi d'un meilleur suivi des personnes et de l'accessibilité de ces services, ces structures novatrices permettent à l'ensemble de ces pays d'obtenir des résultats très satisfaisants par rapport au niveau de santé des populations.

B) A défaut de structures uniques, développer la coopération hospitalière

En France, la création de telles structures de proximité couvrant les besoins de l'ensemble de la population sur des secteurs aussi divers que le logement, la santé ou bien encore les minima sociaux n'est pas à l'ordre du jour. Sur le plan du décloisonnement du système de protection sociale français, nous pourrions le regretter, et pourtant, il nous faut signaler les atouts qu'offre la différenciation des structures. L'enjeu majeur est de permettre, dans chacun des secteurs, une prise en charge d'une très grande qualité du fait du professionnalisme de ses acteurs, de leur très grande technicité, avec le risque déjà évoqué précédemment d'un enfermement dans cette technicité. Afin d'éviter ce risque, une des composantes majeures de notre système de protection sociale devrait consister en une très grande communication entre les secteurs, une ouverture de chaque secteur aux spécificités de ses voisins. Face à cet enjeu, le rôle d'un directeur d'hôpital comme celui d'un directeur de centre social, ou de centre communal d'action sociale, consiste sans doute aussi à inciter leurs professionnels à cette ouverture, les inciter à se former à ces dimensions, à partir voir ce qui se passe dans les autres secteurs de prise en charge. Une initiative très intéressante a ainsi été prise au CHU de Nancy avec en particulier l'élaboration de protocoles d'accès aux soins, la visite par les personnels de l'hôpital des principaux centres d'hébergement de la ville et la réalisation en commun d'un guide des différentes structures sanitaires et sociales de l'agglomération. Cette coopération demande du temps, et en particulier du temps de réunion afin de permettre aux différents acteurs de mieux comprendre les enjeux, les logiques des autres intervenants auprès des personnes en situation précaire et afin d'apporter parfois des réponses communes. Comme le souligne Colette Zamaron : « une coopération des intervenants est indispensable pour qu'une dynamique s'instaure entre les

différents acteurs, en dégagant un temps de concertation et de synthèse pendant le temps de travail et en dehors de celui consacré aux transmissions. Ce temps de concertation regroupant les personnels soignant et administratif, ainsi que les intervenants sociaux (hospitaliers et ceux agissant sur le terrain), aboutirait à une meilleure connaissance des personnes en situation de pauvreté et des différentes structures d'accueil et d'insertion pouvant faire suite à une hospitalisation, à une meilleure coordination des différents acteurs et à une prise en charge globale de la personne. »<sup>113</sup>

Pour ce qui est de l'hôpital, la nécessité de s'ouvrir sur le secteur social a été rappelée par la loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. Dans les textes d'application, cet enjeu est rappelé avec force. C'est le cas en particulier de la circulaire n°98-736 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies. Dans ce but, le rôle des directeurs d'établissement est rappelé comme majeur. Il est en particulier demandé aux directeurs d'établissement «de sensibiliser à nouveau le personnel hospitalier pour qu'ils exercent une particulière vigilance afin de faciliter l'accueil des plus démunis notamment en période de grand froid ». <sup>114</sup> Les directeurs d'établissement doivent aussi s'assurer de l'information de l'ensemble des personnels, l'accueil des plus démunis constituant une des actions prioritaires du plan de formation des établissements pour l'année 1999. Cette sensibilisation des professionnels hospitaliers aux dimensions sociales doit permettre une plus grande coopération entre secteur hospitalier et secteur social : « il est essentiel que dans les établissements de santé du service public hospitalier et en particulier dans les structures d'urgence, le personnel avec lequel la personne en situation de précarité est en contact établisse un lien entre celle-ci et les services sociaux. Il pourra alors servir de support à une demande d'accompagnement social. Si son état médical ne justifie pas une hospitalisation, il conviendra d'informer cette personne de ses droits sociaux, des structures d'accueil social et d'accompagnement et de faciliter ses démarches dans ce sens ; de l'inviter à prendre contact avec ces structures ; ou encore de l'adresser à un interlocuteur participant au dispositif de veille sociale ». <sup>115</sup> L'hôpital a donc une responsabilité dans la prise en charge sociale de la personne qui consiste principalement à bien orienter la

---

<sup>113</sup> Colette ZAMARON, *op. cit.*, p.42-43

<sup>114</sup> Circulaire n°98-736 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies, 17 décembre 1998, p.3

<sup>115</sup> *Ibid.*, p.4

personne vers les structures compétentes : en cela, le rôle des services sociaux est majeur. La responsabilité sociale de l'hôpital s'explique aussi par le fait que comme nous l'avons analysé ci-dessus, beaucoup de personnes en situation de précarité s'adressent à l'hôpital parce qu'il demeure la seule institution publique ouverte 24 heures sur 24. C'est parfois même la seule institution publique à laquelle s'adresse les personnes. L'hôpital a donc une mission d'accueil de ces personnes incluant l'accompagnement social nécessaire de la personne vers les autres structures de prise en charge.

Le deuxième enjeu de cette prise en charge sociale assurée par l'hôpital renvoie à la mission de continuité des soins des établissements publics de santé. Comme l'indique la circulaire n°98-736, « les établissements du service public hospitalier contribueront à l'objectif global de réinsertion des patients dans le circuit de droit commun d'accès aux soins, dès l'accueil de ceux-ci dans les services de soins et aux urgences. A cette fin, un travail de coordination avec notamment, les associations, les médecins libéraux et les services sociaux des collectivités territoriales (conseils généraux, communes...) doit être entrepris afin d'assurer une réelle cohérence et continuité dans le domaine des soins ». <sup>116</sup> Pour le Haut comité de la santé publique (HCSP), c'est en remplissant cette mission de continuité des soins que les établissements de santé peuvent le mieux combattre les inégalités sociales de santé. Cette continuité des soins s'entend aussi entre les soins et la prévention, les établissements ayant une réelle responsabilité dans la politique de prévention nationale en constituant pour de nombreuses populations les seules portes d'accès au système de santé français. Afin de réduire les inégalités sociales de santé, la prévention en matière de santé est alors au moins aussi importante que l'accès aux soins : elle peut consister à un travail sur les principaux déterminants de santé mis au jours par le HCSP. « Il n'en reste pas moins que recourir à des stratégies permettant d'éviter ou de retarder l'apparition de problèmes de santé constitue une obligation aussi bien en termes éthiques qu'en termes d'efficacité. Dans cette perspective, il faut sortir de la segmentation entre prévention et soins qui génère des oppositions et une dualité artificielles. Il existe en fait un *continuum* le long duquel chaque professionnel de santé évolue en fonction de la nature de ses interventions. » <sup>117</sup> C'est au nom de ce continuum entre soins et prise en charge sociale, soins et suivi des soins, soins et prévention, soins et réinsertion sociale, que la mission sociale des hôpitaux doit être rappelée et insérée dans les projets des établissements comme un des objectifs d'évolution des établissements publics de santé.

---

<sup>116</sup> *Ibid.*

<sup>117</sup> HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *op. cit.*, p. 378

Sur le plan régional, la mise en place des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) prévus dans la loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 doit permettre d'apporter une réponse coordonnée en matière d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies. Les PRAPS sont établis par les comités régionaux des politiques de santé sur la base d'une analyse préalable, dans chaque département, de la situation en matière d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies. Ils comportent « 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. »<sup>118</sup> Tout l'enjeu des PRAPS est donc d'amener les différents acteurs sanitaires et sociaux du département à travailler ensemble dans la réalisation d'actions coordonnées couvrant à la fois les champs des soins, de la réinsertion, de la prévention et de l'éducation à la santé. L'action régionale autour de ces PRAPS peut donc aussi amener les différents acteurs à s'ouvrir à des logiques de prise en charge différentes, à travailler davantage avec les autres structures du département.

Au sein des établissements hospitaliers, le plan Hôpital 2007 doit aussi permettre un certain décloisonnement des services de soins autour de la nouvelle gouvernance. Cette réforme devra voir la création dans les établissements publics de santé de pôles d'activité réunissant plusieurs services de soins autour d'un projet commun ainsi que celle d'un conseil exécutif par établissement associant les représentants de la communauté médicale et de la direction avec comme objectif de définir les grandes orientations du projet d'établissement et d'accompagner la réalisation de celui-ci. Tout l'enjeu de cette réforme est donc d'amener les différents acteurs hospitaliers à s'ouvrir à une logique globale d'établissement au-delà de leur propre spécialité, ou domaine d'expertise. Il s'agit de faire se rencontrer les experts médicaux et administratifs afin qu'ils construisent au sein des établissements des projets communs. Cette réforme du fonctionnement des hôpitaux permettra-t-elle aussi de favoriser l'ouverture des établissements hospitaliers vers les structures extérieures, les soins de ville, les services sociaux ? Nous pouvons l'espérer en soutenant que le décloisonnement à l'œuvre dans les hôpitaux pourra peut-être s'étendre à l'ensemble du système de protection sociale afin de percevoir toujours plus le patient dans sa globalité.

---

<sup>118</sup> Loi n°98-657 *d'orientation relative à la lutte contre les exclusions*, 29 juillet 1998, article 71

C) La constitution de réseaux : une meilleure articulation entre sanitaire et social ?

Dans cette recherche d'une meilleure articulation entre les services sociaux et sanitaires, le développement des réseaux depuis le milieu des années 1980 est sans aucun doute une formidable avancée. Si les ordonnances du 24 avril 1996 définissaient déjà les filières et les réseaux de soins comme des outils de coordination des soins, c'est véritablement la loi du 4 mars 2002 qui est à l'origine du développement de cette transformation de l'organisation de notre système de santé. «Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prise en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. »<sup>119</sup> Les réseaux, en favorisant une plus grande coordination entre acteurs, répondent donc à cette exigence de continuum dont parle le Haut comité en santé publique, continuum qui permet une plus grande qualité des prises en charge. C'est ce que souligne François-Xavier Schweyer : « L'amélioration de la qualité des prises en charge peut être considérée comme le « ciment symbolique » qui unit les membres des réseaux. »<sup>120</sup> Les réseaux de santé, à travers l'étendue de leurs missions énoncées par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002, doit permettre une prise en charge des personnes dans toutes leurs dimensions ; les réseaux transforment la prise en charge sanitaire des personnes qui ne peut plus être centrée sur les soins mais fait appel à l'ensemble des champs sanitaires et sociaux. Pour notre système de santé, c'est une révolution qui implique les décroissements entre l'hôpital et les soins de ville, ainsi qu'entre le sanitaire et le social.<sup>121</sup> C'est ce que précise François-Xavier Schweyer dans son analyse sociologique des réseaux bretons : « cet objectif suppose une meilleure coordination entre les professionnels et avec les institutions. Mais aussi entre le secteur sanitaire et le secteur social qui ont été séparés au cours des années 1970 et qui constituent aujourd'hui un des modes d'action publique, mais pas le seul, pour atteindre l'objectif d'une meilleure coordination. Il se traduit au niveau local par la

---

<sup>119</sup> Loi n°2002-303 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, 4 mars 2002, article L6321-1 du Code de la santé publique

<sup>120</sup> François-Xavier SCHWEYER, *Contribution à une réflexion sociologique sur les réseaux en Bretagne*. Rennes : ENSP, 2004, p.2

<sup>121</sup> *Les réseaux sanitaires et sociaux*, Troisième forum ENSP-ENAP, Rennes : ENSP, 10 juin 2004

tentative de formalisation d'un travail d'articulation entre professionnels libéraux, hospitaliers et du secteur social. »<sup>122</sup>

La France n'est pas seule à choisir ce mode de fonctionnement. Ainsi, au Québec, une loi récente va transformer profondément le système de santé québécois en programmant en particulier la création de réseaux locaux de services de santé et services sociaux.<sup>123</sup> Ces réseaux réunissent à la fois un centre hospitalier, des centres de soins de suite, des centres de soins longue durée et des centres d'hébergement et associent les professionnels de santé de ville, les organismes de réinsertion sociale et les municipalités. Organisé autour d'une instance locale responsable des orientations du réseau, chaque réseau doit permettre d'offrir un guichet unique donnant accès à une large gamme de services tant sanitaires que sociaux. Deux objectifs sont clairement affichés par le gouvernement : les réseaux locaux devraient aboutir à une plus grande coordination entre les services sanitaires et sociaux grâce en particulier à l'animation de ces réseaux par une instance commune ; la création des réseaux doit aussi permettre de faire des économies en mutualisant les moyens et en augmentant l'efficacité de la prise en charge.

La réforme québécoise est en ce sens beaucoup plus ambitieuse que la transformation qui se produit en ce moment en France ; alors qu'en France, la création des réseaux n'est soutenue par le gouvernement que par le biais de financements spécifiques via la dotation nationale pour le développement des réseaux, la création des réseaux au Québec s'inscrit dans une démarche volontariste de transformation du système de santé de la part du gouvernement québécois. Les différentes structures ont ainsi une année pour constituer ces réseaux locaux de services de santé et services sociaux qui devraient permettre une réelle coordination entre les secteurs sanitaires et sociaux. Nous pourrions penser que le choix français n'est pas suffisamment courageux et qu'une fois encore de nouvelles structures sont créées sans réelle transformation de notre système de santé. Et pourtant, le changement qui s'amorce aujourd'hui est à l'image des permanences d'accès aux soins de santé sans doute plus grand que ce que nous pouvons imaginer. En effet, la création des réseaux est aussi la création d'espaces communs aux structures sanitaires et aux structures sociales, espaces qu'il faut inventer, animer, avec l'enjeu pour les différents acteurs d'apprendre à travailler ensemble, de développer des partenariats. Comme le souligne François-Xavier Schweyer, «les réseaux ont ainsi un mode de régulation culturelle qui

---

<sup>122</sup> François-Xavier SCHWEYER, *op. cit.*, p.2

<sup>123</sup> Loi 25. Montréal : 2003

appelle des échanges, des confrontations, un espace de débat, toutes choses peu familières aux professionnels de santé qu'ils soient libéraux ou hospitaliers. Contrairement à ce qui est spontanément perçu, les réseaux de santé ne sont pas que le prolongement ou le complément direct de l'activité professionnelle : ils forment un espace de production normative. »<sup>124</sup> Ces nouveaux espaces de dialogue et de partenariat permettront sans doute aux professionnels et aux structures des champs sanitaires et sociaux de comprendre davantage les logiques des uns et des autres. Ces expériences souvent limitées au champ d'une pathologie ou bien d'une population pourraient peut-être à terme s'étendre à l'ensemble du système de protection sociale français permettant une réelle articulation entre les secteurs sanitaire et social.

---

<sup>124</sup> François-Xavier SCHWEYER, *op. cit.*, p.2

### **1.3.3 Limites et perspectives d'un système de protection sociale organisé en réseaux**

Une prise en charge globale des personnes implique une plus grande coopération entre les champs sanitaires et sociaux au sein de notre système de protection sociale. Cette transformation peut passer par la création de réseaux mais demandent surtout un changement de mentalité de chacun des acteurs de manière à ce qu'il s'ouvre à des logiques de fonctionnement, à des contraintes qui ne sont pas les siennes. Cependant, si une articulation renforcée du social et du sanitaire est sans doute l'avenir de notre système de protection sociale, cette transformation ne va pas sans quelques difficultés liées en particulier à l'histoire de ce système. Ce sont ces difficultés que nous allons tenter à présent d'examiner.

#### **A) Les difficultés d'une plus grande coopération**

La plus grosse difficulté face au renforcement de la coopération entre le social et le sanitaire, mais aussi entre les soins de ville et le secteur hospitalier ou encore entre la prévention et les soins provient probablement de cultures différentes. Ces différences culturelles proviennent sans doute de l'histoire de notre système de protection sociale qui repose sur une spécialisation des approches et le développement d'une très grande technicité tant dans l'approche sanitaire que sociale. La formation très cloisonnée des professionnels soignants et des travailleurs sociaux et à ce titre révélatrice de cloisonnements très profonds dans la prise en charge des personnes. Comme nous l'avons évoqué dans le paragraphe précédent en faisant référence aux écrits de François-Xavier Schweyer, ces différences culturelles sont aussi renforcées par des fonctionnements différents des structures sanitaires et sociales, en particulier sur le plan financier. Ces différences vont tendre à s'accroître avec la réforme de la tarification hospitalière conduisant les établissements publics de santé à maximiser leur activité afin d'augmenter leurs moyens de fonctionnement. De ce fait, obéissant à des objectifs différents non coordonnés puisque provenant de tutelles différentes, les structures sanitaires et sociales éprouvent parfois des difficultés à se comprendre et à travailler ensemble.

Ce constat ne doit pas laisser penser que la France est la seule à affronter ces difficultés. D'autres pays tels que l'Irlande connaissent les mêmes difficultés. Le système de santé irlandais manque en particulier de structures d'hébergement permettant d'accueillir les personnes âgées. En conséquence, certaines personnes âgées sont hospitalisées sans

qu'aucune solution d'hébergement ne puisse être recherchée. C'est ce qu'a pu constater Elise Ansart, élève directrice d'hôpital, en stage dans un hôpital de Dublin pendant deux mois.<sup>125</sup> Les Irlandais ont surnommé ces personnes âgées en attente d'hébergement dans les hôpitaux les « bed blockers ». Ce phénomène a pour conséquence d'allonger les listes d'attente des personnes devant être hospitalisées. Quand elles en ont les moyens, elles partent se faire soigner dans les cliniques privées anglaises.

Face à ces différences culturelles, quelques pistes de réflexion peuvent être avancées en particulier sur le plan de la formation des professionnels. Des modules spécifiques pourraient être créés sur des champs de compétences autres que ceux pratiqués par les jeunes professionnels en proposant ainsi des modules de l'approche sociale aux étudiants des instituts de formation en soins infirmiers ou des modules de santé publique, sur le fonctionnement du système de santé aux étudiants des écoles d'éducateurs. Par ailleurs, l'idée développée sur l'agglomération nancéenne nous paraît excellente à savoir l'organisation de visites voire de stages dans les établissements du secteur sanitaire pour les travailleurs sociaux et dans les centres d'action sociale pour les professionnels de santé. La découverte de la culture de l'autre et la compréhension de ses modes de fonctionnement passe donc par des moyens simples mais nécessitera toujours une démarche volontaire de la part des professionnels et des institutions. C'est dans l'incitation à cette démarche que les chefs d'établissement peuvent sans doute jouer un rôle. Cependant, la seule découverte du fonctionnement des structures, des approches, des fonctionnements des autres secteurs de prise en charge ne suffira probablement pas pour permettre un réel décloisonnement de notre système de protection sociale. Cette transformation nécessitera la construction de projets communs aux différents secteurs dans lesquels les professionnels doivent apprendre à travailler ensemble : les réseaux constituent à ce titre une excellente expérimentation de ce décloisonnement entre le sanitaire et le social.

## B) Limites et fragilités des réseaux

Les réseaux, s'ils constituent une formidable chance pour notre système de protection sociale dans le décloisonnement qu'ils impliquent entre les différents secteurs de prise en charge, restent malgré tout des structures fragiles reposant en grande partie sur le

---

<sup>125</sup> Elise ANSART, Rennes : ENSP, Forum de l'Europe, février 2004

volontariat et l'engagement de quelques professionnels. Le manque de formalisme qui permet aux réseaux de répondre rapidement à un besoin de la population en coordonnant l'intervention de différents partenaires est aussi la grande faiblesse de ces organisations. Pour la majeure partie, les réseaux s'organisent sous la forme d'associations loi 1901 qui offre une très grande souplesse même si la création récente des groupements de coopération sanitaire fera peut-être évoluer cette tendance. Aujourd'hui, la plupart des réseaux tiennent trop souvent à une ou deux personnalités qui s'engagent sur leur temps personnel pour la promotion de ces structures. Comme dans toute structure associative, la question de la succession est posée : comment de telles structures sont-elles pérennisées au-delà des individualités qui s'y sont personnellement engagées. Au-delà du volontariat, il paraît donc indispensable que ces structures soient soutenues directement par les tutelles des établissements, directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), agences régionales d'hospitalisation (ARH) ainsi que par les municipalités des communes concernées. De plus, les réseaux ont longtemps souffert de ne pas bénéficier de financements spécifiques. En l'absence de budget dédié, les établissements ne pouvaient que difficilement financer des actions de coopération ou bien des associations réunissant plusieurs structures ainsi que des professionnels de ville. La dotation nationale pour le développement des réseaux a permis de débloquer cette situation. Au titre de cette dotation, la région Centre prévoit ainsi pour l'année 2005 une enveloppe de 3 millions d'euros ce qui permet de financer une dizaine de réseaux dont quatre en Eure-et-Loir.

### C) Vers un réseau des tutelles ?

La coopération entre les secteurs sanitaire et social se heurte aussi au cloisonnement des tutelles qui éprouvent bien des difficultés à travailler ensemble et à construire des projets communs concernant la prise en charge sanitaire et sociale des personnes. Chaque tutelle administrative possède sa propre vision du système avec des objectifs spécifiques qui ne coïncident pas toujours à ceux des autres tutelles. Un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes répond ainsi à trois logiques différentes puisque du fait de la réforme de la tarification en 2002, il dépend en particulier de par son financement à la fois du conseil général, de l'agence régionale de l'hospitalisation et de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Cette complexité de l'organisation de notre système de protection sociale, dans l'hétérogénéité des financements et des objectifs, ne facilite pas la coopération entre les acteurs au niveau local. Les établissements publics de santé

s'inscrivent dans un schéma d'organisation régional, le schéma régional d'organisation des soins (SROS), qui fixe les orientations de la région sur un plan pluriannuel. Pour ce qui est du secteur social, la loi du 2 janvier 2002 a créé les schémas sociaux qui devraient voir le jour sous une forme proche de celle des SROS. L'existence de deux processus parallèles de planification et d'orientation des services sanitaires et sociaux rend par conséquent plus complexe la création de structures nouvelles telles que les réseaux, ou bien même la coopération entre structures sanitaires et sociales, celles-ci devant avoir été prévues dans le schéma d'organisation de chacun des deux secteurs.

Afin de permettre une plus grande cohérence de l'organisation des services sanitaires et sociaux, il paraît légitime de s'interroger sur la possibilité de la création de tutelles uniques au niveau régional, ce que certains nomment déjà les agences régionales de santé. En effet, l'existence de structures uniques au niveau régional aurait le mérite d'unifier les politiques sanitaires et sociales de la région et ainsi de définir des priorités communes à l'ensemble des acteurs. Cette transformation du système de protection sociale permettrait aussi une meilleure intégration du sanitaire et du social au niveau local. Pour le sujet qui nous intéresse, il ne fait aucun doute que l'unification des tutelles permettrait la naissance d'une prise en charge des personnes démunies à la fois sur les plans sanitaire social en intégrant les soins et la prévention, l'éducation à la santé et l'accompagnement social, la médecine hospitalière et la médecine de ville. Le Haut comité de la santé publique soutient l'idée selon laquelle la réduction des inégalités sociales de santé qui doit être l'objectif prioritaire de tout système de santé passe aussi par une réorganisation administrative. Ainsi conclut-il son dernier rapport sur la santé en France : « dans cette perspective, disposer de structures régionales d'appui logistique aux politiques de santé qui soient communes aux différentes institutions impliquées serait plus efficace que de multiplier comme aujourd'hui les administrations. Il s'agit d'être plus simple et plus efficient, notamment pour que les démarches de coordination ou de travail en réseau apportent une véritable valeur ajoutée, au lieu de pallier une fragmentation et une segmentation obéissant à des logiques institutionnelles et non pas fonctionnelles. »<sup>126</sup> L'existence de structures uniques favoriseraient sans doute la possibilité de définir des budgets communs au niveau régional couvrant la prise en charge à la fois sociale et sanitaire des personnes et permettant ainsi d'obtenir le continuum des prises en charge évoqué précédemment et dont l'absence rend largement inefficace la prise en charge des personnes en situation de précarité. Si l'unification des tutelles est reportée régulièrement sur l'agenda gouvernemental, il pourrait

---

<sup>126</sup> HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *op. cit.*, p.379

cependant être envisageable à court terme de développer les relations entre les différentes administrations en charge des secteurs sanitaire et social au sein des régions. Les PRAPS sont à ce titre un excellent exemple d'actions communes dont les priorités sont définies en partenariat et dont le suivi est partagé entre les DDASS, la DRASS et l'ARH. Le travail en réseau des tutelles des champs sanitaire et social pourrait sans doute encore être renforcé avec la création d'une instance nouvelle fonctionnant sous la forme d'un comité de pilotage régional réunissant les principaux acteurs régionaux et départementaux et qui définirait la politique régionale de santé et ses priorités sur un plan pluriannuel. La création des conseils régionaux de santé prévus par la loi du 4 mars 2002, sera-t-elle suffisante pour assurer le développement de ces partenariats ?

Dans l'attente d'une réforme globale du système de protection sociale, les temps de la maladie, de l'accès aux soins, de l'accès aux droits et de l'accompagnement social ne coïncident jamais totalement. Pour Médecins sans frontières, ce sont justement ces interstices, ces décalages, ces discontinuités dans les prises en charge qui crée l'exclusion du système de santé, les personnes en rupture n'étant pas toujours en mesure de passer d'une temporalité à l'autre, de s'adapter à chaque institution, à ses règles spécifiques, à ses priorités propres. Les personnes en situation précaire ont donc besoin de structures spécifiques qui les accompagnent et les aident à passer ces interstices, un peu comme des sas permettant à une population d'être soignée pendant un laps de temps nécessaire pour qu'elle réintègre l'ensemble du dispositif de soins.<sup>127</sup> L'intérêt de cette approche du système de protection sociale français est d'expliquer les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation précaire par les incohérences du système lui-même, par le fait que ses différentes institutions ne communiquent pas suffisamment entre elles, par le fait qu'il n'y a pas suffisamment de synergies au sein de son fonctionnement. Ce sont aussi ces incohérences, ces décalages et ces lacunes de notre système qui rendent nécessaires la création de structures telles que les permanences d'accès aux soins de santé, aux interstices entre le social et le sanitaire, l'accès aux droits et l'accès aux soins, les soins et la prévention, le diagnostic médical et l'accompagnement social.

---

<sup>127</sup> Marguerite ARENE, L'apport des associations. *Actualité et dossier en santé publique*, septembre 1995, n°12, p.23

Au cours de cette première partie, nous avons pu constater l'urgence pour le système de protection sociale français que constitue la prise en charge des personnes en situation précaire. Outre le fait que la précarité est un phénomène en forte croissance dans notre pays depuis les années 1980, l'organisation actuelle de notre système de protection sociale ne permet pas de répondre aux besoins des personnes en situation précaire. En effet, au-delà de la complexité et la diversité des situations que recouvre la notion de précarité, les personnes en situation de précarité se retrouvent confrontées à une multitude de handicaps intriqués les uns aux autres. Les besoins de santé des personnes en situation précaire ne sont qu'un des nombreux soucis auxquels ces populations sont confrontées et qui constituent autant de barrières dans l'accès aux soins, aux droits, et plus généralement dans leur intégration sociale. La prise en charge de ces publics nécessite donc une approche globale de la personne, aussi bien sur le plan sanitaire que social, englobant à la fois les soins, la prévention, l'accès aux droits, les questions relatives aux ressources, au logement, à l'estime de soi, l'accompagnement social et le soutien psychologique de la personne. L'accès aux soins pour ces populations implique donc aussi que la personne puisse accéder à ses droits sociaux, qu'elle bénéficie d'un accompagnement social et psychologique et qu'elle soit aidée dans la reconstruction de l'image qu'elle peut avoir d'elle-même. Face à ces besoins, l'hôpital possède une position particulière en tant qu'unique moyen de recours aux soins pour toute une partie de ces populations démunies. L'hôpital est même parfois l'unique institution publique fréquentée par ces publics et à ce titre, il possède un rôle tout à fait fondamental dans la réintégration sociale de ces populations et dans la lutte contre les exclusions. Dans l'accès aux soins des populations en situation précaire, l'enjeu pour les établissements publics de santé est donc de s'ouvrir à la dimension sociale, de ne pas seulement voir la personne sous l'angle de sa maladie et des soins techniques dont elle peut avoir besoin. Cette ouverture du secteur hospitalier à la dimension sociale ne se fait pas sans mal, du fait en particulier de l'évolution de notre système de protection sociale au profit d'une spécialisation toujours plus grande des prises en charge sanitaires et sociales. Si bien qu'aujourd'hui, il paraît bien difficile de faire se rejoindre ces deux dimensions de la prise en charge des personnes. Au travers de la question de l'accès aux soins des personnes en situation précaire, nous sommes confrontés aux limites du système de protection sociale français, tellement cloisonné entre les différents secteurs de prise en charge qu'il n'était pas en mesure de répondre aux besoins des personnes en situation précaire qui font appel à l'ensemble des secteurs et exigent une approche interdisciplinaire. Dans l'attente d'une réforme plus générale de notre système de protection sociale, le développement des réseaux permettant une action commune des professionnels de l'action sanitaire et sociale est certainement une des solutions pour offrir des prises en charge davantage coordonnées

entre les différents secteurs. Cependant, face à la diversité des besoins des populations précaires et à leur état parfois très dégradé tant sur le plan sanitaire, que social et psychologique, la solution des réseaux ne semble pas suffisante. La création de structures spécifiques telles que les permanences d'accès aux soins de santé, les SAMU sociaux et plus récemment les lits infirmiers, dans une approche coordonnée au niveau régional par les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins doit pouvoir répondre à la situation d'urgence dans laquelle se trouvent ces populations en situation précaire. Ces structures très novatrices pour notre système de protection français présentent l'avantage d'offrir en un lieu unique l'ensemble des services sanitaires et sociaux. Portes d'entrée uniques dans le système de protection sociale, ces structures permettent une prise en charge globale répondant aux besoins des personnes en situation précaire. Dans la suite de ce travail, nous avons choisi d'étudier plus spécifiquement l'une de ces structures, la permanence d'accès aux soins de santé. Nous chercherons à partir de l'exemple de la PASS de Chartres à évaluer ce dispositif au regard des besoins des populations en situation précaire que nous avons analysés dans la partie précédente. La PASS permet-elle une prise en charge globale des personnes ? Les PASS permettent-elles d'assurer le décroisement évoqué précédemment entre les approches soignantes, médicales, psychologiques et sociales ? Nous nous interrogerons enfin sur le fonctionnement de ce type de structure et la nécessité d'une plus grande normalisation de ce type de structure. En effet, les PASS sont des structures très souples et selon les endroits, elles n'obéissent pas aux mêmes règles de fonctionnement. En comparant le fonctionnement de la PASS de Chartres à celui d'autres PASS telles que celles de Dreux et Rennes, en dégagant les points forts et les points faibles de chacune de ces structures, nous essaierons aussi de définir le type d'organisation le plus approprié pour répondre à l'objectif d'accès aux soins des personnes en situation précaire.

## **2 LA RECHERCHE D'UN PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES EN SITUATION PRECAIRE : L'EXEMPLE DE LA PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE DE CHARTRES**

Après avoir cherché à comprendre dans notre première partie comment répondre aux besoins de santé des personnes en situation précaire, nous allons à présent étudier comment, à Chartres, la permanence d'accès aux soins de santé prend en charge ces populations démunies. Cette permanence s'est constituée dans un contexte bien particulier qui continue aujourd'hui encore à influencer son fonctionnement. En le comparant à d'autres expériences dans les villes de Dreux et Rennes, nous essaierons d'évaluer le dispositif mis en place dans l'agglomération chartraine et son impact dans le système sanitaire local. Ce développement nous permettra aussi d'émettre quelques propositions dans le but d'améliorer la réponse aux besoins de santé des personnes en situation précaire et plus généralement le fonctionnement de notre système de protection sociale. En effet, une réflexion sur l'accès aux soins des plus démunis peut-elle aboutir sans une réflexion plus large sur l'organisation au plan local du système d'aide et de protection sociale ?

### **2.1 Pourquoi une permanence d'accès aux soins de santé ?**

L'Eure-et-Loir et plus particulièrement le bassin de population de l'agglomération chartraine comptent une très forte proportion de personnes en situation précaire. Nous tenterons au cours de ce développement d'expliquer ce phénomène et d'observer la manière dont la précarité est prise en charge par les associations et les institutions de l'agglomération. Du fait du nombre très important de personnes en situation de précarité, une permanence médicale a été très vite constituée à Chartres. Comment cette permanence a-t-elle évolué jusqu'à la création d'une PASS ? Quel est aujourd'hui le fonctionnement de la PASS de Chartres ? C'est ce que nous étudierons dans un deuxième temps.

#### **2.1.1 La précarité dans l'agglomération chartraine**

La précarité au sein de l'agglomération chartraine est un phénomène en forte augmentation en particulier ces dernières années. La population des personnes vivant en situation précaire, très hétérogène comme nous avons pu le constater lors de notre première partie,

est marquée à Chartres par l'existence de deux types de population bien distinctes : les personnes en désaffiliation sociale, parfois très marginalisées, de nationalité française et les personnes en situation irrégulière dont la proportion a fortement augmenté ces dernières années. Plusieurs facteurs donnent des pistes permettant d'expliquer ce phénomène comme nous le verrons à l'issue de ce développement.

#### A) Un phénomène en augmentation

Proportionnellement, le département d'Eure-et-Loir compte moins de ménages en situation précaire que le reste du territoire français. C'est ce que montrent en particulier les statistiques concernant le nombre de ménages bénéficiaires des minima sociaux. Selon cet indicateur, la France compterait 3,3 millions de ménages bénéficiaires d'un minimum social, ce qui représente pratiquement 10% de la population française vivant d'un minimum social. En Eure-et-Loir, la proportion est moindre puisque avec 13 763 allocataires d'un minimum social, le département compte 3,3% de ménages allocataires de ce type de revenus, ce qui correspond à une proportion de 7% de la population du département vivant d'un minimum social.<sup>128</sup> Au sein de la région Centre, le département d'Eure-et-Loir est également celui qui enregistre le taux de chômage le plus faible, 8,6%, ce qui place le département en-dessous de la moyenne nationale qui se situe à 9,4% de la population active. Nous pourrions ainsi penser que le département est relativement protégé face aux problèmes de précarité.

Et pourtant, il nous faut approfondir la lecture de ces chiffres. Ainsi, au sein du département, le taux de chômage varie très fortement selon la taille de la commune et la zone d'emploi à laquelle elle appartient. Si le chômage ne touche que 8,3% de la population active des communes de moins de 3 000 habitants, il atteint en revanche 15,4% dans les communes de plus de 10 000 habitants. La précarité se concentre donc principalement dans les villes où il est estimé que 11% de la population disposent de revenus inférieurs au seuil de pauvreté tel qu'il a été défini au cours de notre première partie. Cependant, comme le souligne la DRASS du Centre, la précarité ne touche pas seulement les villes. Les campagnes sont aussi particulièrement sensibles à ce phénomène, l'isolement de certaines familles accentuant

---

<sup>128</sup> DDASS d'Eure-et-Loir, *Plan départemental pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies en Eure-et-Loir*. Chartres : janvier 2001, p.4

encore le risque de la précarité.<sup>129</sup> C'est aussi le constat des professionnels de santé comme ce médecin des urgences rencontré au cours de l'enquête et qui témoignait de cette précarité parfois très grande des familles habitant dans les campagnes. « Dans les campagnes, on ne trouve pas de PASS ; et pourtant, il y a de la misère en campagne. Je me souviens d'être sorti en SMUR<sup>130</sup> en plein hiver pour un accouchement à domicile. La grossesse n'avait pas été déclarée. Quand je suis arrivée dans le logement, il n'y avait qu'une pièce partagée par toute la famille et il n'y avait pas de chauffage. »<sup>131</sup> Si la précarité ne touche pas de manière très forte le département d'Eure-et-Loir, la précarité de certaines populations est cependant très marquée que ce soit dans les agglomérations telles que Chartres et Dreux ou dans les campagnes.

Si la précarité en Eure-et-Loir part d'un niveau plus faible que la moyenne nationale, il faut toutefois noter sa très forte augmentation ces dernières années, plus particulièrement à Chartres. Cette évolution est particulièrement marquée au sein de la population sans domicile fixe qui a très fortement augmenté depuis deux ans. C'est ce que constatent les organisations qui prennent en charge les sans abri durant les périodes hivernales telles que les pompiers qui au cours de l'hiver 2003 ont assuré 64% de transports de personnes sans abri en plus par rapport à l'année précédente, ce qui, sur l'ensemble de l'année 2003 représente 423 interventions.<sup>132</sup> Le même constat est effectué par les équipes du Foyer d'Accueil Chartrain (FAC) qui assurent une maraude pendant toute la période hivernale et qui, pour leur première année de fonctionnement ont rencontré 72 personnes alors que les chiffres annoncés parlaient d'une population comprise entre 10 et 20 personnes.<sup>133</sup> Le très fort écart entre les chiffres annoncés et la réalité provient sans doute en partie de la mauvaise connaissance du phénomène des sans abri sur l'agglomération qui a conduit à sous-estimer le nombre de personnes qui vivaient dans la rue. Cependant, cette sous-estimation provient également de la très forte augmentation du nombre de personnes sans domicile fixe sur l'agglomération chartraine. Comme le précise le médecin chef des urgences

---

<sup>129</sup> DRASS du Centre, *Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies*. 30 mars 2000

<sup>130</sup> Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

<sup>131</sup> Emmanuel LAVOUE, entretien n°8, p.40

<sup>132</sup> *Réflexion sur le dispositif de prise en charge des personnes sans domicile de l'agglomération chartraine*. Réunion organisée par la DDASS d'Eure-et-Loir, le mardi 6 juillet 2004

<sup>133</sup> FOYER D'ACCUEIL CHARTRAIN, *Projet hivernal « La Maraude »*. Chartres : rapport d'activité de l'hiver 2003-2004, 2 juin 2004, p. 2

des Hôpitaux de Chartres, 159 personnes ont été accueillies aux urgences pendant la période hivernale pour un hébergement d'urgence. En un mois, le nombre de personnes sans domicile fixe accueillies pour un hébergement d'urgence avait atteint le total de l'ensemble de la précédente période hivernale. Les locaux qui avaient été prévus à cet effet ont très vite été insuffisants, le personnel des urgences accueillant jusqu'à 11 personnes le même soir, contre 7 au maximum l'année précédente.<sup>134</sup> Cette situation d'urgence rencontrée par l'agglomération dans l'hébergement des personnes sans domicile fixe traduit une évolution plus générale au sein du département qui connaît des taux de précarité en forte hausse depuis 2000 et ce, en dépit des actions engagées par les institutions.

## B) Quelles populations ?

Dans ce développement, nous nous interrogerons sur les particularités de la population en situation de précarité sur le département d'Eure-et-Loir et plus spécifiquement à Chartres.

Une des premières caractéristiques de cette population, c'est la forte proportion de jeunes en situation précaire, du fait de la précarité de leur emploi ou bien de ruptures dans leurs cercles relationnels. La population en situation précaire de Chartres répond donc au constat que nous avons observé en première partie à partir des analyses de l'IRDES selon lequel, alors que les personnes en situation précaire étaient principalement des personnes âgées et des jeunes au milieu des années 1990, en 2003, la précarité touche surtout les jeunes. Pour ce qui est du marché de l'emploi, ce constat est très marqué puisque le taux de chômage de 8,6% sur le département atteint 17,2% chez les moins de 25 ans. Ce trait est particulièrement fort en Eure-et-Loir si nous le comparons aux chiffres observés au niveau régional – 15,3% de jeunes de moins de 25 ans sont au chômage – ou au niveau national – 14,7%. Cette précarité des jeunes est également repérée chez les professionnels en particulier à la PASS. Ainsi le souligne David Poubel dans son étude sur l'activité de la PASS : « notre population est jeune, avec une moyenne d'âge d'un peu plus de 30 ans et demi (30,65 années). »<sup>135</sup> En 2002, 20% des personnes ayant consulté l'assistante sociale

---

<sup>134</sup> Hébergement des personnes sans domicile fixe en périodes hivernale, réunion organisée par la DDASS d'Eure-et-Loir, le mardi 6 juillet 2004

<sup>135</sup> David POUBEL, *Activité de la PASS de Chartres en 2002*. Chartres : août 2004, p.3

de la PASS avaient moins de 30 ans.<sup>136</sup> A l'UCSA, les infirmiers constatent aussi une recrudescence du nombre de jeunes parmi les détenus : « les détenus sont aussi de plus en plus jeunes : souvent ils n'ont pas de travail, sont abandonnés par leur famille et ne disposent donc pas de protection sociale. »<sup>137</sup> Nous retrouvons dans cette description les deux facteurs de désaffiliation identifiés au cours de notre première partie, à savoir la fragilité de l'emploi et la fragilité des relations sociales. La détention, parce qu'elle signifie souvent à la fois la perte de son emploi et une rupture avec ses proches, peut entraîner l'individu dans la précarité. Les personnes en détention sont à ce titre des personnes en situation précaire. Cette précarité chez les jeunes n'est pas sans conséquence sur l'évolution de la précarité dans l'agglomération. En effet, des jeunes qui aujourd'hui n'ont pas d'avenir, ne trouvent pas d'emploi et à partir de 25 ans touchent le RMI auront de grandes difficultés pour pouvoir se construire une identité. Parce qu'ils n'auront pas l'estime d'eux-mêmes, ils ne construiront pas non plus de projet et courent le risque de rester en situation précaire. C'est ce que pense le médecin des urgences que nous avons rencontré au cours de notre enquête sur la permanence d'accès aux soins de santé. « Les personnes en situation précaire sont surtout des jeunes. C'est inquiétant, parce que les jeunes précaires aujourd'hui deviendront des adultes précaires demain. »<sup>138</sup>

Le deuxième trait de caractéristique de la population précaire de Chartres est le nombre très important de personnes sans papiers. A la PASS, 61% des personnes ayant consulté pendant l'année 2002 étaient d'origine étrangère. Les 135 personnes d'origine étrangère recensées au cours de l'année 2002 par David Poubel provenaient pour 65% d'Afrique et en particulier d'Angola et du Congo, pour 15% du Maghreb et pour 17% des pays d'Europe de l'Est.<sup>139</sup> Ces étrangers ont pour la plupart connu des histoires très dures et sont en attente d'être régularisés pour pouvoir reconstruire autre chose en France. Le médecin chef de service des urgences Chartres nous a décrit cette population. « Les personnes en situation irrégulière sont souvent des personnes qui avaient une situation dans leur pays et qui, au changement de régime, ont fui la violence. Beaucoup ont connu des assassinats, des viols dans leur famille. Ils ont un passé, une histoire et quand ils arrivent, ils ont l'envie de construire quelque chose. »<sup>140</sup> Mais le temps d'attente de nouveaux papiers est parfois très

---

<sup>136</sup> SERVICE SOCIAL DE LA PASS DE CHARTRES, *Rapport d'activité*. Chartres : 2002, p.1

<sup>137</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°5, p.26

<sup>138</sup> *Ibidem*, entretien n°8, p.40

<sup>139</sup> David POUBEL, *op. cit.*, p.2

<sup>140</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°7, p.34

long. Au cours de l'enquête, le médecin chef des urgences nous a ainsi donné l'exemple d'un homme d'origine angolaise qui attend sa régularisation depuis dix années. Aujourd'hui, il n'est plus reconnu par son pays d'origine, l'Angola, mais fait l'objet d'un mandat d'expulsion pouvant être appliqué à tout moment.<sup>141</sup> Durant toute cette période d'attente, les personnes n'existent pas pour une part importante des services français. Cette incertitude par rapport à son avenir, cette peur d'être recherché par la police pour être reconduits dans leur pays d'origine, les ruptures et les événements difficiles vécus, autant d'éléments qui permettent de comprendre la précarité dans laquelle vivent les personnes en situation irrégulière. Comme l'exprime le chef de service des urgences : « Sans papiers, c'est impossible de travailler, d'avoir un logement ». <sup>142</sup> Nous retrouvons cette intrication des handicaps qui définit la précarité : parce que la personne n'a pas de papiers, elle ne peut trouver d'emploi ; sans ressources, la personne ne peut se loger : pour une majorité d'étrangers qui arrivent sur le territoire français, il s'agit alors de trouver un membre éloigné de la famille, un ami, qui pourront les héberger le temps de régulariser leur situation.

La troisième population qui peut être distinguée dans l'ensemble des personnes en situation précaire, ce sont les grands exclus dont nous avons vu dans le paragraphe précédent que leur nombre était en augmentation à Chartres. Cette population, d'origine française, regroupe des personnes qui, pour la plupart, ont connu des ruptures, des cassures importantes au cours de leur vie, cassures qu'elles n'ont pas supporté. Ces personnes sont souvent tellement brisées qu'elles ne formulent plus de projet, n'ont plus d'avenir. Comme nous l'avions souligné dans notre première partie, ces personnes ont perdu le code du temps : elles ne vivent que dans l'instant, oubliant un passé trop lourd à porter, sans avenir. Comme l'exprime le médecin chef de service des urgences : « Les Français sont des personnes qui n'ont plus de passé. Ils ont souvent divorcé une ou deux fois, sont fâchés avec leur femme, leurs enfants et leur famille. Ils n'ont plus non plus d'avenir. Leur seul avenir, c'est d'aller faire la manche à la sortie de l'église en essayant de séduire les personnes. »<sup>143</sup> Cette population n'a plus qu'une seule échelle, celle de l'instant.<sup>144</sup> Lorsqu'elles ont faim, elles cherchent quelque chose à manger, lorsqu'elles ont froid, elles essaient de se réchauffer, lorsqu'elles ont sommeil, elles recherchent un endroit où dormir.

---

<sup>141</sup> *Loc. cit.*

<sup>142</sup> *Loc. cit.*

<sup>143</sup> *Loc. cit.*

<sup>144</sup> *Ibidem*, entretien n°8, p.40

C) Quels facteurs ?

Comment expliquer cette importance de la précarité à Chartres ? Qu'est-ce qui permet de comprendre cette concentration de populations en situation précaire dans l'agglomération ? Quatre facteurs peuvent être avancés pour tenter d'apporter une réponse à cette interrogation : Chartres, ville préfecture, au centre du département, est bien structurée pour accueillir les personnes en situation de précarité ; située à proximité de Paris, elle reçoit donc aussi une partie des populations démunies de la capitale et en particulier les sans papiers dont le nombre a très nettement augmenté au niveau national.

Le premier facteur expliquant cette forte proportion de personnes en situation précaire au sein de l'agglomération chartraine est le positionnement de la ville de Chartres. Chartres est en effet à la fois la ville la plus importante du département avec plus de 80 000 habitants dans l'agglomération et la ville préfecture d'Eure-et-Loir. Par ailleurs, Chartres est géographiquement placée au centre du département, au carrefour des grands axes de communication d'Eure-et-Loir. Les professionnels qui prennent en charge les personnes en situation précaire s'accordent sur le fait que les personnes en situation précaire choisissent davantage les villes les plus importantes pour s'y installer. Le Docteur Letellier, responsable du SAMU d'Eure-et-Loir, constate à ce titre que les sans domicile fixe choisissent souvent la plus grande ville du département parce que, la majeure partie du temps, ils trouveront davantage de solutions pour y vivre. C'est un fait que les villes les plus importantes ont aussi souvent plus de moyens pour prendre en charge les personnes démunies, les institutions et associations participant à cette prise en charge étant également plus nombreuses. Sans parler des personnes sans domicile fixe, les personnes qui sont en recherche d'emploi se tournent également vers les villes les plus importantes puisque ce sont aussi les villes qui accueillent le plus d'entreprises et proposent ainsi le plus de chances de trouver un emploi. Les personnes en situation précaire du département d'Eure-et-Loir se rendent donc naturellement vers l'agglomération chartraine du fait du positionnement de Chartres comme capitale du département.<sup>145</sup>

---

<sup>145</sup> *Réflexion sur le dispositif de prise en charge des personnes sans domicile de l'agglomération chartraine*, réunion organisée par la DDASS d'Eure-et-Loir, le mardi 6 juillet 2004

Dans la continuité de ce qui précède, il convient également de souligner la proximité de Chartres par rapport à Paris. En tant que capitale et au cœur d'un des plus grands bassins de population d'Europe, Paris possède un pouvoir d'attraction très fort sur les personnes en situation précaire qui viennent à Paris en provenance d'autres régions ou bien d'autres pays pour rechercher du travail, échapper à la guerre ou aux massacres, survivre en faisant la manche. Paris est avant tout un carrefour de moyens de communication où se croisent la plupart des moyens de transport, les lignes ferroviaires, les plus grands aéroports du territoire. Pour les étrangers, c'est aussi à Paris que sont localisées les ambassades ; pour toutes les démarches administratives, la localisation à proximité de Paris est donc un avantage non négligeable. Sur les 200 000 sans domicile fixe que compterait la France selon l'étude de l'Organisation des Nations Unies (ONU), la région Ile de France est sans doute la région qui compte le plus de personnes sans abri.<sup>146</sup> Le nombre de personnes sans domicile visibles dans les rues de la capitale viendrait corroborer notre discours. Xavier Emmanuelli confirme cette hypothèse en révélant qu'une partie des personnes qui sont expulsées de leur logement ou bien licenciées de leur emploi cherchent à rester dans les quartiers où ils ont vécu. « Quand on a perdu tous ses liens sociaux, [...] on a besoin d'un lieu familier, ressenti comme sécurisant, où la survie semble possible. [...] Les clochards de Paris ne connaissent de Paris que leur quartier. »<sup>147</sup> Plus généralement, un Français sur cinq habitant en région Ile de France, toutes proportions gardées, la région Ile de France est sans doute aussi celle qui accueille le plus de personnes en situation précaire.

Située à moins de 100 kilomètres de la capitale, Chartres peut se présenter comme un lieu attractif pour des personnes en situation précaire souhaitant quitter la capitale. Facile d'accès, elle présente également l'intérêt de disposer d'un réseau d'acteurs et de services à destination des plus démunis bien développé. Une majorité des personnes en situation précaire rencontrées sur l'agglomération chartraine viennent ainsi de la capitale qui, pour les étrangers, a souvent été la première destination.

Le dernier facteur significatif permettant d'expliquer l'importance du nombre de personnes en situation de précarité est probablement la croissance très forte du nombre de sans papiers, phénomène qui touche l'ensemble du territoire national et qui a obligé les préfets de département à prendre des mesures pour pouvoir assurer l'accueil de ces populations fuyant le plus souvent le chaos, la guerre, les violences qui déchirent leur pays. La proximité avec les deux aéroports de Roissy et d'Orly peut expliquer le nombre important de sans papiers

---

<sup>146</sup> ONU, *op. cit.*

<sup>147</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p.136

accueillis à Chartres. Mais ce seul phénomène ne permet pas de rendre compte de la réalité. En effet, les professionnels remarquent également l'existence de filières : les personnes étrangères en situation irrégulière se font indiquer des endroits où d'autres sont passées avant et où elles pourront trouver l'adresse d'un ami, d'un parent éloigné. C'est ainsi que comme nous l'avons signalé dans notre précédent paragraphe, la population de la PASS de Chartres d'origine étrangère provient principalement de deux pays africains : le Congo et l'Angola. Pour la seule ville de Chartres, la préfecture a réquisitionné de façon permanente une centaine de chambres d'hôtel pour pouvoir accueillir les personnes sans papiers. Ce chiffre correspond aussi à celui de l'étude du Docteur Poubel sur les personnes ayant fréquenté la PASS en 2002, puisqu'il remarquait que 135 personnes sur 233 personnes ayant fréquenté la PASS en 2002 étaient d'origine étrangère.<sup>148</sup> Ce chiffre représente quand même 61% des personnes accueillies à la PASS et permet de donner une mesure de la proportion des étrangers sans papiers au sein de l'agglomération chartraine.

---

<sup>148</sup> David POUBEL, *op. cit.*, p.1

## **2.1.2 Les acteurs sanitaires et sociaux de l'agglomération et la prise en charge des personnes en situation précaire**

Après avoir montré l'importance des phénomènes de précarité sur l'agglomération chartraine, nous tenterons d'examiner à présent comment les différents acteurs mobilisés par la prise en charge de ces populations répondent aux besoins de ces personnes démunies que la vie a fragilisées. Si beaucoup d'actions sont entreprises par les différents acteurs, il manque sans doute une coordination du travail mené par chacune des institutions et des associations, coordination rendue parfois difficile du fait de clivages anciens. Enfin, au-delà des discours, nous nous interrogerons sur le positionnement de certains acteurs par rapport à la prise en charge des plus démunis qui ne semble pas prioritaire pour tous.

### **A) La prise en charge des personnes en situation précaire sur l'agglomération chartraine**

De nombreuses structures, tant associatives qu'institutionnelles, sur l'agglomération chartraine se sont données comme objectif la prise en charge des personnes en situation précaire. Les missions comme les actions mises en œuvre par ces différentes structures sont très diverses : assurer un hébergement, servir des repas, apprendre un métier, assurer les soins des personnes, permettre l'accès aux droits, assurer des transports d'urgence, proposer des points d'écoute. Un excellent exemple de cette diversité est le dossier concernant le dispositif de prise en charge des personnes en situation précaire en particulier en période hivernale. Au cours de notre réunion, onze structures différentes étaient représentées parmi lesquelles le service des urgences de l'hôpital, le SAMU d'Eure-et-Loir, le Foyer d'Accueil Chartrain, le CCAS, la Croix Rouge et l'association des Compagnons du Partage.<sup>149</sup> Cette multiplicité des acteurs concernés par la prise en charge des plus démunis rejoint l'analyse proposée par Julien Damon que nous avons abordée dans notre première partie. Le risque est que chacun des acteurs concernés lance des actions en faveur des plus démunis dont il assure la prise en charge sans se préoccuper de l'action des autres acteurs, sans percevoir non plus que la population qu'il prend en charge n'est qu'une partie seulement de la population des personnes en situation précaire. L'atout de cette multiplicité

---

<sup>149</sup> *Réflexion sur le dispositif de prise en charge des personnes sans domicile de l'agglomération chartraine*, réunion organisée par la DDASS d'Eure-et-Loir, le mardi 6 juillet 2004

d'acteurs est qu'elle permet une multiplication des services et des actions en faveur des plus démunis avec le risque que certaines actions se superposent mais aussi le risque que certaines populations ne soient prises en charge par aucune structure. Une telle parcellisation de la prise en charge des personnes en situation précaire n'est pas non plus adaptée aux besoins de ces populations dont nous avons vu précédemment que les handicaps sont toujours intriqués les uns aux autres. Ces populations auraient donc besoin d'une prise en charge globale qui réponde à la fois aux problèmes de logement, à la nécessité de se nourrir, à l'absence d'emploi, aux problèmes de santé, au besoin d'écoute et de soutien psychologique, à l'accès aux droits.

Afin de mieux comprendre l'articulation des acteurs mobilisés sur l'agglomération, il convient de distinguer deux situations rencontrées par les personnes en situation précaire et pour lesquelles les circuits et les acteurs mobilisés sont différents : l'urgence et la réinsertion.

Pour ce qui est de l'urgence, nous trouvons les acteurs de l'urgence sanitaire qui répondent aux besoins de l'ensemble de la population y compris ceux des personnes en situation précaire : service des urgences, SAMU, pompiers, services de police. La seule particularité est que la demande de santé chez les personnes en rupture n'est pas toujours facile à distinguer. De ce fait, comme nous avons pu le constater dans notre précédent développement, les pompiers accompagnent régulièrement des personnes sans abri au service des urgences et cela d'autant plus que le plan d'hébergement d'urgence en période hivernale a été déclenché par le préfet du département. C'est ce que constate le Docteur Duriez selon lequel parmi les personnes sans domicile fixe amenées aux urgences pendant l'hiver 2003, seules 9 sur 159, soit à peine 6% des personnes nécessitaient une hospitalisation.<sup>150</sup> En matière d'urgence sociale, un plan départemental d'hébergement d'urgence des personnes sans abri a été créé en 1996 par la DDASS d'Eure-et-Loir.<sup>151</sup> Au cœur de ce dispositif se trouve le service du Foyer d'Accueil Chartrain, « Accueil 28 », « permanence d'Accueil des sans résidence stable » créée en 1988 par le représentant de l'Etat et le Conseil Général. Comme le signale le médecin des urgences rencontré au cours de notre enquête, « 100% des personnes en rupture sur l'agglomération chartraine vont passer par « Accueil 28 » ». <sup>152</sup> Toutes les personnes en situation de rupture sont donc

---

<sup>150</sup> *Loc. cit.*

<sup>151</sup> DDASS d'Eure-et-Loir, *Plan départemental d'hébergement d'urgence des personnes sans abri*, août 1996

<sup>152</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°8, p.38

amenées à un moment ou à un autre de se rendre au service «Accueil 28 » dont les missions correspondent à l'accueil, l'information et l'orientation des personnes en difficultés sans résidence stable.<sup>153</sup> C'est aussi ce service qui gère les place du service du FAC nommé « Hôtel social » et qui est la structure d'hébergement d'urgence de la ville de Chartres pouvant héberger de manière ponctuelle les personnes sans abri pour une durée ne pouvant pas dépasser un mois.<sup>154</sup> Comme nous l'avons signalé précédemment, la préfecture a également réquisitionné une centaine de chambres d'hôtel pour pouvoir héberger l'ensemble des personnes sans papiers qui gagnent l'agglomération. Enfin, certaines associations telles que Les compagnons du partage ou encore le Secours catholique gèrent quelques hébergements et peuvent accueillir en urgence. Un numéro vert a été créé dès 1996 afin de coordonner l'action en matière d'hébergement d'urgence au niveau départemental. Ce numéro, devenu le 115 suite à la création du SAMU social de Paris, est géré par le FAC. En période hivernale, d'autres services se mettent en place afin de proposer un abri aux personnes qui dorment dans la rue. Deux équipes de maraude ont ainsi été créées par la Croix Rouge et le FAC, équipes dont les objectifs ont été rappelés dans le rapport d'activité du FAC : « aller vers ces personnes marginalisées pour renouer du lien social, répondre à des demandes matérielles urgentes (distribution de repas, distribution de vêtements et de couvertures, orientation vers des soins), élaborer avec les personnes qui le désirent, en partenariat avec le service « Accueil 28 », un projet de logement adapté ». <sup>155</sup> Au service des urgences des Hôpitaux de Chartres, un dispositif d'hébergement d'urgence a également été créé en 2002 sous forme de locaux Algécos gérés en partenariat avec le FAC. Ces types de logements semblent convenir aux sans domicile fixe qui refusent les autres solutions d'hébergement, trop contraignantes et trop réglementées. Comme le précise le directeur du FAC : « Au Foyer d'accueil chartrain (FAC), nous avons établi des règles en matière d'hygiène, d'alcool et de comportement. Parce qu'il y a des règles, la plupart des SDF chroniques dont nous parlons rejettent la solution proposée. Il s'agit donc de créer un dispositif sans règle : les bungalows, en tant que réponse ponctuelle et individualisée constituait une excellente réponse à un problème complexe. » <sup>156</sup> Enfin, les associations proposent aussi aux personnes démunies un certain nombre de services tels que la distribution de vêtements, de repas ou encore la possibilité de prendre

---

<sup>153</sup> DDASS d'Eure-et-Loir, *op. cit.*, p.12

<sup>154</sup> *Ibidem*, p.13

<sup>155</sup> FOYER D'ACCUEIL CHARTRAIN, *op. cit.*, p.2

<sup>156</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°8, p.46

une douche, mais aussi de se faire coiffer, de laver et de sécher du linge comme aux Restos du Cœur.<sup>157</sup>

En matière de réinsertion, les actions et les acteurs engagés auprès des personnes en situation précaire sont aussi très nombreux. Là encore, au cœur du dispositif, nous trouvons le Foyer d'Accueil Chartrain dont la particularité est d'offrir une gamme très large de services et de projets de manière à pouvoir répondre de façon adaptée à chaque personne. Le Foyer d'Insertion permet aux personnes en situation précaire d'être hébergées pour mener à bien un projet de formation ou bien d'insertion professionnelle. Le FAC encadre aussi la négociation d'un certain nombre de Contrats Emploi Solidarité. Les personnes en situation précaire peuvent aussi apprendre un métier en particulier au sein de l'atelier de menuiserie du FAC. Enfin, le FAC reçoit aussi des offres d'emplois dont des emplois saisonniers qu'il propose aux personnes en recherche d'emploi. Le FAC s'inscrit dans l'approche proposée par l'association ATD Quart-monde, c'est-à-dire « non pas aider mais agir avec ». Comme le soutient son directeur, « dans ce mode de fonctionnement, ce qui me paraît essentiel, c'est d'impliquer la personne dans sa prise en charge, de lui permettre d'être actrice. »<sup>158</sup> Ce mode de fonctionnement repose sur une conception très particulière de l'action sociale à savoir que le travailleur social ne doit pas agir comme un expert de l'action sociale, comme une personne détenant le savoir, mais bien plus comme un accompagnateur. Comme l'exprime le directeur du FAC : « Moi, je passe mon temps à leur répéter que le premier expert dans la prise en charge d'une personne, c'est la personne elle-même. C'est la seule qui ait l'ensemble des clés de lecture, qui connaisse son histoire, qui sache ce qu'elle a vécu. L'éducateur, le travailleur social ne peut travailler qu'à partir de ce que la personne va lui dire. Le risque, dans l'évolution du social comme un secteur hyper-spécialisé, est de ne plus faire que classer dans des cases les personnes dont les professionnels ont la charge. On ne fait plus alors de la prise en charge : on classe les gens en appliquant des procédures écrites à l'avance. Au contraire, on doit être très humble dans la prise en charge : la seule personne qui pourra permettre à une personne de se réinsérer, c'est la personne elle-même. Nous on est juste là pour l'accompagner, lui donner un coup de main et lui donner les moyens d'atteindre son objectif. »<sup>159</sup> D'autres associations telles que le « Point refuge » ou le Secours catholique proposent des actions d'insertion, mettent en lien les personnes avec les organismes de formation, l'Agence nationale pour l'emploi. Sur le plan institutionnel, le

---

<sup>157</sup> DDASS d'Eure-et-Loir, *op. cit.*, p.24

<sup>158</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°8, p.44

<sup>159</sup> *Ibidem*, p.45

Centre communal d'action sociale et le service social du Conseil général coordonnent les actions d'insertion sur l'agglomération.

## B) Les limites de la prise en charge des personnes en situation précaire à Chartres

Les limites des actions entreprises pour prendre en charge les personnes en situation précaire sur l'agglomération sont de deux ordres : le manque de moyens des structures engagées et une coordination encore insuffisante des actions entreprises.

Tous les acteurs rencontrés au cours de l'enquête s'accordent sur le fait que les structures engagées dans l'accueil des personnes en situation précaire manquent de moyens. L'agglomération chartreuse manque en particulier de places d'hébergement. Ainsi, face à la demande toujours croissante du nombre de personnes démunies nécessitant un dispositif d'hébergement d'urgence, les hôpitaux de Chartres ont pris la décision de mettre un terme à l'expérience des bungalows installés sur le site de l'Hôpital Louis Pasteur et cogérés en partenariat avec le FAC. Prévus pour accueillir trois personnes, ces logements se sont en effet révélés bien insuffisants face à la demande. Le directeur du FAC confirme cette évolution de la demande bien supérieure aux capacités du FAC : « Nous ne pouvons pas nous en sortir : nous sommes constamment en situation de manque de places avec des taux d'occupation oscillant entre 90 et 110%. »<sup>160</sup> En conséquence, des structures telles que l'Hôtel social, l'un des services du FAC, dont la vocation première est d'accueillir en urgence les personnes confrontées à un besoin d'hébergement ne peuvent plus remplir leurs missions n'ayant plus de places pour faire face à toute nouvelle demande. Dans son rapport d'activité, l'équipe de la maraude du FAC présente le manque de places en hébergement d'urgence comme le plus gros handicap de son action. Faute de places en nombre suffisant, la maraude ne pouvait satisfaire à toutes les demandes d'hébergement.<sup>161</sup> Le dernier exemple de ce manque de moyens sur le département est sans doute la décision de la préfecture face à l'affluence de sans papiers sur Chartres de réquisitionner une centaine de chambres d'hôtel à destination de ces populations étrangères. L'agglomération apparaît donc débordée par la demande d'hébergement des personnes en situation précaire.

---

<sup>160</sup> *Ibidem*, p.44

<sup>161</sup> FOYER D'ACCUEIL CHARTRAIN, *op. cit.*, p.5

Face à la parcellisation des acteurs et des actions entreprises au profit des personnes en situation précaire à Chartres, il convenait de développer la coordination au sein des différents dispositifs existants. C'est le rôle que s'est donnée la préfecture en particulier par l'intermédiaire de la DDASS à l'origine de plusieurs plans à destination des publics démunis et en particulier le plan départemental d'hébergement d'urgence des personnes sans abri et le plan départemental d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies en Eure-et-Loir que nous avons déjà évoqués dans les paragraphes précédents. La planification des actions en faveur des plus démunis a permis aux différents acteurs d'apprendre à se connaître et de travailler ensemble. Ce fut le cas en particulier entre les Hôpitaux de Chartres et le FAC qui depuis 1995 ont établi un partenariat solide. Et pourtant, ces actions de partenariats ne sont pas toujours si évidentes. Les différents acteurs concernés ne se comprennent pas toujours du fait de logiques institutionnelles différentes. Dans son étude sur la PASS, le Docteur David Poubel montre ainsi qu'« une minorité de patients est adressée par les partenaires sociaux et médicaux extérieurs au FAC ou à la permanence médicale gratuite ».<sup>162</sup> Une des explications pouvant être apportée à ce phénomène selon un médecin des urgences est la localisation de la PASS dans les locaux du FAC. Pour les autres institutions et associations travaillant auprès des plus démunis, le FAC est considéré comme une institution concurrente. «Quand les restos du cœur, le secours catholique, la pastorale des migrants ou encore le Centre Communal d'Action Sociale rencontrent quelqu'un qui a des problèmes de santé, ils n'envoient pas forcément au FAC : le FAC est sans doute considéré comme une association concurrente. »<sup>163</sup> Cette incompréhension provient très certainement en partie du fait que les prises en charge proposées par les différents acteurs de l'agglomération sont souvent limitées à un aspect des besoins des personnes. Du coup, il est parfois difficile de comprendre l'approche d'autres structures qui n'ont pas les mêmes objectifs. Ceci est particulièrement vrai entre les deux principaux acteurs de la prise en charge des personnes en situation précaire sur l'agglomération : l'hôpital et le FAC. L'infirmière de la PASS nous confiait ainsi au cours de notre enquête : «Je n'adhère pas à toutes leurs décisions. Pour entrer dans une des branches du FAC, on demande à la personne d'avoir un projet, par exemple, celui de travailler. Pour cela, il faut arrêter de picoler. Les gens sont poussés à ça. Avec la PASS, ils sont envoyés en cure. A la sortie de la cure, il n'y a plus de place à l'Hôtel Social : du coup, ils sont renvoyés à la rue et repicolent. Ils n'ont sans doute pas assez de places à l'Hôtel Social, mais je ne le comprends pas. Il pourrait même mettre un matelas par terre. Je leur

---

<sup>162</sup> David POUBEL, *op. cit.*, p.14

<sup>163</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°8, p.38

dis parfois : “ il va repicoler ”. Ils me répondent : “ mais on n’a pas la place ”. Ils ne peuvent pas s’en sortir ces gens-là. »<sup>164</sup> Pour le directeur du FAC, ces tensions proviennent en grande partie du fait de l’hyperspécialisation des prises en charge. Il vient en cela confirmer notre hypothèse selon laquelle le système de protection sociale aurait conduit à une sectorisation très forte des approches et en particulier entre l’approche sociale et l’approche sanitaire. «Du fait de la très grande spécialisation du médical par rapport au social, le médico-social n’existe plus. Il faut retrouver ces passerelles entre les secteurs. »<sup>165</sup> L’un des enjeux de la prise en charge des personnes en situation précaire est donc de coordonner l’action des différents acteurs de manière à permettre une prise en charge globale de la personne dont nous avons vu précédemment qu’elle était la seule approche permettant de répondre aux besoins de ces populations.

#### C) Un dossier non prioritaire ?

Les différents acteurs de la prise en charge des personnes en situation précaire pour répondre à des besoins d’hébergement en forte hausse se heurtent donc à une insuffisance du nombre de logements sur l’agglomération. Cette crise du logement que traverse Chartres ne semble pourtant pas avoir été retenue comme une priorité de l’action de l’actuelle municipalité. Selon le directeur du FAC, « la municipalité n’a pas placé le logement comme une de ses priorités. Ainsi, des dizaines de logements sont laissés vacants sur Beaulieu sous prétexte du projet de destruction de plusieurs barres mais pour lequel la préfecture n’a toujours pas rendu sa décision. En attendant, ce sont des dizaines de logements en Hébergement à loyers modérés (HLM) qui sont laissés vacants, ce qui représente pour le FAC autant de solutions en moins pour permettre aux personnes de trouver une solution durable à leur problème d’hébergement. » Le manque d’engagement de la municipalité dans ce dossier de l’hébergement des personnes en situation précaire s’explique sans doute par un programme dans lequel la municipalité a choisi d’inscrire d’autres projets que la résorption des problèmes d’hébergement. Néanmoins, nous pouvons nous étonner de l’absence de représentant de la municipalité à la réunion organisée par la DDASS sur le dispositif de prise en charge des personnes sans domicile de l’agglomération chartraine. Le maire n’a-t-il pas aussi un devoir de protection des personnes résidant sur le territoire de sa

---

<sup>164</sup> *Ibidem*, entretien n°6, p.30

<sup>165</sup> *Ibidem*, entretien n°9, p.47

commune ?<sup>166</sup> La question de l'hébergement des personnes sans domicile fixe donne parfois l'impression de n'être du ressort de personne. Le FAC exige que les personnes aient un projet pour pouvoir être hébergées et qu'elles respectent les règles de vie du foyer : « Le non respect de ces règles peut entraîner le renvoi de la personne. Certains nous accusent de mettre des personnes à la rue. Nous ne laissons jamais tomber les gens qui veulent s'en sortir, mais les personnes qui ne veulent pas respecter un minimum les règles qui sont fixées ne peuvent rester faute de quoi elle pourrait mettre en danger l'ensemble de la structure. »<sup>167</sup> Pour ce qui concerne l'hôpital, l'hébergement social n'est pas dans ses missions ; l'hébergement hospitalier n'est à destination que des personnes ayant une pathologie nécessitant d'être hospitalisées. Comme l'exprime l'infirmière de la PASS : « Mais le budget pour héberger les gens, ce n'est pas nous qui l'avons, c'est eux. »<sup>168</sup> Pour les 10-15 personnes sans domicile fixe et qui refusent toute solution d'hébergement en collectivité, aucune hypothèse n'a finalement été retenue au cours de la réunion organisée par le DDAS au début du mois de juillet.<sup>169</sup> Une de nos hypothèses se trouve ici parfaitement illustrée, les personnes en situation de précarité montrant les limites de notre système de protection sociale. Notre système est en effet tellement cloisonné entre des structures hyper-spécialisées qu'il ne paraît pas capable de prendre en charge des personnes qui se situent à la croisée des dispositifs relevant à la fois de tous les acteurs sanitaires et de tous les acteurs sociaux.

Abraham de Swaan propose une autre hypothèse d'explication en reprenant le modèle de la théorie des jeux<sup>170</sup>. A partir du dilemme du prisonnier, il dresse une théorie de l'action sociale des collectivités territoriales. Le modèle comporte deux communes de taille identique et situées à proximité l'une de l'autre : chacune des deux communes peut proposer ou non des structures pour accueillir les personnes sans domicile fixe. Lorsque l'une des deux communes propose de telles structures alors que l'autre n'en propose pas, elle obtient un score très défavorable par rapport à l'autre commune. Comme nous l'avons vu précédemment, la création de structures en faveur des personnes en situation précaire fait

---

<sup>166</sup> *Réflexion sur le dispositif de prise en charge des personnes sans domicile de l'agglomération chartraine*, réunion organisée par la DDASS d'Eure-et-Loir, le mardi 6 juillet 2004

<sup>167</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°9, p.44

<sup>168</sup> *Ibidem*, entretien n°6, p.30

<sup>169</sup> *Réflexion sur le dispositif de prise en charge des personnes sans domicile de l'agglomération chartraine*, réunion organisée par la DDASS d'Eure-et-Loir, le mardi 6 juillet 2004

<sup>170</sup> Abraham de SWAAN, *Sous l'aile protectrice de l'Etat*. Paris : PUF, 1995

toujours courir à la commune en question le risque de voir se diriger l'ensemble de la population sans abri vers son territoire. Dans l'hypothèse où l'autre commune ne dispose pas de telles structures d'accueil, une commune a donc davantage intérêt à ne pas créer un dispositif d'aide en faveur des sans abri. C'est ce que soutient le Docteur Letellier, directeur du SAMU d'Eure-et-Loir, dont nous avons cité précédemment les propos : une commune n'a pas toujours intérêt à créer un dispositif d'aide en faveur des plus démunis parce qu'elle court le risque que l'ensemble des personnes en situation précaire choisissent de s'installer sur son territoire. Ainsi, le faible engagement de la municipalité de Chartres par rapport à l'hébergement des sans domicile fixe pourrait être une stratégie pour se libérer d'une part de cette population en misant sur leur mobilité géographique vers d'autres agglomérations. La limite d'un tel raisonnement est à rechercher auprès des populations concernées qui peuvent alors se retrouver renvoyées d'une ville à l'autre, d'un département à l'autre sans jamais véritablement être pris en charge. Comme l'exprime la directrice de la maison de retraite de Gallardon qui a longtemps travaillé à l'Aide sociale à l'enfance (ASE), « pour limiter les dépenses du département, il arrive régulièrement que l'on refile un billet de train à la personne de manière à ce qu'elle change de département et qu'elle soit prise en charge là-bas. Plus généralement, l'aide sociale départementale, on essaie de s'en débarrasser. »<sup>171</sup>

Cependant, selon Abraham de Swaan, la solution la plus favorable pour les deux communes est en réalité que chacune des communes développe son propre système d'aide aux personnes en situation précaire. La prise en charge des personnes en situation précaire a alors un coût équivalent pour les deux communes mais relativement faible par rapport au coût de la non prise en charge qui peut se traduire par une dégradation des personnes, des coûts sanitaires, le développement de la violence. Les résultats de la prise en charge de la précarité par les deux communes deviennent même positifs quand de l'assistance, les dispositifs permettent l'intégration des populations concernées en particulier par l'intermédiaire du travail. Les personnes ayant une activité professionnelle, le coût de la formation, de la recherche d'un emploi et du paiement d'un salaire est compensé par l'activité développée par l'emploi créé et le nouveau pouvoir d'achat de la personne en situation précaire.

---

<sup>171</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°4, p.19

### 2.1.3 La création de la PASS de Chartres et ses spécificités

Après avoir analysé la situation de Chartres concernant l'importance de la précarité des personnes résidant sur le territoire de l'agglomération, après avoir présenté les différents acteurs de la prise en charge des personnes en situation précaire et les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer dans la réponse aux besoins des plus démunis, nous allons à présent étudier la permanence d'accès aux soins de santé de Chartres. Nous verrons que le contexte de sa création explique en partie les spécificités et le fonctionnement de ce dispositif.

#### A) Historique de la création de la PASS de Chartres

La prise en charge sanitaire et sociale des personnes en situation précaire sur l'agglomération chartraine fait l'objet depuis plusieurs années d'une réflexion aux hôpitaux de Chartres à l'initiative des Docteurs Rivière et Duriez, les deux derniers chefs de service des urgences. Cette réflexion trouva un relais dès 1995 en la personne de M. Lepage, directeur du Foyer d'Accueil Chartrain. Lors d'une réunion à laquelle participaient le Docteur Rivière et M. Lepage, ils constatent que toute une partie de la population n'avait pas accès aux soins et en particulier les personnes sans domicile fixe dont le nombre était en très forte augmentation sur le territoire de l'agglomération. Ils décidèrent alors de créer une permanence médicale gratuite à destination des plus démunies, et ce, sans attendre de recevoir un quelconque financement de la part des tutelles. Les premiers intervenants à la PASS étaient donc bénévoles, infirmières ou médecins du service des urgences de l'hôpital. Comme le raconte lui-même le directeur du Foyer d'Accueil Chartrain : « A l'occasion d'une réunion avec le Docteur Rivière, nous nous sommes rendus compte qu'une frange de la population n'avait pas accès aux soins. Nous avons décidé de créer quelque chose à destination de cette population. C'était une expérience un peu militante. L'idée était de créer une permanence médicale liée à une structure d'hébergement hivernal. Son fonctionnement reposait sur le bénévolat hospitalier et l'aide de Pharmaciens sans frontières qui nous apportait les traitements pharmaceutiques. 20 à 25 infirmières et 5-6 médecins se relayaient à la permanence. Sans aucun budget, nous avons donc réussi à créer une permanence médicale deux fois par semaine. »<sup>172</sup>

En parallèle, les Hôpitaux de Chartres signait la même année avec la préfecture une convention relative à l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement des personnes en

---

<sup>172</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°9, p.47

difficultés au centre hospitalier de Chartres. Le centre hospitalier s'engageait à « assurer sur l'ensemble de ses sites, l'accueil, le suivi administratif, la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social des personnes en difficultés d'accès aux soins ». Cette convention faisait suite aux circulaires du 17 décembre 1993 et du 21 mars 1995 relatives à l'accès aux soins des plus démunies, textes que nous avons cités précédemment. Les différents objectifs mentionnés étaient ainsi précisés : « en collaboration avec les CCAS et le Conseil général, le centre hospitalier assurera la gestion des procédures détection de domicile, contrôlera les droits sociaux, procédera aux recherches des formalités nécessaires à l'ouverture des droits, constituera les dossiers d'aide médicale et se chargera de toutes les liaisons nécessaires avec l'Assurance Maladie et la DDASS. Le centre hospitalier s'engage à offrir des lieux d'accueil et d'écoute adaptés pour recevoir les personnes en difficultés, à leur fournir l'information nécessaire, à leur proposer soutien, accompagnement et à les orienter, après évaluation de leur situation, vers des structures susceptibles de répondre à leurs besoins immédiats et de les aider dans une démarche de réinsertion. [...] Le centre hospitalier de Chartres s'engage à donner les soins nécessaires aux personnes sans résidence stable en grande difficulté sociale. »<sup>173</sup> Dès 1995, le centre hospitalier répondait aux trois grands aspects des missions des PASS telles qu'elles seront définies par la circulaire du 17 décembre 1998 « relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public et à l'accès aux soins de personnes les plus démunies » : apporter des soins, accueillir et proposer un accompagnement social de la personne, permettre l'ouverture des droits de la personne.

La consultation médicale gratuite qui permet de proposer une consultation de médecine générale à des populations qui n'ont jamais accès à la médecine de ville est pérennisée le 11 mai 1998 avec la signature d'une convention entre le centre hospitalier et le FAC. Le médecin des urgences interviewé au cours de l'enquête souligne ce côté novateur de la permanence médicale de Chartres : « Avant même que les textes sortent, il y avait un projet de soins aux démunis à Chartres. Le 11 mai 1998, c'est une PASS avant l'heure qui est créée. »<sup>174</sup> La convention permet de préciser le rôle de l'hôpital et du FAC : l'hôpital fournit du temps médical, les produits pharmaceutiques alors que le FAC met à disposition du temps infirmier ainsi que le local pour accueillir la permanence. Le grand changement en 1998 est surtout le passage du bénévolat qui caractérisait le permanence dans ses

---

<sup>173</sup> *Contrat d'objectifs relatifs à l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement des personnes en difficultés au centre hospitalier de Chartres*, 7 juillet 1995, p.4

<sup>174</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°8, p.38

premières années, par définition fragile puisque reposant sur le volontariat, à davantage de professionnalisme, les médecins et l'infirmière intervenant à la permanence étant désormais rémunérés pour cette activité. Pour le médecin des urgences rencontré au cours de l'enquête, cette transformation était nécessaire. « Auparavant, la consultation reposait sur le bénévolat. Le problème, c'est que les médecins tournaient beaucoup. L'idée vient alors de mettre en place une vraie permanence. Je crois que pour les personnes désocialisées, c'est essentiel que les structures à leur destination soit parfaitement structurées. Une permanence médicale est donc créée. »<sup>175</sup>

C'est donc avant tout l'investissement du Docteur Rivière et de Monsieur Lepage qui aura permis la création de la première permanence médicale gratuite. Projet novateur mais fragile puisque reposant, au départ, principalement, sur le bénévolat des soignants et des médecins qui intervenaient au sein de la PASS, la permanence a très vite reçue le soutien du directeur des Hôpitaux de Chartres et des tutelles, ce qui a permis de trouver les financements nécessaires à sa pérennisation. La transformation en permanence d'accès aux soins de santé en 1999 n'allait donc pas profondément modifier le fonctionnement de la permanence. Le principal changement fut l'arrivée d'une assistante sociale, localisée aux urgences des Hôpitaux de Chartres et spécifiquement chargée de l'accès aux droits et de l'accompagnement social des personnes consultant à la PASS alors que jusque-là, ses missions étaient assurées par le service social de l'hôpital. Cette modification correspondait à la structure des PASS telle qu'elle fut précisée par la circulaire n°98-700, « Campagne budgétaire 1999 », les PASS devant s'articuler sur un poste d'assistante sociale au moins à mi-temps, cette assistante sociale pouvant être dédiée à la PASS ou bien correspondre à des vacations assurées à tour de rôle par les assistantes sociales du service social de l'hôpital.

En 2000, la permanence d'accès aux soins de santé quittait les locaux du FAC du site de l'Auberge de jeunesse où elle s'était en premier lieu installée pour gagner un nouveau site à proximité sur lequel le FAC ouvrait les nouveaux locaux de l'Hôtel social, du Foyer d'Insertion, de l'« Accueil 28 », des ateliers d'insertion et du foyer « Hébergement Ecoute Dynamisation ». La PASS s'inscrivait alors dans une offre globale de services à destination des personnes les plus démunies de l'agglomération.

---

<sup>175</sup> *Loc. cit.*

## B) Objectifs de la PASS de Chartres

Lors de sa création en 1999, les objectifs de la permanence d'accès aux soins de santé s'inscrivaient directement dans l'esprit de la circulaire n°98-736 du 17 décembre 1998. Monsieur Duriez, chef de service des urgences les résume en trois points. « La PASS vise à répondre à trois objectifs principaux : prendre en charge sur le plan sanitaire et social les personnes en situation précaire, rétablir ou établir la personne en situation d'exclusion dans ses droits et permettre la réinsertion dans le système de santé commun ». Ces objectifs généraux répondent bien à la problématique soulevée au cours de notre première partie d'une prise en charge globale qui permettent de répondre aux besoins des personnes en situation précaire à la fois sur le plan des droits, sur le plan des soins et sur le plan de l'accompagnement social. Par ailleurs, Monsieur Duriez affiche clairement son objectif de réintégration de la personne dans le système commun de protection sociale. La PASS ne serait donc pas une fin en soi, auquel cas nous aurions à Chartres la création d'une filière parallèle pour les personnes en situation précaire. Non seulement, cette hypothèse n'est pas dans l'esprit de la loi relative à la lutte contre les exclusions, mais de plus, elle condamnerait définitivement les personnes à rester en-dehors du système commun puisqu'elles bénéficieraient d'un dispositif qui leur serait propre. Au contraire, à travers la permanence et la consultation avec un médecin qui accueillera la personne comme les autres, prendra soin de cette personne, la personne ne se voit-elle pas offrir une porte d'accès vers le système commun ? Pour certaines personnes en rupture avec la société, l'accès au système de soins commun ne signifie-t-il pas également la réintégration dans la société, la possibilité d'exister en face de l'autre, de redevenir quelqu'un ?

D'autres objectifs découlent de ces lignes directrices de l'action de la PASS et en particulier l'accès aux soins pour tous, la réduction des inégalités et l'amélioration générale de l'état de santé de la population. Si la permanence axe son action sur les personnes les plus démunies, son activité n'est peut-être pas sans conséquence sur l'ensemble de la société, ce lien social dont parle Serge Paugam. En effet, l'objectif de réduction des inégalités de santé participe d'une plus grande égalité des chances au sein de notre société et sans doute aussi d'une plus grande cohésion sociale. Dans un pays de droits tel que la France, comment accepter, en effet, que selon leur origine sociale, leur profession, leur situation familiale, les Français n'aient pas les mêmes chances de survie ? La PASS de Chartres s'inscrit donc dans l'orientation proposée par le Haut comité de la santé publique pour l'évolution de notre système de santé. La première priorité de notre système de santé ne devrait-elle pas, justement, être la réduction des inégalités sociales de santé, scandale de notre système de protection sociale dont la raison d'être est justement la prise en charge des plus démunis ?

Dans le dernier projet d'établissement des Hôpitaux de Chartres, la permanence d'accès aux soins de santé apparaît avec comme objectif son renforcement afin d' « améliorer la gestion des flux des patients en amont du service des urgences »<sup>176</sup>. L'idée sous-tendue par cet objectif est que le renforcement des moyens alloués à la PASS évitera le recours systématique au service des urgences pour les personnes en situation précaire. Selon le médecin des urgences interrogé durant l'enquête, cet enjeu est loin d'être négligeable, les personnes sans domicile représentant quand même 1 500 passages aux urgences par an sur un total de 35 000, soit un peu plus de 4% des passages aux urgences. Ce projet a d'ailleurs été repris dans le Contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'Agence régionale d'hospitalisation en décembre 2003, contrat qui prévoit le renforcement de la PASS à hauteur d'un demi-poste d'infirmière.

La population concernée par le dispositif PASS est précisée dans la plaquette descriptive de la PASS. La PASS est donc à destination de « toute personne en attente ou en cours de régularisation de couverture sociale, dépourvue d'assurance maladie ou en attente de CMU ou en attente d'aide médicale d'Etat, dépourvue de ressources, ayant un besoin de soins médicaux, d'une délivrance de médicaments, d'examens complémentaires ou de soins dentaires. »<sup>177</sup> Le Docteur Duriez estime que la permanence s'adresse plus généralement à toute personne en situation de précarité du fait de perte de droits sociaux, de situation d'exclusion ou de situation irrégulière sur le territoire français. Il s'agit donc bien de cette population en situation précaire sur l'agglomération chartraine que nous avons décrite au début de cette partie. L'assistante sociale de la PASS de Chartres a souhaité définir parmi l'ensemble des situations de précarité trois priorités quant à l'accompagnement des personnes : les exclus, les personnes en situation de grande précarité et les moins de 25 ans.<sup>178</sup>

### C) Une histoire qui fait de la PASS de Chartres une structure spécifique

La première particularité de la PASS de Chartres du fait de l'histoire de sa création est sans doute sa localisation. Comme le dit lui-même le directeur du FAC, « du fait de son histoire, on est le seul endroit où la PASS est délocalisée par rapport au service des urgences. L'idée

---

<sup>176</sup> HOPITAUX DE CHARTRES, *Projet d'établissement 2004-2008*

<sup>177</sup> LES HOPITAUX DE CHARTRES, *Une permanence d'accès aux soins de santé*

<sup>178</sup> SERVICE SOCIAL DE LA PASS, *Rapport d'activité 2003*, Chartres : 2003, p.1

de départ était de se situer dans un lieu social à destination des personnes qui ont des difficultés pour faire les démarches. »<sup>179</sup> En effet, la permanence est assurée à la fois au sein du service des urgences par les équipes médicale, soignante et l'assistante sociale du service et en ville, au Foyer d'accueil chartrain. La PASS de Chartres est donc localisée au plus près des besoins des personnes en situation d'exclusion, que ce soit aux urgences pour les personnes très dégradées ou bien au Foyer d'accueil chartrain, à proximité des lieux de vie des personnes en situation précaire. A propos de la localisation des PASS, les différentes circulaires parues sur le sujet sont parfois contradictoires. Selon la circulaire n°98-736, les PASS doivent se situer à proximité du service des urgences, les patients des PASS devant pouvoir utiliser les mêmes services de santé que le reste de la population. A l'inverse, les textes relatifs à la CMU conseillaient plutôt de localiser les permanences dans des lieux de réinsertion sociale de manière à avoir une offre de services globale à destination des personnes en situation précaire.

La création de la PASS de Chartres s'est faite sur la base d'un partenariat entre le centre hospitalier de Chartres et le FAC. Aujourd'hui encore, ce partenariat perdure, le dispositif étant coordonné à la fois par le chef du service des urgences, le Docteur Duriez, et l'adjointe de direction du FAC, Mme Gagelin, chargée de la structure d'accueil de jour "Accueil 28" qui ont tous les deux en charge le bon fonctionnement de la PASS. La convention du 11 mai 1998 encadre toujours l'organisation de la PASS et prévoit notamment l'organisation régulière de réunions entre le FAC et le service des urgences. Par ailleurs, la convention prévoit un partenariat entre la PASS et la CPAM, la CPAM pouvant recevoir des patients de la PASS pour des consultations ou des bilans. Un dentiste libéral a également adhéré au projet PASS dès les premières années acceptant de prendre en rendez-vous les patients de la PASS qui en ont besoin. Par ailleurs, les professionnels de la PASS travaillent en étroite collaboration avec les services de psychiatrie du département et en particulier les équipes du centre hospitalier Henri Ey. Dès sa création, la convention précisait donc l'inscription de la permanence médicale gratuite dans un réseau plus important réunissant d'autres établissements, d'autres institutions, des praticiens libéraux. La PASS est un réseau à part entière et ceci est dû en grande partie au fait qu'elle ne soit pas seulement la création des Hôpitaux de Chartres. Depuis 1998, d'autres partenaires ont d'ailleurs rejoint le réseau de la PASS et en premier lieu le service social du Conseil général et certaines associations caritatives telles que le secours catholique.

---

<sup>179</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°9, p.47

Quatre personnes travaillent directement à la PASS de Chartres : deux médecins du service des urgences – le chef de service, le Docteur Duriez, et le Docteur Abdelnasser Alawad –, une infirmière, Madame Lafargue, et une assistante sociale localisée au service des urgences. Les médecins assurent à tour de rôle la permanence médicale, deux fois par semaine, les mardis et jeudis matins. L'engagement très fort du docteur Duriez dans ce projet à la suite de son prédécesseur, le Docteur Rivière, n'est pas sans intérêt. Quand le médecin chef de service lui-même vient assurer à la PASS les consultations médicales toutes les deux semaines, c'est un signe fort de l'importance de ce dispositif dans l'organisation du service des urgences, de l'engagement du service des urgences et plus largement de l'hôpital dans son ensemble dans un dispositif essentiel de la prise en charge des patients. Cependant, c'est l'infirmière qui occupe le rôle central à la PASS de Chartres. En effet, c'est véritablement elle qui assure la permanence puisqu'elle est présente au FAC tous les jours sauf les mercredis et assurent le suivi de la prise en charge de chacune des personnes accueillies à la PASS. A ce titre, l'infirmière prend en charge les soins infirmiers des personnes non couvertes par l'assurance maladie, prend les rendez-vous pour les personnes les plus en difficultés auprès des spécialistes, les accompagne pour la consultation mais aussi parfois à la pharmacie de l'hôpital pour qu'ils puissent récupérer leurs traitements. C'est aussi l'infirmière qui assure le lien entre les deux médecins intervenant à la PASS et avec l'assistante sociale de la PASS. Ce rôle pivot de l'infirmière de la PASS provient de l'histoire de ce dispositif dans lequel intervenait au départ principalement des médecins et des infirmières à titre bénévole. Lors de la signature de la convention, il a été tout naturel de recruter une infirmière pour assurer cette mission d'articulation au cœur de la PASS. Du fait de son histoire, la PASS de Chartres se distingue donc d'autres dispositifs dans lesquels, le plus souvent, c'est l'assistante sociale qui assure ce rôle de pivot. C'est en effet ce que conseillait la circulaire budgétaire n°98-700 qui précisait l'organisation des PASS autour d'une assistante sociale assurant la coordination des différents acteurs de la permanence. Enfin, l'assistante sociale de la PASS assure la prise en charge sociale des personnes, l'ouverture des droits à la couverture sociale mais aussi l'ouverture des droits sociaux tels que le versement d'un minimum social et l'accompagnement des personnes dans leur projet de réinsertion. A ce titre, elle est plus spécifiquement chargée d'assurer le lien avec les partenaires extérieurs et en particulier les services sociaux du Département et des communes de l'agglomération chartraine, les foyers d'hébergement, les associations caritatives.

Lorsqu'une personne intègre le dispositif PASS, elle bénéficie transitoirement d'un accès gratuit aux consultations, examens et pharmacie, le temps d'évaluer la nature de ses difficultés, d'ouvrir ses droits et d'accompagner la personne vers les services de santé

communs. Pour cela, une fiche de liaison existe qui permet à la personne de consulter et de recevoir des traitements gratuitement à l'hôpital. Comme le souligne le médecin des urgences interviewé au cours de notre enquête, la PASS ne se limite pas à la seule permanence médicale située au FAC. Selon lui, la permanence « recouvre trois dimensions, c'est-à-dire à la fois la permanence médicale gratuite, le service social et la délivrance gratuite de médicaments ». <sup>180</sup>

Les moyens de la PASS de Chartres sont aussi financiers. Avec un montant de charges de 74 131,06 € par an, le budget de la PASS double pratiquement l'enveloppe qui avait été définie initialement par la circulaire budgétaire n°98-700, enveloppe égale à 250 000 francs. Il se trouve que ce coût était sans doute très sous-estimé puisque la circulaire ne prévoyait qu'un mi-temps d'assistante sociale et des vacations médicales. D'autres projets tels que celui de la PASS d'Evreux se chiffre à 150 000 € par an. Force est de constater qu'à Chartres, le budget de la PASS correspond pour 70% aux dépenses de personnels, le reste des dépenses étant constitué principalement de dépenses de pharmacie, de frais d'examen et de la participation de la PASS aux frais logistiques et de gestion de l'hôpital. <sup>181</sup>

---

<sup>180</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°8, p.41

<sup>181</sup> LES HOPITAUX DE CHARTRES, *Retraitement comptable du compte administratif 2003*, Chartres : 2004

## **2.2 Evaluation de quatre années de fonctionnement de la PASS de Chartres**

Le nombre de personnes en situation précaire résidant sur le territoire de l'agglomération chartraine est donc en nette augmentation depuis le début des années 1990 du fait en particulier de la proximité de Paris qui concentre une majeure partie des personnes en situation précaire en France. C'est cette croissance de la précarité à Chartres et en particulier du nombre de personnes sans domicile fixe qui a inspiré au Docteur Rivière et à M. Lepage la création d'une permanence médicale gratuite à Chartres dès 1995. Après 10 années...s de fonctionnement de ce dispositif, nous essaierons d'établir un bilan de la PASS de Chartres au regard des objectifs que s'étaient fixés ses créateurs. Pour effectuer une évaluation pertinente d'un dispositif de santé tel que la PASS de Chartres, il nous paraît aussi indispensable de comparer l'activité aux besoins de santé de la population cible du dispositif. La PASS permet-elle de répondre à ces besoins ? Certains besoins de santé ne sont-ils pas couverts ? Quelles perspectives la PASS devrait-elle se donner pour mieux y répondre ? En appui de cette évaluation, nous utiliserons le rapport de la mission PASS paru en 2000 et qui évaluait l'activité de ce dispositif novateur et expérimental deux années après le vote de la loi relative à la lutte contre les exclusions<sup>182</sup>.

### **2.2.1 Une activité en constante augmentation**

Parallèlement à l'augmentation de la population précaire sur le territoire de l'agglomération, les besoins en matière de santé des personnes en situation précaire croissent également rapidement. Les changements réglementaires, l'augmentation du nombre de sans papiers, contribuent également à une augmentation importante du nombre de personnes privées d'accès au système de santé, aux droits sociaux. Face à ces évolutions, l'activité de la PASS ne cesse d'augmenter, la population suivie au sein du dispositif ayant ainsi augmenté de 50% pour la seule année 2003.

---

<sup>182</sup> Jacques LEBAS, *Bilan de la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé*, Paris : Mission PASS, mai 2000

## A) Quels besoins ?

Si la création de la première permanence médicale sur l'agglomération chartraine provenait en majorité des chiffres du FAC attestant l'augmentation du nombre des personnes sans domicile fixe à Chartres et leurs difficultés d'accéder aux systèmes de santé, le contrat d'objectifs signés entre l'hôpital, la préfecture, et la Caisse primaire d'assurance maladie prévoyait que l'hôpital mène une étude sur les besoins de santé des personnes en situation précaire. Cette étude fut réalisée en 1996 par Messieurs Massart et Ottenheim sous forme d'une enquête auprès des professionnels, des institutions et des bénéficiaires des dispositifs en place. Les résultats de cette enquête montraient pour les trois populations interrogées que les besoins de santé des personnes en situation précaire renvoyaient principalement aux problèmes d'hygiène de vie, à l'absence de soins dentaires, à des déficiences visuelles à une très grande souffrance psychique et à l'abus de la consommation de tabac et d'alcool.<sup>183</sup> L'intérêt de cette étude est qu'elle montre qu'à Chartres comme au niveau national, il est possible d'identifier les besoins de santé des personnes en situation précaire qui répondent toujours aux mêmes problèmes rencontrés par ces populations et que nous avons analysés dans la première partie de ce travail : consommation importante de tabac et d'alcool, absence de soins dentaires et de correction optique faute de couverture sociale, des problèmes de santé découlant des mauvaises conditions d'hygiène dans lesquelles vivent les personnes et enfin, une grande souffrance psychologique des personnes.

L'étude du Docteur David Poubel sur l'activité de la PASS en 2002 permet d'aller encore plus loin dans l'analyse des besoins de santé des personnes en situation précaire. M. Poubel a analysé l'ensemble des dossiers des patients ayant consulté en 2002 ce qui lui a permis de recenser l'ensemble des diagnostics médicaux à l'issue des consultations assurées à la PASS et de les classer selon la diagnostic classification CIM 10. Selon cette étude, le premier diagnostic médical concerne les maladies du système ostéo-articulaire qui représente 12% des motifs de consultations. Viennent ensuite les maladies de l'appareil digestif, 11,50% des consultations, les maladies de l'appareil respiratoire et en particulier les bronchites et la tuberculose, 9,73% des consultations, les troubles mentaux et du comportement, 8% des consultations, et enfin, les maladies de l'appareil circulatoire, 6% des consultations.<sup>184</sup> Certaines pathologies telles que les maladies de l'œil, les problèmes

---

<sup>183</sup> DDASS D'EURE-ET-LOIR, *Plan départemental pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies en Eure-et-Loir*, Chartres, janvier 2001, p.5

<sup>184</sup> David POUBEL, *op. cit.*, p.23

dentaires ou encore les maladies de la peau ne sont citées qu'en deuxième intention et ne constituent pas les diagnostics les plus fréquents de consultations. Comme nous le supposions au début de cette seconde partie, les personnes en situation précaire n'ont donc pas de besoins de santé différents par rapport au reste de la population. C'est ce que confirme le médecin des urgences interrogé au cours de l'enquête : « la population précaire n'a pas de besoins spécifiques. La preuve, c'est que très peu de patients sont réorientés vers l'hôpital ; ils présentent donc des besoins semblables à ceux de la population générale. »<sup>185</sup> Par contre, comme le montrait déjà l'étude de 1996, les problèmes de santé des personnes en situation précaire sont accentués par leurs conditions de vie. L'absence de logement augmente le risque de pathologies de l'appareil respiratoire et du système ostéo-articulaire, les ruptures que les personnes ont pu vivre génère souvent une grande souffrance psychologique qu'il faut prendre en charge, enfin, l'absence d'avenir, le fait de vivre toujours dans l'instant entraîne souvent une consommation très importante d'alcool, de tabac mais aussi de drogues. L'infirmière de la PASS précise que « les problèmes récurrents de cette population ce sont les problèmes liés à l'alcool, au tabagisme, à la consommation de drogues et puis au fait que ces personnes n'ont pas d'argent pour prendre en charge leur santé ». <sup>186</sup> Les besoins de santé des personnes en situation précaire ne peuvent donc être pris en charge sans s'occuper du contexte dans lequel vit la personne.

Enfin, la biographie des populations en situation précaire est aussi à l'origine d'une aggravation des besoins de la personne. Selon le type de population, les priorités de santé ne sont donc pas toujours les mêmes. Ainsi, pour les personnes en situation irrégulière qui ont fui leur pays et ont souvent connu des violences physiques et psychologiques, ont passé parfois plusieurs jours dans un camion, la prise en charge doit être adaptée en particulier avec un soutien psychologique très important. Le Docteur Duriez nous a ainsi donné l'exemple d'une personne présente en France depuis des années et qui ne parvenait pas à dormir du fait de cauchemars en lien avec les violences que lui et sa famille avaient subies dans son pays. Bien souvent, les personnes sans domicile fixe ne croient plus en elles-mêmes, n'espèrent plus en l'avenir. Leur prise en charge ne peut donc se limiter aux besoins de santé qu'ils expriment ou non ; elle doit aussi permettre une reconstruction de la personne afin qu'elle retrouve l'estime d'elle-même. Sans ce travail de reconstruction de l'image d'elle-même, la personne ne prendra jamais sa santé en main et l'action sanitaire de la PASS ne pourra être efficace. Plus généralement, la consultation de la PASS permet

---

<sup>185</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°8, p.41

<sup>186</sup> *Ibidem*, entretien n°6, p.29

aussi aux personnes de se resituer par rapport à leurs besoins de santé. En effet, une majorité des personnes en situation précaire n'expriment plus de demande de soins ; la santé est devenue quelque chose d'accessoire par rapport aux besoins de survie auxquels doivent répondre chaque jour les personnes qui vivent en situation de précarité. Ce constat se vérifie particulièrement auprès des personnes qui vivent dans la rue comme le remarque le chef de services des urgences : « Les personnes d'origine française ont d'abord besoin d'être reconstituées dans l'estime d'elles-mêmes. Ce sont des personnes pour lesquelles la santé n'est pas prioritaire. La priorité, c'est de manger et souvent de boire, et puis de se droguer. Elles sont tellement marginalisées que leur santé ne les préoccupe même plus. »<sup>187</sup>

## B) Les freins à l'accès aux soins

Pour les personnes en situation précaire, l'approche en termes de besoins de santé ne suffit pas. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, les personnes en situation précaire n'ont pas de besoins spécifiques en matière de santé. L'exclusion, la pauvreté, la fragilité sociale ne créent pas de maladies spécifiques. Par contre, ce qui caractérisent probablement davantage les personnes en situation précaire, ce sont les difficultés d'accès, les freins qui empêchent les personnes de bénéficier d'une couverture sociale, d'accéder à leurs droits sociaux ou plus simplement d'accéder à un médecin. La création de la PASS de Chartres ne s'explique pas par le fait que les personnes en situation précaire présentaient des besoins de santé spécifiques auxquels les structures préexistantes ne pouvaient répondre mais par le fait que de plus en plus de personnes sans domicile fixe n'avaient plus accès aux soins. Plus généralement, les difficultés rencontrées par les personnes en situation précaire dans l'accès au système de santé sont de trois ordres : l'absence de couverture sociale, le manque d'autonomie pour pouvoir mener une démarche de santé et enfin, la peur du médecin.

Le premier frein à l'accès aux soins des personnes en situation précaire demeure la question financière. Ainsi, l'étude du Docteur David Poubel montre qu'en 2002, lors de leur première venue, « près de la moitié des patients n'a pas de couverture sociale. » Seuls 30% des patients bénéficient d'une couverture sociale complète et 10% des patients de la PASS ne bénéficient que d'une couverture de base. Pour la seule partie de la complémentaire, près

---

<sup>187</sup> *Ibidem*, entretien n°7, p.34

de 60% des patients consultants à la PASS ne bénéficiaient pas de couverture complémentaire lors de leur première consultation. Les rapports d'activité de l'assistante sociale permettent d'aller plus loin dans cette analyse puisque si ce rapport confirme bien les chiffres de David Poubel pour l'année 2002, le rapport d'activité de 2003 indique une évolution importante de ces chiffres. En 2003, seules 5% des personnes ayant bénéficié d'un accompagnement de l'assistante sociale de la PASS n'avaient aucune couverture sociale. Outre le fait que l'assistante sociale ne reçoit pas l'ensemble des consultants de la PASS et que l'année 2003 a été très spécifique puisque le poste d'assistante sociale a été assuré pendant quasiment toute l'année par le service social de l'hôpital ce qui n'a peut-être pas permis de prendre en charge tous les consultants de la PASS qui en avaient besoin, ce chiffre traduit aussi le succès de la couverture maladie universelle. En moins de trois années, la réforme de 2000 a donc permis de toucher une majorité de la population en situation précaire et d'ouvrir des droits à des personnes qui jusque-là n'étaient pas couvertes par l'aide médicale. Comme le souligne le médecin des urgences rencontré au cours de l'enquête : « La CMU a été une véritable révolution. C'est la CMU qui a permis à de très nombreuses personnes d'avoir accès à la médecine de ville. »<sup>188</sup> Les difficultés d'accès aux soins seraient donc de moins en moins liées aux revenus des personnes. Cependant, toutes les difficultés financières ne sont pas pour autant réglées du fait de la création de la CMU. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, la CMU définit un seuil maximum de revenu pour pouvoir bénéficier de la couverture complémentaire. Les personnes qui sont juste au-dessus du seuil se retrouvent ainsi parfois plus en difficultés dans l'accès aux soins que les personnes sans revenus. Les assistantes sociales du service social de l'hôpital nous ont confirmé cette difficulté au cours des entretiens : « Certaines personnes se situent juste au-dessus du seuil de la CMU complémentaire. J'ai reçu une dame qui dépassait de 20 € : elle n'avait pas le droit à la complémentaire. C'est souvent plus rentable d'être au RMI que de percevoir l'Allocation d'Adulte Handicapé. »<sup>189</sup> Pour les étrangers en situation irrégulière, la récente modification de l'Aide médicale d'Etat (AME) rend plus difficile l'accès aux soins pour cette population. Comme nous le précisait l'assistante sociale de la PASS de Dreux, « La réforme de l'Aide Médicale d'Etat mise en œuvre il y a quelques mois a des répercussions très fortes sur notre mode de fonctionnement. Désormais, une personne est tenue de justifier de 3 mois de présence sur le territoire pour pouvoir bénéficier de l'AME. Pour des personnes en situation irrégulière, cela paraît très difficile. Sans couverture sociale, le paiement de l'hospitalisation est impossible. Le plus souvent, c'est la famille de la

---

<sup>188</sup> *Ibidem*, entretien n°8, p.39

<sup>189</sup> *Ibidem*, entretien n°2, p.10

personne qui prend en charge, mais pour des traitements lourds qui coûtent jusqu'à 1 000 € par mois, les familles ne peuvent plus assurer. J'ai rencontré dernièrement une famille qui avait une dette envers l'hôpital de 7000 €: on est dans une impasse administrative ; en restreignant la couverture des personnes étrangères, on risque d'augmenter les dépenses irrécouvrables des hôpitaux et le déficit de la Sécurité Sociale. »<sup>190</sup> Si cette réforme a pour but principalement de limiter la couverture par l'assurance maladie des soins des personnes étrangères venant en France pour se faire soigner, la réforme de l'AME risque aussi de retarder l'accès aux soins pour les étrangers ayant décidé de résider en France. Les pathologies de ces personnes risquent de s'aggraver et au bout des trois mois, leur prise en charge coûtera peut-être plus cher que les économies réalisées par le non prise en charge des personnes étrangères qui profitaient de notre système de santé. L'infirmière de la PASS nous a donné un excellent exemple des limites de cette réforme: « Je pense à une personne de Madagascar en fin de visa touristique et qui logeait dans sa famille. Elle s'est brûlée à la main et ne s'est pas fait soigner n'étant pas couverte. Elle est arrivée avec un abcès à la main et on l'a fait opérée. Si elle avait eu la CMU, elle se serait sans doute fait soigner plus tôt et on n'en serait pas arrivé là. »<sup>191</sup> Malgré les évolutions réglementaires, la difficulté financière reste donc un frein majeur de l'accès aux soins pour les personnes en situation précaire de l'agglomération chartraine.

Cependant, comme nous l'avons vu au cours de notre première partie, le frein financier n'est pas la seule difficulté rencontrée par les personnes en situation précaire dans l'accès aux soins. L'infirmière de la PASS estime à ce sujet que le problème de l'accès aux soins n'est pas une simple question d'ouverture des droits. « Quand les personnes ont la CMU plus la complémentaire, on n'a pas toujours expliqué aux personnes ce à quoi elles avaient droit, qu'elles ne paieront rien de façon supplémentaire. [...] Le papier qu'elles reçoivent de l'assurance maladie, il faut être doué pour comprendre. »<sup>192</sup> L'ouverture des droits est en elle-même relativement complexe puisqu'elle exige de la part des personnes un renouvellement de la demande chaque année. La personne peut donc avoir des droits ouverts sans avoir compris ce à quoi elle avait droit exactement. Une partie des personnes en situation de précarité sont tellement dégradées qu'elles ne sont pas capables de faire elles-mêmes ces démarches; souvent, les papiers sont perdus et une nouvelle demande doit être effectuée. Comme le souligne le médecin des urgences rencontré au cours de

---

<sup>190</sup> *Ibidem*, entretien n°3, p.12

<sup>191</sup> *Ibidem*, entretien n°6, p.31

<sup>192</sup> *Ibidem*, entretien n°6, p.29-30

l'enquête, « Les SDF sont tellement déstructurés que mettre en place une démarche de soins est aussi difficile que de mettre ne place une démarche de réinsertion. »<sup>193</sup> Bien qu'ayant des droits ouverts, certaines personnes restent coupées du système de santé parce qu'elles ne sont pas capables de prendre un rendez-vous, de se rappeler de la date du rendez-vous, de se rendre seules au rendez-vous, et puis de se rendre chez le pharmacien et enfin de prendre leur traitement seules. Le rôle de l'infirmière dans le dispositif PASS est à ce titre indispensable afin d'accompagner chaque personne dans sa démarche de santé. C'est tout un apprentissage parfois pour les personnes qui exige de se repérer dans le temps, dans l'espace, exige d'être autonome par rapport à son traitement. L'infirmière emmènent les personnes en consultation, chez le pharmacien, assure le suivi du traitement jusqu'à ce que la personne puisse être autonome. « Moi, je les prends dans ma voiture et les accompagne chez chaque spécialiste quand je ne les sens pas capables. »<sup>194</sup> Comme nous l'avons évoqué précédemment, le premier frein d'accès au système de santé pour les personnes étrangères, c'est la non maîtrise de la langue. Même si elles ne sont pas aussi dégradées que les grands exclus de la population française, les personnes étrangères se retrouvent alors confrontées aux mêmes difficultés d'accès aux soins du fait de l'impossibilité pour elles d'être autonomes par rapport à leur démarche de santé.

Au-delà de ce manque d'autonomie des personnes en situation précaire pour ce qui concerne la démarche de soins, nous avons évoqué précédemment le fait que les personnes n'attachent souvent que très peu d'importance à leur santé, accaparées par leurs difficultés sociales. Comme l'exprime le médecin des urgences rencontré au cours de l'enquête, « Le problème social est tellement dominant que le problème médical est effacé. »<sup>195</sup>

Enfin, le dernier frein que nous souhaiterions évoquer est la peur du médecin chez des personnes qui sont toujours jugées par la société comme « anormales » pour reprendre le mot de Durkheim. Comme l'exprime très bien la directrice de la maison de retraite de Gallardon, «chez ces gens-là, le médecin, c'est aussi celui qui signale la non normalité sociale ». <sup>196</sup> De ce fait, certaines familles préférèrent parfois se retirer du circuit des soins et emmènent leurs enfants d'un centre de santé à l'autre, et puis d'un hôpital à l'autre. Il s'agit alors davantage de fuir le regard de l'autre plutôt que d'initier une véritable démarche de

---

<sup>193</sup> *Ibidem*, entretien n°8, p.37

<sup>194</sup> *Ibidem*, entretien n°6, p.29

<sup>195</sup> *Ibidem*, entretien n°8, p.41

<sup>196</sup> *Ibidem*, entretien n°4, p.18

santé. Cette peur du médecin, le directeur du FAC la constate tous les jours parmi les usagers du FAC. « Il y a les problèmes des peurs à l'égard du milieu médical, des termes techniques qui sont utilisés. On ne comprend pas. Le contact est parfois un peu déshumanisé. Et puis les gens ont peur de la réaction du médecin par rapport à son état de santé ; quelqu'un qui a les dents pourries par exemple, il ne va pas vouloir se rendre chez le dentiste par peur de sa réaction. »<sup>197</sup> Les origines de cette peur sont donc multiples. Nous retrouvons les peurs que nous avons évoquées au cours de notre première partie, et en particulier la peur de se retrouver dans un univers que l'on ne comprendra pas, dans lequel on ne maîtrisera pas les termes utilisés, la peur d'être jugé comme anormal. Derrière ces peurs, nous percevons le besoin des personnes de ne pas être simplement considérées par rapport à leur état de santé, à leur précarité. Si le médecin les renvoie à leurs handicaps sans les accueillir dans leur globalité, la personne en situation précaire risque de plus avoir recours au système de santé. La fragilité très grande de ces publics nécessite donc beaucoup de patience, une prise en charge adaptée à chaque personne de manière à éviter de brusquer la personne et de rompre le lien établi.

### C) Activité de la PASS

Suivant l'augmentation du nombre de personnes en situation précaire sur l'agglomération chartraine, le nombre de personnes ayant consulté au moins une fois pendant l'année ne cesse d'augmenter depuis la création de la PASS. En 2003, ce nombre avait ainsi augmenté de 50% passant de 233 à 350. En 2004, la tendance se confirme avec plus de 200 personnes ayant consulté entre les mois de janvier et de juin. En fin d'année, si les chiffres se confirment, le dispositif PASS pourrait avoir accueilli près de 450 personnes soit une centaine de plus que l'an passé. L'augmentation des effectifs de près de 30% serait donc moins forte qu'en 2003 mais conserve un taux très élevé. Sur deux ans, l'augmentation du nombre de consultations suit celle du nombre de personnes, le nombre de consultations ayant pratiquement doublé passant de 481 en 2002 à 450 pour les six premiers mois de l'année 2004. Cela représente en moyenne deux consultations par personne. En 2003, ce chiffre avait baissé de manière importante, puisque seules 500 consultations avaient été réalisées pour 350 personnes ayant consulté, ce qui représentait en moyenne 1,4 consultations par personne. La diminution de ce chiffre s'explique sans doute par les

---

<sup>197</sup> *Ibidem*, entretien n°9, p.49

difficultés de recrutement rencontrées en 2003, la PASS ne disposant plus d'infirmière pendant une partie de l'année. Or l'infirmière assurant la permanence, c'est elle qui peut motiver la personne pour qu'elle retourne voir le médecin pour une prescription, ou bien du fait de l'arrivée de résultats d'examens. L'augmentation de 80% du nombre de consultations réalisées depuis janvier coïncide d'ailleurs avec le recrutement d'une nouvelle infirmière.

Dans son étude, David Poubel indique que le nombre de consultations était variable en fonction des différentes périodes de l'année. Le nombre de consultations ne semble pas lié au nombre de permanences assurées par les médecins du service des urgences ; ainsi, l'offre de soins n'est pas toujours adaptée à la demande. « La demande de soins a été supérieure à l'offre durant les mois de janvier, février, avril et mai. A l'inverse, l'offre de soins a été plus importante durant les mois de juin, juillet, septembre et décembre. »<sup>198</sup> Au cours de la semaine, les deux vacations ne sont pas non plus équilibrées, la permanence du mardi accueillant davantage de personnes que celle du jeudi.

A l'issue de la consultation, le médecin peut décider d'une réorientation de la personne vers un autre professionnel hospitalier ou non. Ainsi en 2002, 55 consultations avaient donné lieu à une orientation vers un autre professionnel, dont 9 vers un médecin généraliste, 8 vers un ophtalmologue et 7 vers un dentiste. Un quart des réorientations concernent des problèmes ophtalmologiques ou dentaires confirmant la difficulté pour une partie de la population d'avoir accès à ce type de soins du fait de l'absence de couverture complémentaire. 5 consultations ont donné lieu à une hospitalisation et une seule à une orientation vers l'assistante sociale de la PASS. Force est de constater que le relais avec l'assistante sociale n'est pas assuré et que de ce fait, la prise en charge des personnes en situation précaire risque de rester sur le seul plan du sanitaire. L'orientation vers un autre professionnel ne correspond donc qu'à 11% des patients ayant bénéficié d'une consultation à la PASS. Ce chiffre peut paraître faible et montre deux phénomènes distincts. Tout d'abord, il n'est pas aisé de réorienter la personne vers un autre professionnel ; comme nous l'avons noté dans le paragraphe précédent, cela exige tout un accompagnement de la personne de la part de l'infirmière. De plus, ce chiffre ne confirme-t-il pas l'hypothèse selon laquelle ces personnes n'ont pas de besoins de santé spécifiques par rapport au reste de la population ? Les personnes en situation précaire ont sans doute d'abord besoin d'avoir accès à la médecine générale. C'était d'ailleurs le projet de la première permanence médicale lorsque le Docteur Rivière et Monsieur Lepage « décidèrent de mettre sur pied une consultation de médecine générale » pour reprendre les mots du médecin des urgences interviewé au cours de l'enquête.<sup>199</sup>

---

<sup>198</sup> David POUBEL, *op. cit.*, p.18

<sup>199</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°8, p.37

La consultation peut aussi se traduire par des demandes d'examens complémentaires en particulier au niveau des services d'imagerie médicale et de biologie et d'hématologie de l'hôpital. En 2002, 11 consultations ont ainsi donné lieu à un examen complémentaire en imagerie médicale et 23 consultations à un examen complémentaire en laboratoire. La faible proportion d'examens complémentaires au regard du nombre de consultations confirme le fait que la permanence soit principalement une permanence de médecine générale et qu'elle ne donne donc pas lieu à de nombreux examens complémentaires.<sup>200</sup>

Les prescriptions établies par le médecin de la PASS donnent lieu à une dispensation sur place grâce à la pharmacie constituée à la permanence et approvisionnée régulièrement par l'infirmière, soit à la pharmacie de l'hôpital. En 2002, la pharmacie de l'hôpital avait ainsi délivré gratuitement 40 ordonnances à des personnes inscrites dans le dispositif PASS – ce qui représente une population 28 personnes. La dispensation gratuite de médicament se fait aussi à la permanence. Par ailleurs, les patients couverts à 100% vont retirer leurs traitements auprès des pharmaciens de ville. Au total, 92% des consultations ne donnent pas lieu à une ordonnance pour laquelle la personne doit se rendre à l'hôpital retirer ses traitements. Aucun des patients qui ont bénéficié de cette dispensation gratuite à la pharmacie de l'hôpital n'était couvert entièrement par l'assurance maladie, ce qui prouve que le système fonctionne bien puisqu'il est réservé aux personnes n'ayant pas de couverture.

Au niveau de l'assistante sociale de la PASS, l'activité est sensiblement plus faible que celle de la permanence médicale. Selon son rapport d'activité, l'assistante sociale aurait ainsi accueillie 91 personnes en 2003 contre 98 en 2002 – soit un patient sur quatre en 2004 en moyenne et un patient sur deux en moyenne en 2002.<sup>201</sup> Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces chiffres. Tout d'abord, l'assistante sociale de la PASS est localisée au service des urgences. Pour rencontrer une personne du dispositif, il est donc nécessaire que la personne prenne rendez-vous et qu'elle se rende à l'Hôpital Louis Pasteur pour rencontrer l'assistante sociale. Par ailleurs, la PASS accueille beaucoup de personnes résidentes au FAC. Ces personnes bénéficient déjà pour la plupart d'un accompagnement social ; leur demande vis-à-vis de la PASS se limite donc à l'accès aux soins. Comme l'indique le médecin des urgences rencontré au cours de l'enquête, « le FAC nous envoie à peu près deux cents personnes. Pour 80% des patients de la permanence, ils viennent donc du FAC. Ils font donc partie de la population du service social du FAC. »<sup>202</sup> Enfin, en 2003,

---

<sup>200</sup> David POUBEL, *op. cit.*, p.26-27

<sup>201</sup> SERVICE SOCIAL DE LA PASS, *Rapport d'activité 2002*, p.1, *Rapport d'activité 2003*, p.1

<sup>202</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°8, p.39

l'assistante sociale qui travaillait à la PASS est partie ; son remplacement a pris quelques semaines. En fin d'année, la nouvelle assistante sociale partait en congé parental. De ce fait, l'accompagnement social des consultants de la PASS a été assuré par le service social de l'hôpital. Les assistantes sociales du service social de l'hôpital assurant cette mission supplémentaire en plus de leur activité normale, elles ont sans doute éprouvé des difficultés à recevoir autant de personnes que n'aurait pu le faire une assistante sociale affectée spécifiquement à la PASS.

L'assistante sociale de la PASS est principalement saisie par le service social de l'hôpital puisque 62% de ses interventions concernent le devenir des personnes à l'issue d'une période d'hospitalisation. Trois interventions sur quatre ont comme but l'ouverture de droits, cependant, l'intervention de l'assistante sociale est souvent large puisque dans le même temps, dans 63% des interventions de ses interventions, l'assistante sociale a également entrepris des actions de prévention ou de protection. Nous retrouvons l'idée selon laquelle les personnes en situation précaire se caractérisent par l'intrication des problèmes auxquels elles sont confrontées.

La population de la PASS, comme nous l'avons déjà noté précédemment, est majoritairement de nationalité étrangère puisque plus de 61% des personnes ayant consulté à la PASS en 2002 étaient de nationalité étrangère. Par ailleurs, David Poubel observe qu'une majorité des consultants sont de sexe masculin – 68% des patients – et vit seule – 51% des patients. En fonction de la nationalité de la population, les chiffres changent : en effet, la population étrangère est davantage féminisée que la population française et vit davantage en couple que les personnes de nationalité française. L'âge des consultants est relativement bas puisque, en moyenne, il est de 30 ans avec une forte proportion de patients âgés de moins de 35 ans – plus de 50% des patients ont entre 18 et 35 ans. Ces chiffres confirment la présentation de la population en situation précaire dans l'agglomération chartraine que nous avons proposée au début de cette partie.<sup>203</sup>

---

<sup>203</sup> David POUBEL, *op. cit.*, p.1-9

## 2.2.2 Les atouts d'un dispositif novateur

L'histoire de la création de la PASS de Chartres permet d'expliquer un certain nombre des caractéristiques de ce dispositif qui se distingue des PASS existant dans les autres établissements de santé. Ces particularités sont-elles des atouts pour l'accès aux soins des personnes en situation précaire ? C'est à cette question que nous essaierons de répondre en nous demandant si la PASS de Chartres propose aux publics démunis une prise en charge globale de la personne dont nous avons vu précédemment qu'elle était indispensable pour permettre à la personne d'entrer dans une démarche de soins et plus généralement réintégrer la société. Nous relevons trois atouts majeurs de ce dispositif dans la prise en charge des personnes démunies : la satisfaction des patients et des professionnels face à ce dispositif, une prise en charge globale de la personne et la proximité de la PASS par rapport aux lieux de vie des personnes.

### A) La satisfaction des patients et des professionnels

Le premier critère permettant de souligner l'atout d'un tel dispositif dans l'offre de soins sur l'agglomération chartraine est la satisfaction des patients qui consultent à la PASS de Chartres. Le nombre croissant de consultations assurées à la PASS prouve que ce dispositif répond à un manque du système de santé, et que ce dispositif était une nécessité. C'est ainsi que la première assistante sociale du service social de l'hôpital disait elle-même : « Il n'y a qu'à regarder le nombre de demandes que reçoit la PASS. C'est bien la preuve qu'une telle structure est nécessaire. »<sup>204</sup> L'infirmière de la PASS confirme ce point de vue : « une PASS, il en faut une : il y a une demande. »<sup>205</sup> Certaines personnes ne peuvent accéder aux soins qu'à la PASS, parce qu'elles n'ont pas de papiers, parce qu'elles ont peur d'aller à l'hôpital ou encore qu'elles ne se préoccupent plus de leur état de santé. La PASS est la seule structure dans l'offre de soins, qui accueille et propose des soins à l'ensemble des personnes qui s'y présentent, quelque soit leur situation, que les personnes soient en situation irrégulière ou non. Comme le précise le Docteur Duriez, la PASS s'adresse ainsi à toute personne ayant un besoin de santé en situation de précarité quelque soit les causes qui ont conduit cette personne à vivre dans la précarité. Le directeur du FAC confirme cette

---

<sup>204</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°1, p.9

<sup>205</sup> *Ibidem*, entretien n°6, p.31

ouverture de la PASS, en particulier pour les personnes sans papiers. « Le point très positif de la PASS, c'est qu'elle permet une première prise en charge sans se poser la question des papiers. »<sup>206</sup> C'est sans doute la très grande souplesse administrative du fonctionnement de la permanence qui permet d'assurer cette grande ouverture aux personnes en situation précaire en proposant un dispositif avant tourné vers la personne et ses besoins de santé. Lorsqu'une nouvelle personne entre dans le dispositif PASS, la première démarche de l'équipe de la PASS est celle du soin. Le dossier médical comporte de nombreuses rubriques concernant la situation de la personne, son mode de vie, mais pour autant, le premier contact avec la PASS ne ressemble pas à un interrogatoire durant lequel il faudrait obtenir le maximum d'informations permettant de remplir les cases. Pour le Docteur Duriez, les personnes ont trop l'habitude des structures dans-lesquelles il faut d'abord justifier de sa précarité avant de pouvoir bénéficier d'une aide. Souvent, les personnes sont obligées de raconter leur histoire à maintes reprises avant de pouvoir se voir ouvrir leurs droits ou bien recevoir une aide. Le Docteur Duriez rejoint ici l'analyse de Xavier Emmanuelli qui estime que demander à une personne en situation d'exclusion autant de démarches administratives, de préciser son identité, ses revenus, sa carte de séjour montre l'absurdité d'un système qui vit davantage pour l'institution elle-même que pour les personnes qui pourtant en ont le plus besoin. « Absurdement, un exclu est sommé de faire preuve de plus d'énergie et plus de rigueur que nous. L'institution n'est pas faite pour les gens, ce sont les gens qui doivent se conformer à elle. L'institution applique sa grille ; elle est myope, elle ne sait pas voir les cas trop complexes, trop riches en symptômes disparates. Tant mieux pour ceux pour qui ça « colle » ; ceux qui ne « collent » à rien sont exclus. »<sup>207</sup> De plus, quand la personne se sent en marge de la société, que les autres lui renvoient une identité d'« anormale », quand elle a honte de cette vie qui est la sienne, de ce qu'elle ne peut offrir à ses enfants, raconter son histoire, dire ses problèmes est une réelle épreuve qui renvoie la personne à ses handicaps, à ses difficultés, à son « anormalité ». Comme le souligne le médecin des urgences rencontré au cours de notre enquête, « les personnes en situation précaire, elles ont honte de devoir supplier pour demander quelque chose. Alors elles préfèrent ne rien dire. »<sup>208</sup> Selon lui, l'équipe de la PASS devrait aller encore plus loin dans ce mode de fonctionnement pour les personnes venant du FAC qui constituent 80% des personnes prises en charge dans le dispositif PASS. Les personnes résidants au FAC sont en effet toutes suivies par une assistante sociale qui connaît déjà la personne et son parcours de vie. La seule question

---

<sup>206</sup> *Ibidem*, entretien n°9, p.49

<sup>207</sup> Xavier EMMANUELLI, *op. cit.*, p.105

<sup>208</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°8, p.38

à poser à la personne qui vient consulter à la PASS serait donc : « par quelle assistante sociale êtes-vous suivi ? » L'assistante sociale de la PASS aurait alors en charge de faire le lien avec l'assistante sociale du FAC assurant la prise en charge de la personne. « Pour 80% des patients de la permanence, elles viennent donc du FAC. Elles font donc partie de la population du service social du FAC. On ne sait pas s'ils ont une couverture ; la grande difficulté de l'assistante sociale des urgences, c'est de s'articuler avec ses collègues des autres structures. L'assistante sociale de la permanence n'a qu'une question à poser au patient : qui est votre assistante sociale. Et puis après, il faut qu'elle demande à sa collègue de quelle couverture bénéficie le patient, s'il n'a pas de couverture, si l'assistante sociale référente compte s'en occuper. Sinon, il faut qu'elle s'en charge personnellement. »<sup>209</sup>

L'organisation de la première consultation privilégiant le soin aux renseignements administratifs est aussi très adaptée aux populations constituant la majorité des personnes en situation précaire. Pour ce qui est des grands marginaux, ils sont parfois tellement dégradés qu'ils ne sont pas capables de préciser leur histoire ; ou bien, parce qu'ils ont honte de leur histoire, ils s'en inventent une autre, ce qui ne permet pas de renseigner les rubriques du dossier de la personne. Les personnes d'origine étrangère rencontrent très souvent des difficultés de compréhension du français. Il est donc difficile de faire préciser à la personne ce qu'elle a vécu et comment elle a pu se retrouver dans cette situation précaire. Dans ces conditions, le meilleur moyen d'entrer en relation avec la personne n'est-il pas le soin ? Pour le Docteur Duriez, c'est tout au long du suivi de la personne au sein du dispositif que petit à petit l'histoire de la personne pourra être abordée. Cela nécessite d'abord de créer un lien de confiance avec la personne. Plus que des questions, n'est-ce pas en effet une écoute attentive qu'attendent les personnes en situation précaire ? La fréquentation importante de la PASS et le nombre de consultations en constante augmentation semblent confirmer que cette approche de la personne qui privilégie le soin aux questions administratives est particulièrement bien adapté aux personnes en situation précaire.

## B) Une prise en charge globale de la personne

L'exemple de la première consultation avec lequel nous avons illustré notre propos dans le paragraphe précédent traduit bien la qualité des relations entretenues par l'équipe de la PASS avec les personnes venant consulter. Comme l'exprime le directeur du FAC : « Pour

---

<sup>209</sup> *Ibidem*, p.39

ce qui est de la PASS, il n'y a rien à dire : les médecins et l'infirmière ont d'excellents contacts ce qui leur permet facilitent l'incitation auprès des personnes hébergées pour qu'elles viennent consulter et ce qui permet aussi de lever pas mal de peurs. »<sup>210</sup> Cette qualité relationnelle est sans aucun doute le premier point fort de la PASS de Chartres. C'est l'avis de l'infirmière de la PASS selon laquelle : « Je crois que l'on a su développer de bonnes relations avec les gens : ils sentent qu'il y a une écoute ; ils ont compris que l'on n'était pas là pour les juger. S'ils ont un problème avec le FAC, je voulais qu'ils comprennent que moi, ça marcherait tout le temps. Avec les gens extérieurs au FAC, on a réussi à ce qu'ils comprennent que j'étais là pour les aider. Ils reviennent donc plus souvent. »<sup>211</sup> Comme le soulignait M. Bardière, médecin conseil de la CPAM de Chartres, au cours d'une réunion de présentation du Réseau d'Accès aux Soins de Santé d'Eure-et-Loir (RASSEL)<sup>212</sup>, la relation aux personnes en situation précaire nécessite tout un temps d'apprivoisement. Il comparait le travail du Docteur Duriez à la relation entre le Petit Prince et le Renard dans le conte de Saint-Exupéry. Avant de pouvoir entamer une démarche de soins, la personne a d'abord besoin d'être en confiance, de voir qu'elle n'est pas jugée. Cet apprivoisement nécessite du temps et une grande capacité d'écoute. Le temps de la prise en charge doit s'adapter à la personne ; c'est ce qu'affirme l'assistante sociale de la PASS de Dreux selon laquelle : Le temps de la prise en charge peut parfois être très long. Il paraît capital de s'adapter à la personne. Un mot d'ordre : prendre le temps. Le danger, c'est que les personnes ne continuent pas la démarche si elles se sentent brusquées. »<sup>213</sup> Du fait des qualités humaines et relationnelles des quatre membres de l'équipe de la PASS, les personnes se sentent en confiance au sien du dispositif et acceptent parfois d'entrer dans une démarche de soins. Certaines personnes reviennent régulièrement à la PASS, même lorsque leurs droits sont ouverts et qu'elles bénéficient d'une couverture maladie universelle. Ainsi, au cours de notre enquête à la PASS de Chartres, un monsieur est venu consulter. Peu après, l'infirmière de la PASS nous présentait le parcours de cet homme : « je pense aussi à ce monsieur : quelqu'un de bien qui avait une femme ; et puis ils ont eu un petit bébé qui est décédé. Sa femme a pété les plombs et s'est déféstrée. Ce monsieur s'est alors clochardisé. Avec le Secours Catholique, il a trouvé un petit logement. Il vient toutes les semaines à la permanence. Il est très attaché au Docteur Duriez et a un très bon contact

---

<sup>210</sup> *Ibidem*, entretien n°9, p.49

<sup>211</sup> *Ibidem*, entretien n°6, p.31

<sup>212</sup> Réunion de présentation du réseau RASSEL organisée à l'initiative de la DDASS d'Eure-et-Loir, 3 septembre 2004

<sup>213</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°3, p.13

avec lui. C'est, je crois, ce qui le rattache à la vie. Ce monsieur traverse des grands moments de déprime, de colère ; il picole aussi mais toujours il revient à la permanence. »<sup>214</sup> Les qualités humaines des différents membres de l'équipe de la PASS permettent de répondre au premier besoin des personnes en situation précaire, celui d'être en relation avec quelqu'un d'autre et par cet intermédiaire, celui d'être reconnu comme quelqu'un, d'exister. Lorsque la personne est fragile, qu'elle a déjà connu plusieurs ruptures au cours de sa vie, l'essentiel est sans doute d'établir ce lien avec la personne, de l'accueillir avec respect quelque soit son apparence ou son histoire. C'est ce que les médecins, l'infirmière et l'assistante sociale de la PASS ont réussi à mettre sur pied depuis 1995.

Ces qualités relationnelles dans l'approche des personnes en situation précaire venant consulter à la permanence traduisent aussi un autre point fort du dispositif PASS de Chartres que nous avons évoqué précédemment : les acteurs de la PASS de Chartres sont très engagés dans le dispositif. Nous trouvons là peut-être un reste de la première permanence qui en 1995 reposait exclusivement sur le bénévolat et le temps donné des médecins et des infirmières de l'hôpital. Ainsi l'infirmière de la PASS nous confiait lors de notre entretien : « ceux qui dorment dehors, on a envie de les aider : certains c'est leur choix mais d'autres, c'est pas pareil. »<sup>215</sup> Pour Jacques Lebas qui présentait en 2000 un premier bilan de la mise en place des PASS, ce fort engagement des acteurs du terrain est un des traits caractéristiques des dispositifs PASS quelque soit leur configuration. Selon lui, seul ce fort engagement permet aux PASS d'être pérennisées.<sup>216</sup>

Travailler auprès de personnes fragiles, en situation de précarité, de grande exclusion, c'est aussi prendre le risque d'échouer dans la démarche de soins et à plus long terme dans la démarche de réintégration de la personne. C'est ce que nous précisait l'infirmière de la PASS au cours de notre entretien : « Oui, il y a beaucoup d'échecs. Il y a des gens avec lesquels on commence quelque chose et puis la personne revient dans sale état : alors on recommence. Sur 50 personnes reçues à la PASS, il n'y a qu'un ou deux cas de figure pour lesquels on va vite aboutir. »<sup>217</sup> Le chiffre peut paraître bien faible, mais comme nous le précisions précédemment, permettre à une personne d'entrer dans une démarche de soins demande beaucoup de temps. De plus, lorsqu'une personne réussit à devenir autonome dans la prise en charge de sa santé, c'est une grande victoire sur l'exclusion. Cela signifie

---

<sup>214</sup> *Ibidem*, entretien n°6, p.28

<sup>215</sup> *Ibidem*, entretien n°6, p.29

<sup>216</sup> Jacques LEBAS, *op. cit.*, p.13

<sup>217</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°6, p.29

effet qu'à travers la relation avec le médecin, l'infirmière, l'assistante sociale, la personne a réintégré la société, s'est réappropriée les codes en vigueur dans les relations sociales, est capable à nouveau de justifier de ses droits auprès des médecins et des professionnels de santé, qu'elle existe comme n'importe quel autre citoyen. Nous rejoignons ici l'analyse de la directrice de la maison de retraite de Gallardon. Selon elle, «Si sur l'ensemble de la population que nous suivions, il n'y en a que 20% qui s'en sortent, qui ont réussi à s'insérer, c'est déjà des sacrées grandes victoires et des sacrées économies pour la société. La société et le gouvernement ça ne calcule pas comme ça. 5 ans de prise en charge totale d'un enfant à côté de 60 ans de prise en charge, c'est rien.»<sup>218</sup> Il paraît important de préciser la désaffiliation dont souffre la majorité de ces populations qui parfois n'ont même plus conscience de leur corps. Si 4% des personnes consultant à la PASS réussissent à réintégrer le système de soins commun dès la première tentative de la part de l'équipe de la PASS, c'est donc plutôt un point fort du dispositif.

Beaucoup de structures qui prennent en charge ces populations démunies abandonnent lorsque la personne n'a pas rempli son contrat. C'est le cas de la première structure sociale de l'agglomération chartraine : la personne doit respecter un minimum les règles imposées par le FAC, avoir un projet et le mener à bien pour pouvoir bénéficier d'un logement à plus long terme. La PASS ne pose pas de conditions de réussite ou d'apparence extérieure pour assurer la prise en charge de la personne et lui permettre d'accéder aux soins. Comme le signale l'infirmière de la PASS, « La PASS, c'est une structure indispensable : c'est en effet la seule structure qui n'abandonne pas. Il y a des personnes qu'on ne lâchera jamais. Je pense à un monsieur caractériel avec un vécu très lourd : ce monsieur n'a pas de mutuelle et étant donné son état d'esprit, on ne pourra jamais le lâcher vers le réseau de ville. On en dénombre une petite dizaine comme lui.»<sup>219</sup> Certaines personnes n'arriveront donc jamais à être autonomes dans leur demande de soins. Pour ces personnes, la PASS devient alors un dispositif définitif.

C'est sans doute parce que la personne occupe le cœur du dispositif PASS de Chartres que l'équipe de la PASS recherche des solutions adaptées à chaque personne, en fonction de son parcours, de son besoin de santé, de ses capacités. Pour les personnes qui ne sont pas encore dans la grande exclusion, la consultation à la PASS est alors parfois l'occasion de relancer la personne dans l'estime d'elle-même. Permettre à la personne d'aller chercher son traitement à la pharmacie de l'hôpital ou bien à la pharmacie de ville, l'appeler par son

---

<sup>218</sup> *Ibidem*, entretien n°4, p.20

<sup>219</sup> *Ibidem*, entretien n°6, p.28

nom et lui montrer qu'elle a une identité, qu'elle est reconnue en temps que personne, lui donner l'écoute dont elle a besoin, être attentive à ce qu'elle dit, autant d'éléments qui permettent parfois d'initier une véritable reconstruction de la personne en partenariat avec les autres acteurs sanitaires et sociaux de l'agglomération. Lors de notre entretien, une des deux assistantes sociales de la PASS a ainsi présenté le parcours de reconstruction d'un homme sans domicile fixe depuis 10 années. Hospitalisé d'urgence, sa vie étant menacée, le service social a contacté la fille de ce monsieur qui a accepté de recevoir son père chez elle. Le processus de réintégration sociale était alors enclenché avec d'autant plus de chances de réussite que le service social a pu s'appuyer sur la famille du monsieur pour lui permettre de se reconstruire peu à peu. «Ce monsieur rentre aujourd'hui en EHPAD, alors qu'il y a quelques temps, elle était encore très marginalisée.»<sup>220</sup> Comme l'exprime très bien l'infirmière de la PASS : « Il faut vraiment les porter, leur dire qu'ils ne sont pas rien, qu'ils sont encore une personne. C'est aussi notre mission que de les accompagner vers davantage d'estime d'eux-mêmes. »<sup>221</sup>

La pluridisciplinarité de l'équipe de la PASS permet de proposer une prise en charge intégrant tous les aspects de la personne. La diversité des compétences permet ainsi de répondre à l'ensemble des besoins des personnes en cohérence avec les objectifs de la PASS tels qu'ils ont été précisés dans la convention de 1998 signée avec le FAC. Les solutions proposées vont ainsi du suivi des soins en sortie d'hospitalisation lorsque la personne n'a pas encore de droits ouverts, à un premier bilan de santé pour des personnes en provenance directe d'un pays étranger, en passant par la recherche d'un logement, l'ouverture des droits, la dispensation de médicaments pour des personnes ne pouvant pas s'offrir de mutuelle. L'infirmière de la PASS, en tant que pivot du dispositif, est à même de proposer une grande diversité de solutions aux personnes : donner un ticket de bus pour permettre à la personne d'aller rencontrer l'assistante sociale de la PASS, d'aller chercher ses médicaments à la pharmacie ou bien de consulter un spécialiste, mettre les personnes en lien avec des structures leur permettant de bénéficier d'un repas, accompagner la personne auprès des personnes compétentes pour répondre à ses besoins. Lorsqu'une personne se rend à la permanence pour une consultation, le Docteur Duriez ne se préoccupera pas simplement de sa santé, mais aussi des conditions de vie de la personne, de ce qui se passe dans sa vie, de ses soucis. Lors de mon enquête à la PASS, j'ai ainsi pu me rendre compte qu'au cours de la consultation de ce monsieur que nous avons déjà

---

<sup>220</sup> *Ibidem*, entretien n°1, p.3

<sup>221</sup> *Ibidem*, entretien n°6, p.28

évoqué ci-dessus, le docteur Duriez s'est ainsi soucié du logement de cet homme. Connaissant la fragilité de cette personne, il s'agissait de s'assurer que ce monsieur ne courait pas le risque de se voir retirer le logement dont il bénéficie aujourd'hui.<sup>222</sup> De par la diversité des compétences à l'œuvre dans l'équipe, la PASS de Chartres permet d'offrir une prise en charge globale de la personne qui correspond aux besoins des populations en situation de précarité comme nous avons pu le montrer au cours des développements précédents.

C) Un fonctionnement novateur permettant un service de proximité

Du fait de sa localisation sur le site du FAC, la PASS de Chartres participe à une offre de services plus large à destination des populations précaires de l'agglomération. La prise en charge globale proposée aux personnes ne se limite donc pas à l'ensemble des facettes abordées lors de la consultation à la PASS mais s'étend au contraire à l'ensemble des services proposés par le FAC sur le même site : « Accueil 28 », l'« Hôtel social », les autres types d'hébergement et les dispositifs de réinsertion. Sur un seul et même site, les personnes peuvent donc accéder à la fois à une offre de soins, à leurs droits sociaux, à l'hébergement, aux dispositifs de réinsertion professionnelle, aux emplois saisonniers pour lesquels le FAC se fait l'intermédiaire, à la possibilité de bénéficier d'une domiciliation, de repas, d'un accompagnement personnalisé. Pour les personnes en situation précaire qui parfois peuvent avoir perdu l'ensemble de leurs repères, la réunion sur un lieu unique de l'ensemble des services dont elles peuvent avoir besoin est un point fort du dispositif. L'existence d'un guichet unique pour les personnes en situation précaire rejoint ainsi les expériences étrangères comme celles décrites précédemment aux Pays-Bas ou en Finlande où les centres de santé de proximité permettent une offre de services sanitaires et sociaux intégrés. La possibilité de disposer de l'ensemble des services sanitaires et sociaux en un lieu unique est aussi un point essentiel de la prise en charge des personnes en situation précaire du fait de l'intrication des problématiques sanitaires et sociales que rencontrent ces populations.

La proximité de la permanence avec le service « Accueil 28 » du FAC permet aussi de sensibiliser aux questions de santé une majorité des personnes en situation précaire

---

<sup>222</sup> *Ibidem*, observations, p.35

résidant dans l'agglomération chartraine. En effet, les personnes en situation précaire passent toutes à un moment ou à un autre par le service «Accueil 28 », pour bénéficier d'une domiciliation, venir consulter leur courrier, rechercher un hébergement, accéder à leurs droits. L'infirmière qui assure la permanence peut donc essayer de sensibiliser un maximum de personnes aux questions de santé et les inviter à prendre rendez-vous avec l'un des médecins de la PASS. Comme l'exprime le médecin des urgences rencontré au cours de l'enquête : « L'avantage de cette localisation, c'est que 100% des personnes en rupture sur l'agglomération chartraine vont passer par Accueil 28. L'infirmière peut donc en profiter pour sensibiliser les personnes à leur santé et les inviter à venir consulter. »<sup>223</sup> L'infirmière n'étant pas en permanence dans la salle d'attente du service « Accueil 28 », cela implique que les travailleurs sociaux de ce service orientent aussi la personne vers l'infirmière lorsqu'ils décèlent un problème de santé. Cette sensibilisation demande parfois du temps, certaines personnes ayant perdu la conscience de leur corps comme nous l'avons exprimé précédemment. Comme le dit elle-même l'infirmière de la PASS : « Pour pouvoir être domicilié à « Accueil 28 », il est nécessaire d'en faire la demande auprès d'un éducateur qui met en place l'ouverture des droits et en particulier le Revenu Minimum d'Insertion et la Couverture Maladie Universelle. Lors de cet entretien, l'éducateur peut déceler un problème de santé ; il oriente alors la personne vers la PASS. Les personnes ne viennent pas automatiquement, mais si l'on s'adresse à elles sur le sujet plusieurs fois, elles finissent le plus souvent par faire le déplacement vers la permanence médicale. Parfois, certaines personnes ont des problèmes de santé mais ne veulent pas consulter. Alors on les pousse un peu. »<sup>224</sup> Le service « Accueil 28 » assure donc en partie cette mission d' « accueil et de repérage des situation de détresse » qui pour Jacques Lebas constitue le premier élément indispensable à la constitution d'un dispositif PASS.<sup>225</sup> Pour les personnes qui se présentent directement au service des urgences du centre hospitalier, cette mission est assurée par l'infirmier d'orientation du service des urgences. Le plus souvent cependant, et à la différence du fonctionnement des autres PASS, l'accès aux droits est donc assuré en amont de la PASS par le service du FAC « Accueil 28 » qui permet aux personnes d'accéder aussi bien au RMI qu'à la CMU. Pour fonctionner de manière optimale, la PASS de Chartres doit donc travailler en étroite collaboration avec le FAC qui assure une partie de ses missions ; en effet, l'infirmière doit se renseigner auprès de ses collègues assistantes sociales du service « Accueil 28 » si la personne qui entre dans le dispositif PASS bénéficie déjà d'une

---

<sup>223</sup> *Ibidem*, entretien n°8, p.38

<sup>224</sup> *Ibidem*, entretien n°6, p.28

<sup>225</sup> Jacques LEBAS, *op. cit.*, p.16

démarche d'ouverture de droits à la CMU initiée par «Accueil 28 ». Ce fonctionnement permettrait donc également d'expliquer le faible recours à l'assistante sociale de la PASS comparativement au nombre de personnes venant consulter à la permanence.

Par sa configuration particulière, la PASS de Chartres s'apparente à ce que le rapport de Jacques Lebas sur les PASS nomme «les PASS externes ». Jacques Lebas explique l'existence de ce type de dispositifs dans des villes telles que Poitiers, Elbeuf ou Chambéry par l'éloignement des établissements hospitaliers par rapport au centre ville.<sup>226</sup> Ce constat vaut également pour l'Hôpital Louis Pasteur qui concentre l'essentiel des services de court séjour des Hôpitaux de Chartres et qui est situé en périphérie de l'agglomération chartraine. A Chartres aussi, la création d'une PASS externe apparaissait donc plus adaptée. Ce type de dispositif participe de la même exigence que celle des SAMU sociaux : puisque les personnes en situation précaire sont le plus souvent trop désocialisées pour démarrer elles-mêmes une démarche de soins, le système de santé doit aller vers ces personnes. Cette démarche permet aussi sans doute de répondre en partie aux peurs que peuvent exprimer les personnes au regard de l'institution hospitalière. La PASS de Chartres et de ce fait la démarche de soins, les médecins et l'infirmière sont intégrés au quotidien des personnes en situation précaire qui viennent relever leur courrier ou demander de l'aide auprès des travailleurs sociaux du service « Accueil 28 ». Un excellent exemple de cette exigence de proximité que se donne la PASS de Chartres vis-à-vis des personnes en situation précaire est la tenue vestimentaire des membres de l'équipe de la PASS. Contrairement à ce qui se passe à l'hôpital, les médecins et l'infirmière qui interviennent à la PASS ne portent pas de blouse. Ce point de détail a son importance puisqu'il signifie aussi que la personne est bien dans un dispositif distinct de l'hôpital et qu'elle est accueillie comme dans un cabinet médical de ville.

---

<sup>226</sup> Jacques LEBAS, *op. cit.*, p.10

### **2.2.3 Un dispositif qui rencontre cependant certaines limites**

Si la permanence d'accès aux soins de santé de Chartres apparaît à bien des égards comme un dispositif novateur permettant d'assurer une prise en charge globale des personnes en situation précaire de l'agglomération, ce dispositif rencontre dans son action aussi un certain nombre de limites liées au type de population pris en charge, à une répartition des rôles entre l'hôpital et le FAC qui n'a pas encore tout à fait trouvé son équilibre et à des moyens insuffisants pour pouvoir répondre à la croissance des besoins des personnes en situation précaire.

#### **A) Des populations très mobiles :**

La première difficulté à laquelle sont confrontés les différents membres de l'équipe de la PASS est la très grande mobilité des personnes en situation précaire. De ce fait, il n'est pas toujours aisé d'assurer un suivi des personnes. Le rapport d'activité 2002 de la PASS indiquait à ce propos que les populations d'origine étrangère étaient particulièrement concernées par ce constat. Du fait du manque de places d'hébergement sur l'agglomération, ces populations arrivant de l'étranger viennent consulter une première fois à la permanence. Des soins ainsi que des démarches permettant l'ouverture de droits sont assurés par le médecin, l'infirmière et l'assistante sociale, mais la personne ne pouvant pas bénéficier de logement en CHRS à Chartres ne consulte pas une deuxième fois. Les démarches entreprises ne peuvent ainsi aboutir.<sup>227</sup> Ce risque important de départ du dispositif est renforcé par la fragilité des personnes qui consultent à la PASS. Pour éviter de les brusquer et de mettre un terme à la démarche de soins avant qu'elle n'ait pu aboutir, les membres de l'équipe de la PASS doivent s'adapter au rythme de chaque personne, organiser une prise en charge spécifique pour chaque individu venant consulter à la PASS.

---

<sup>227</sup> PASS DE CHARTRES, *rapport d'activité 2002*, Chartres : 2002, p.1

## B) Un dispositif en quête d'une identité

L'enquête menée sur la PASS de Chartres montre également combien ce dispositif est en quête d'une identité. Son histoire place le dispositif PASS au cœur d'un partenariat entre l'hôpital et le FAC qui peut paraître bien fragile pour diverses raisons.

Le premier élément faisant débat est la localisation de la PASS de Chartres. Si l'organisation de la permanence sur le site du FAC possède de nombreux avantages et permet en particulier une plus grande proximité avec les lieux de vie et une intégration aux autres services à destination des plus démunis, la PASS souffre aussi de son éloignement de l'hôpital. Cet éloignement est renforcé par l'absence de navettes desservant la permanence en particulier concernant les examens et le transport de médicaments ce qui oblige l'infirmière à assurer ces transports. Pour le dispositif, cet isolement par rapport à l'hôpital est très dommageable d'autant plus que l'infirmière qui assure la permanence tout au long de la semaine n'exerce qu'à mi-temps. Tout le temps passé en transport entre le FAC et l'hôpital est donc autant de temps en moins pour la permanence proprement dite. Comme l'exprime elle-même l'infirmière de la PASS : « à l'hôpital, on aurait tout sur place : là, c'est moi qui fais les navettes. [...] On va demander d'avoir une navette au moins une fois par semaine. »<sup>228</sup> L'une des urgences est en effet d'intégrer la permanence dans les circuits de transports de l'hôpital afin de permettre à l'infirmière de se consacrer exclusivement à la permanence.

Pour les patients de la permanence, cet éloignement de l'hôpital n'est pas non plus sans poser problème. En effet, dès qu'une personne a besoin d'une consultation plus spécialisée, de subir un examen médical, ou bien de médicaments alors qu'elle n'a pas de droits ouverts auprès de l'assurance maladie, elle doit se rendre à l'Hôpital Louis Pasteur. Pour certaines personnes, prendre le bus, faire le trajet jusqu'à l'hôpital, se repérer dans l'hôpital tout en respectant l'horaire du rendez-vous paraît inaccessible. Quand une personne est en situation précaire, un tel déplacement, au-delà de la question des ressources, est une réelle expédition. Comme l'exprime l'infirmière de la PASS, « pour les médicaments, les personnes doivent prendre le bus ; quand on n'a pas d'argent ce n'est pas simple. »<sup>229</sup> La création d'une navette permettrait sur ce point aussi de limiter les déplacements des personnes en offrant la possibilité d'une dispensation à la permanence par l'intermédiaire de l'infirmière.

---

<sup>228</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°6, p. 31-32

<sup>229</sup> *Ibidem*, p.31

Selon les professionnels de l'hôpital, la PASS est aussi trop associée au FAC. Comme nous le disions précédemment, certains patients qui ont eu des difficultés avec le FAC, ont pu se faire renvoyer d'un des services d'hébergement ou bien plus simplement ne souhaitent pas être assimilées au public du FAC, ne se rendent pas à la permanence. Comme le dit le médecin des urgences interviewé au cours de l'enquête : « Si l'on compare les 1 500 passages aux urgences avec les 233 personnes qui fréquentent la permanence médicale gratuite, on se rend compte que le dispositif ne touche qu'une frange de la population concernée. »<sup>230</sup> Si nous nous reportons à l'étude de David Poubel sur l'activité de la PASS en 2002, nous constatons que sur les 1 500 passages de personnes sans domicile fixe aux urgences, seuls 116 concernaient des personnes qui avaient déjà consulté à la PASS au cours de l'année.<sup>231</sup> Ainsi, pour l'année 2002, seuls 7% des passages de personnes sans domicile fixe aux urgences du centre hospitalier concernaient des personnes ayant déjà consulté à la permanence d'accès aux soins de santé.

La PASS est donc sans doute très loin de toucher l'ensemble de la population qui pourrait utiliser ce dispositif. Ce constat peu découler de ce que nous avons déjà abordé précédemment à savoir la concurrence qui peut exister entre les différentes structures de prise en charge des personnes en situation précaire sur la ville de Chartres. Les associations étant en concurrence, elles n'orienteraient donc pas facilement les personnes qu'elles prennent en charge vers le site du FAC mais préféreraient traiter directement avec le service des urgences avec lequel elles ont toujours travaillé. La création d'une deuxième permanence d'accès aux soins de santé sur l'agglomération, par exemple sur le site de l'Hôtel Dieu, permettrait alors de résoudre cette difficulté. C'est ce que soutiennent à la fois l'infirmière de la PASS et le médecin des urgences rencontrés au cours de l'enquête. « Pour certaines personnes, la localisation de la permanence au FAC est un frein parce que les deux structures sont associées. Quand on est mis dehors par le FAC, on ne remet plus les pieds à la permanence. Il me paraît donc important de s'en détacher un peu. L'idée, ça serait peut-être de refaire une permanence médicale à l'Hôtel Dieu par exemple.

Une autre explication possible de ce phénomène serait sans doute à rechercher dans le fait même qu'une majorité des personnes sans domicile fixe consultant aux urgences n'ont jamais consulté à la permanence d'accès aux soins de santé. L'hôpital constituant pour cette population le seul recours possible au système de santé, ces personnes ne bénéficient donc pas d'un suivi médical. De ce fait, on peut penser que, toutes choses égales par ailleurs, les personnes sans domicile fixe qui ne bénéficient pas du suivi médical assuré par la PASS

---

<sup>230</sup> *Ibidem*, entretien n°8, p.41

<sup>231</sup> David Poubel, *op. cit.*, p.39

voient leur état de santé se dégrader davantage et sont contraintes de recourir plus souvent au service des urgences que celles qui consultent à la PASS.

Mais l'explication la plus plausible pour comprendre ces chiffres est sans doute à rechercher dans la communication qui est faite à propos de cet outil PASS. La PASS n'est pas connue et faute de temps, peu d'actions sont réalisées pour assurer la promotion de cet outil. Un des premiers axes d'amélioration concernant ce thème serait sans doute d'indiquer physiquement la PASS sur le site du FAC. Aujourd'hui, aucune indication ne permet d'identifier l'existence d'une permanence médicale gratuite : il faut donc connaître ou bien avoir été mis au courant par quelqu'un d'autre de l'existence du dispositif pour savoir que sur le site du FAC, en suivant les panneaux indicateurs concernant l'Hôtel social et le service « Accueil 28 », il est possible de recevoir des soins.<sup>232</sup> La PASS n'est pas non plus toujours connue des acteurs participant à la prise en charge des plus démunis sur l'agglomération chartraine. De ce fait, ces acteurs n'ont donc peut-être pas le réflexe d'orienter les personnes en situation précaire vers la PASS lorsqu'elles rencontrent un problème de santé. Ainsi, même au sein de l'hôpital qui constitue pourtant le premier partenaire du dispositif, la PASS n'est pas connue. Comme le dit l'infirmière de la PASS : « je crois que la PASS n'est pas vraiment rentrée dans l'hôpital. Cela vient tout doucement. J'ai créé une petite plaquette à destination des services qui précise un peu l'objet de la PASS. »<sup>233</sup> Ce même type de communication nous paraît indispensable à destination de l'ensemble des acteurs de la prise en charge de ces populations, les associations mais aussi les partenaires institutionnels tels que le Conseil général et la municipalité de Chartres et l'ensemble des professionnels de santé de l'agglomération. Comme le précise le médecin des urgences rencontré au cours de l'enquête, si les médecins ne prennent pas en consultation les personnes en situation précaire, ce n'est pas, le plus souvent, parce qu'ils ne veulent pas les recevoir mais plutôt parce qu'ils n'en ont pas les moyens. « Les médecins généralistes ont déjà des carnets de rendez-vous overbookés. Ils n'acceptent pas de nouveaux patients, que ces patients soient en situation de précarité ou non. »<sup>234</sup> S'ils avaient connaissance du dispositif PASS, les médecins généralistes pourraient orienter les personnes en situation précaire s'adressant à eux vers la permanence.

Les questions posées autour de la localisation de la PASS ne sont que le point émergeant de tensions beaucoup plus profondes existant entre le FAC et l'hôpital qui proviennent de

---

<sup>232</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, observations, p.35

<sup>233</sup> *Ibidem*, entretien n°6, p.32

<sup>234</sup> *Ibidem*, entretien n°8, p. 40

logiques de prise en charge, de logiques de financement, et d'objectifs différents. Ces tensions sont sans doute l'un des plus gros freins au développement de la PASS de Chartres. Comme le soulignait une des deux assistantes sociales du service social du centre hospitalier : « il y a pas mal de guéguerres entre la PASS et les autres structures et en particulier avec le FAC ». <sup>235</sup> Ces « guéguerres » dont parle l'assistante sociale du service social de l'hôpital proviennent le plus souvent des logiques différentes qui parfois s'opposent à propos de la prise en charge de certaines personnes : l'hôpital, prétextant que la personne ne nécessite plus de soins techniques, tente de trouver une solution d'hébergement autre et s'adresse au FAC. Le problème du FAC est qu'il n'a pas les moyens d'accueillir des personnes nécessitant des soins même non techniques ou bien des personnes qui seraient en perte d'autonomie du fait de leur maladie. Comme l'exprime le directeur du FAC : « Les personnes incontinentes, moi j'ai pas les moyens de les accueillir. [...] On a des dizaines de patients avec des traitements. Du coup, ce sont les éducateurs qui gèrent la pharmacie et qui assurent la distribution des médicaments : on est dans l'illégalité. » <sup>236</sup> Le directeur du FAC comme l'infirmière de la PASS ont évoqué tous deux le cas d'un monsieur qui a cristallisé les tensions entre les deux structures. Ce monsieur résidait au FAC depuis deux années. Atteint d'un cancer, ce monsieur a été hospitalisé au centre hospitalier. Selon l'infirmière de la PASS, à l'issue de la phase de traitement, ce monsieur aurait exprimé le désir de réintégrer le FAC où il aurait pu bénéficier de soins à domicile comme dans n'importe quelle structure. « Au FI, il y avait un homme qui faisait partie des murs et qui avait de l'argent. Un cancer a entraîné chez lui une perte d'autonomie. En phase terminale, il a demandé à rester ici. A la PASS, c'était possible de mettre au point une Hospitalisation A Domicile, mais ils n'ont jamais voulu. Dans un petit logement en ville, on aurait mis ça en route. Du coup, ce monsieur est resté à l'hôpital et il s'est laissé mourir. Et pourtant, ce monsieur, ils n'arrêtaient pas de dire que c'était la mascotte du FAC : quand il a eu besoin, ils n'ont pas été là. Soit disant, il aurait été une charge trop lourde pour les éducateurs. » <sup>237</sup> Le directeur du FAC n'a pas la même interprétation du parcours de ce monsieur. Selon lui, l'hôpital n'a cessé de chercher à renvoyer la personne au FAC parce qu'en phase terminale, il n'avait plus de soins techniques à apporter à la personne. L'hôpital serait ainsi dans une logique économique aboutissant au renvoi des personnes lorsqu'elles n'ont plus besoin de soins techniques. « Un de nos usagers a été atteint d'un cancer. En phase terminale, il a fallu se battre pour ne pas que l'hôpital nous le renvoie. La veille de sa mort, l'hôpital nous

---

<sup>235</sup> *Ibidem*, entretien n°1, p.6

<sup>236</sup> *Ibidem*, entretien n°9, p.48

<sup>237</sup> *Ibidem*, entretien n°6, p.30

demandait encore si nous pouvions le récupérer : il est mort le lendemain. Mais l'hôpital cherchait à nous le renvoyer parce que soi-disant, il n'y a avait plus de soins. Au FAC, j'ai un éducateur pour 20 gars. Les appartements ne sont pas prévus pour accueillir des personnes ayant besoin de soins. Ce gars-là, il était chez nous depuis deux ans. On l'adorait, mais on n'était pas outillé pour pouvoir l'accueillir. Ce gars-là, il avait des problèmes de soins : donc, c'est pas nous. »<sup>238</sup> Nous avons pris le soin de retranscrire chacune des deux versions de cette histoire qui illustre bien l'impasse dans laquelle se situent aujourd'hui l'hôpital et le FAC faute de prendre le temps de communiquer davantage et de se transmettre les informations. Les décisions de l'institution partenaire ne sont pas toujours comprises et sont parfois interprétées de façon erronée. Comme le précise le directeur du FAC, au-delà de ces incompréhensions, c'est le partenariat des deux structures autour de la permanence d'accès aux soins de santé qui est en danger. « On est en présence de deux mondes qui ne sont pas dans des rapports de partenariat. Un réel partenariat supposerait que l'on puisse venir en aide à l'autre. C'est pas l'hôpital qui va mettre du personnel en ambulatoire. Mais quand la personne a besoin de soins très techniques... »<sup>239</sup> La PASS de Chartres est construit sur un partenariat : c'est probablement la force de ce dispositif mais aussi sa faiblesse. Une telle construction implique que les deux structures travaillent ensemble. Ce partenariat doit être préservé en particulier en favorisant la communication entre les deux structures, non seulement sur les décisions d'évolution de la PASS, ses projets de développement mais aussi à propos de la prise en charge des personnes en situation précaire dont nous avons vu précédemment qu'elles relèvent à la fois des deux secteurs sanitaire et social. Le système de protection sociale français ayant évolué vers une hyperspécialisation de ses acteurs, il convient sans doute de développer le partenariat entre les acteurs sanitaires et sociaux. Pour des personnes telles que ce monsieur que nous évoquions à l'instant, la responsabilité de la prise en charge est très certainement partagée et mériterait un travail en commun des personnels du FAC et des personnels hospitaliers. Toute la difficulté est d'accepter de travailler ensemble sans s'arc-bouter sur sa spécialité, son domaine de compétences, ses missions propres : dans de tels cas de figure, la mission est partagées et implique une prise en charge et une participation financière partagées des établissements concernés. Une telle vision de la prise en charge impliquerait aussi de centrer la prise en charge davantage sur la personne plutôt qu'en référence aux missions, aux financements ou aux spécialités des acteurs concernés.

---

<sup>238</sup> *Ibidem*, entretien n°9, p.48

<sup>239</sup> *Loc. cit.*

Pour ce qui concerne l'hôpital, le dispositif PASS demeure un dispositif à part, extérieur au centre hospitalier, à son fonctionnement. Nous avons pu le constater pour ce qui concerne les navettes de transports dont la permanence ne fait pas partie. Le risque est grand pour les PASS externes de devenir des structures à part, séparées du reste des services hospitaliers et constituant une filière spécifique pour les populations en situation de précarité. Comme nous l'avons examiné précédemment, le danger de la création de structures spécifiques est de fermer du même coup les autres structures, les autres services hospitaliers aux populations en situation précaire. La mission d'accueil des personnes en situation précaire n'est pas réservée aux seuls services tels que la PASS mais s'étend à l'ensemble des services hospitaliers. Finalement, si les PASS étaient véritablement séparées du fonctionnement hospitalier, le risque serait grand pour ce type de dispositif qu'il ne remplisse plus sa mission première à savoir de permettre aux populations en situation de précarité d'accéder au système de santé commun. En effet, les autres services renverraient alors systématiquement les personnes démunies vers la PASS, même lorsque ces dernières bénéficieraient de droits ouverts auprès de l'assurance maladie. Le manque de communication à l'intérieur de l'hôpital sur l'existence de la PASS montre aussi sans doute cette séparation entre le secteur hospitalier et le dispositif PASS. C'est du moins la conclusion de Jacques Lebas dans son rapport sur les permanences d'accès aux soins. « Il nous est apparu dans la plupart des cas que les PASS existantes, même quand elles fonctionnaient de façon satisfaisante, restaient peu connues au sein des établissements. Elles sont d'ailleurs souvent beaucoup plus connues à l'extérieur de l'hôpital qu'au sein même de l'établissement. L'intégration de ce genre de pratique à l'activité quotidienne de l'hôpital nécessite qu'elle soit affichée au même titre que d'autres activités qui paraissent des activités constitutives de la responsabilité de l'établissement hospitalier. »<sup>240</sup>

A Chartres, cette séparation de la PASS par rapport aux autres services hospitaliers est particulièrement nette pour ce qui concerne les admissions. Les personnes qui sont suivies au niveau de la PASS ne font pas partie des patients qui sont admis à l'hôpital. Pour l'établissement, ils n'existent donc pas administrativement. Comme le souligne le médecin des urgences rencontré au cours de notre enquête, cette absence d'admission stigmatise les personnes consultant à la PASS comme différentes par rapport aux personnes hospitalisées, comme « anormales » au sens de l'expression de Durkheim et renvoie ces populations précaires à leur handicap. Ce mode de fonctionnement est donc contraire à toute intégration de la personne dans le système commun. « Actuellement, à la PASS, les personnes ont une fausse admission : une fiche est créée pour tout nouveau patient dans le dispositif qui lui

---

<sup>240</sup> Jacques LEBAS, *op. cit.*, p.22

permet d'accéder à tout à l'hôpital. Ce que je ne trouve pas normal, c'est que les personnes sont étiquetées PASS. »<sup>241</sup>

### C) Des moyens à développer

Le dispositif semble également manquer de moyens pour fonctionner. En effet, comme nous l'avons montré dans le paragraphe précédent, la PASS de Chartres ne semble pas recevoir en consultation toutes les personnes qui en auraient besoin. D'autre part, l'augmentation très forte du nombre de personnes suivies par an et l'augmentation du nombre de consultations depuis 2002 plaident en faveur d'une augmentation du nombre de consultations médicales par semaine. L'augmentation de ces vacations médicales permettrait d'une part de répondre à une demande croissante sous forme de consultations sur rendez-vous telles qu'elles existent aujourd'hui mais aussi de créer une réelle permanence médicale permettant de répondre ponctuellement à un besoin de santé.

Toujours dans l'idée d'assurer une permanence tout au long de la semaine, le recrutement d'une deuxième infirmière sur la PASS permettrait peut-être d'assurer une ouverture quotidienne du dispositif. Actuellement, pour les patients non couverts par l'assurance maladie et ayant besoin de soins tous les jours, ils sont obligés de se rendre au service des urgences alors que ces soins ne nécessitent pas forcément d'être à l'hôpital. Le financement d'un deuxième poste d'infirmière a été demandé dans le cadre des dotations régionales pour le développement des réseaux.

Une autre idée consisterait à créer en plus des consultations de médecine générale une consultation de psychiatrie. Même si pour le Docteur Duriez, ce type de consultations ne consiste pas une priorité aujourd'hui, la permanence devant avant tout répondre à l'urgence des besoins de santé des personnes en situation précaire, les personnes qui viennent consulter à la PASS présentent très souvent d'importants problèmes psychiques, des pathologies psychiatriques, mais le plus souvent une grande souffrance psychique. Pour répondre à ces besoins, l'équipe de la permanence a développé ses qualités relationnelles, une écoute professionnelle mais ces éléments ne suffisent pas toujours pour prendre en charge certains cas lourds. Comme le souligne le directeur du FAC : « Ca serait sans doute une bonne chose de créer une consultation de psychiatrie : beaucoup de gens qui sont en psychiatrie qui lorsqu'ils sont déclarés sortants sont plus ou moins stabilisés. Quand ils

---

<sup>241</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°8, p.38

sortent, on les retrouve au FAC : ça serait important de pouvoir les prendre en charge à la PASS. Sans suivi médical de ces personnes, on se retrouve à gérer des personnes qui ne prennent plus leurs traitements et qui décompensent au FAC. Du coup, lorsque l'on nous envoie un patient qui sort de psychiatrie, on a des réactions de méfiance qui proviennent des multiples expériences difficiles que nous avons rencontrées précédemment. »<sup>242</sup>

Le dispositif doit aussi améliorer son mode de fonctionnement en particulier pour ce qui concerne les consultations sociales. Selon le rapport Lebas, quatre composantes caractérisent une PASS : l'existence d'un dispositif de repérage des situations de détresse, l'organisation de consultations médicales, l'organisation de consultations sociale et l'existence d'une fiche de liaison permettant d'accéder aux différents services de l'hôpital. Le dispositif chartrain répond à l'ensemble de ces exigences sauf une : celle des consultations médicales. Comme l'exprime Jacques Lebas, «il est très important que la consultation médicale et la consultation sociale puissent se faire, en tous cas lors de la première consultation, le même jour, de façon parallèle, quelque soit d'ailleurs l'ordre de priorité de ces consultations. »<sup>243</sup> A la PASS de Chartres, ce type d'organisation n'est pas possible du fait de la localisation de l'assistante sociale au sein du service des urgences. « L'assistante sociale de la permanence ne peut pas se pointer au FAC. Ca serait limite vis-à-vis de ses collègues. »<sup>244</sup> Et pourtant, l'assistante sociale de la PASS devrait pouvoir assurer une partie de son temps sur le site du FAC. La permanence n'ayant pas pour seule et unique vocation de prendre en charge les résidents du FAC, le problème de légitimité de l'assistante sociale ne se pose pas. Pour les personnes entrant dans le dispositif, cela permettrait de bénéficier en un lieu unique à la fois de la consultation médicale, de l'accompagnement social et de la délivrance de médicaments. Actuellement, la prise en charge globale est rendue difficile et incertaine du fait de la distance séparant l'hôpital du FAC. Ce type d'organisation ne signifie pas que l'assistante sociale doive être positionnée en permanence sur le site du FAC puisque, comme nous l'avons vu précédemment, l'accès aux soins des plus démunis se fait principalement par le biais du service des urgences. L'assistante sociale doit donc aussi pouvoir prendre en charge les personnes en situation précaire se présentant au service des urgences. Plus généralement, le service des urgences et la permanence médicale gratuite auraient sans doute intérêt à développer une approche commune de la prise en charge des personnes en situation précaire de l'admission de la personne en passant par les

---

<sup>242</sup> *Ibidem*, entretien n°9, p.47

<sup>243</sup> Jacques LEBAS, *op. cit.*, p.18

<sup>244</sup> Emmanuel LAVOUÉ, *op. cit.*, entretien n°8, p.39

consultations médicales et sociales jusqu'à la délivrance d'une fiche permettant l'accès à l'ensemble des services dans l'attente de la régularisation des droits de la personne. Un protocole commun avec ces quatre étapes pourrait être créé et permettrait sans doute de clarifier et de préciser le rôle de chacun.

La présence de l'assistante sociale sur le site du FAC, le recrutement d'une deuxième infirmière dans le dispositif nous amènent à nous poser la question des locaux mis à disposition par le FAC à l'équipe de la PASS. Comme nous le notions lors de notre enquête à la permanence médicale, «les locaux de la permanence» se résument «à une pièce, petite, dans laquelle on trouve la table d'examen, un bureau et une pharmacie. Il manque de l'espace pour permettre à l'infirmière d'avoir son espace.»<sup>245</sup> Le Docteur Alawad qui assure avec le Docteur Duriez la permanence médicale sur le site du FAC s'exprimait il y a peu à ce sujet dans le journal interne du FAC en précisant que l'une des principales difficultés de son action au FAC était «l'hygiène liée à la petitesse des locaux (9m<sup>2</sup>)».<sup>246</sup> La permanence devrait au minimum comporter deux pièces distinctes dont une pièce un peu plus grande permettant aux médecins et à l'infirmière d'avoir suffisamment d'espace pour assurer les consultations dans de bonnes conditions. La deuxième pièce permettrait à l'assistante sociale, au médecin et à l'infirmière de recevoir les personnes dans un lieu plus neutre et pourrait aussi servir de bureau pour que l'équipe puisse assurer le suivi des dossiers et établir une évaluation de l'activité de la PASS sous informatique. A ce titre, aujourd'hui, la permanence ne dispose pas non plus d'outil informatique pour pouvoir assurer ce suivi de l'activité de la PASS. Aussi, lorsque les tutelles ou bien les organismes financeurs demandent une évaluation de l'activité, il est parfois difficile de fournir des chiffres.

---

<sup>245</sup> *Ibidem*, observations, p.35

<sup>246</sup> Docteur ALAWAD A., Permanence médicale. *Poing Virgul*, juillet 2004, n°14, p.5

## **2.3 Une structure en mouvement**

La PASS de Chartres possède donc des caractéristiques propres qui en font un dispositif novateur dans l'offre de soins et de services à destination des populations en situation précaire résidant sur le territoire de l'agglomération chartreuse. Si ce dispositif possède de nombreux atouts, nous avons aussi montré que la PASS de Chartres pouvait encore améliorer la réponse aux besoins de santé des personnes en situation précaire. Pour aller encore plus loin dans l'analyse du dispositif chartreux, nous vous proposons d'étudier le fonctionnement des PASS de Dreux et Rennes qui sont organisées sur des modèles différents. Nous verrons cependant que quelque soit la qualité de l'organisation d'une permanence d'accès aux soins de santé, la seule existence de ce type de dispositifs ne suffit pas pour assurer l'accès aux soins des plus démunis. Les PASS invitent au contraire à une transformation plus générale de l'offre de soins au niveau local dans une dimension intégrée avec le secteur social pour permettre une prise en charge globale des personnes.

### **2.3.1 La PASS de Chartres, un exemple parmi d'autres**

D'autres exemples de PASS existent ; dans le développement suivant, nous verrons qu'en fonction de l'histoire et du contexte local, les fonctionnements des dispositifs sont différents d'une ville à l'autre même si la logique d'ensemble et les difficultés rencontrées sont souvent rencontrées. Nous avons découvert la PASS de Dreux au cours de notre enquête menée sur la PASS de Chartres. L'objectif était de pouvoir comparer le fonctionnement chartreux avec l'autre expérience en Eure-et-Loir d'un dispositif d'accès aux soins pour les plus démunis. Pour ce qui concerne la PASS de Rennes, nous avons été amené à travailler sur ce dispositif au cours d'un travail collectif réalisé en 2003 durant notre formation à l'École nationale de la santé publique.

#### **A) Dreux : l'exemple d'une PASS intégrée à l'hôpital**

La PASS de Dreux correspond au modèle que Jacques Lebas nomme les « PASS internes », c'est-à-dire un dispositif intégré à la structure hospitalière vers lequel l'ensemble des services de l'hôpital oriente les personnes en situation précaire. Au cœur de ce dispositif, nous trouvons l'assistante sociale de la PASS qui reçoit l'ensemble des patients lors de leur entrée dans le dispositif afin d'établir un bilan et de programmer un plan

d'accompagnement dont la durée varie de trois à six mois.<sup>247</sup> C'est aussi l'assistante sociale de la PASS qui accompagne et oriente les personnes vers les autres services de l'hôpital, programme au besoin les rendez-vous auprès des spécialistes, se charge de l'approvisionnement du dispositif en médicaments, établit le contact avec les services sociaux de l'agglomération drouaise. Comme le dit elle-même l'assistante sociale de la PASS de Dreux : « Pour ce qui est de mes missions, elles sont multiples : assistante sociale, aide-soignante, infirmière, secrétariat. »<sup>248</sup> Une fiche de liaison est également créée permettant à la personne d'accéder gratuitement à un certain nombre de services et puis évitant à la personne de devoir expliquer à chaque nouveau service son histoire. Dernière particularité qu'il nous paraît important de souligner c'est le fait que la permanence médicale soit assurée par un médecin généraliste. Pour les acteurs de ce dispositif, ce point est essentiel puisque justement la médecine dont ont besoin les personnes en situation précaire n'est autre que de la médecine générale. Comme l'explique l'assistante sociale de la PASS, « Il faut noter que pour nombre de personnes, l'hôpital reste un lieu de recours. Je suis effarée par les motifs de consultation aux urgences ; pour une grande partie, les urgentistes font de la médecine générale, mais je crois qu'il l'a font mal. On donne une réponse à un instant t mais sans la dimension de la médecine générale qui serait nécessaire. Offrir un accueil de médecine générale, c'est une idée extraordinaire. On pourrait en faire plein de choses. »<sup>249</sup> Pour l'assistante sociale de la PASS de Dreux, l'expérience de la PASS devrait même être étendue à l'ensemble de l'hôpital afin de prendre en charge les besoins de la majorité des personnes venant consulter aux urgences de l'hôpital et qui en réalité ont besoin d'une prise en charge en médecine générale. L'idée serait ainsi de créer des services de médecine générale à l'intérieur des hôpitaux, ce qui permettrait de résoudre, au moins en partie, la question de la diminution du nombre de praticiens généralistes en médecine de ville. Créée en 2000, la PASS de Dreux semble donc coller parfaitement au modèle PASS proposé dans le rapport Lebas : le dispositif de repérage des situations de détresse correspond à l'ensemble des services de l'hôpital qui adresse à la PASS toute personne rencontrant une difficulté d'accès aux soins ; le médecin et l'assistante sociale assurent des consultations médico-sociales une fois par semaine, l'assistante sociale se chargeant plus spécifiquement de définir un programme d'accompagnement devant permettre à la personne de retrouver son autonomie dans le système de santé ; enfin, une fiche de liaison existe et permet à la personne d'accéder gratuitement aux consultations et examens proposés dans

---

<sup>247</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°8, p.39, entretien n°3, p.13

<sup>248</sup> *Ibidem*

<sup>249</sup> *Ibidem*, p.15

les autres services ainsi qu'à la dispensation de médicaments à la pharmacie de l'établissement.

En 2003, le dispositif PASS a accueilli 139 personnes pour 354 consultations, ce qui correspond en nombre de consultations à 71% de l'activité de la PASS de Chartres pour la même année alors même que la PASS de Chartres possède deux fois plus de temps médical. L'atout majeur du dispositif de Dreux est de positionner l'assistante sociale dès l'entrée de la personne dans le dispositif PASS, ce qui permet d'établir un programme d'accompagnement social dont l'objectif est la sortie du dispositif. De ce fait, la PASS de Dreux affiche de bons résultats en matière de réintégration dans le système de soins commun puisqu'en 2003, 54 personnes étaient sorties du dispositif PASS dont 29 en accédant aux soins en ville ; ce dernier chiffre représente 21% des patients ayant consulté à la PASS en 2003 soit un patient sur cinq qui ressort du dispositif en moins d'un an. Une des grandes caractéristiques de la population drouaise est le très fort pourcentage de personnes étrangères. Pour ce qui concerne l'hôpital, un patient sur deux est de nationalité étrangère et ce chiffre est encore plus important à la PASS puisqu'il dépasse 80% des personnes ayant consulté au cours de l'année 2003. Comparativement, ce chiffre dépasse de 20 points celui observé à la PASS de Chartres. Le dispositif semble aussi répondre à une attente de la population puisque le nombre de nouveaux patients est en constante augmentation depuis 2000. Une majorité des nouveaux patients du dispositif PASS – 63% – ont connaissance du dispositif par l'intermédiaire d'amis ou de leur famille : ce constat prouve que la permanence a trouvé sa place dans l'offre de soins aux yeux de la population. Enfin, 87% des rendez-vous ont été honorés en 2003, un chiffre très important compte tenu de la désaffiliation dont peuvent parfois souffrir les personnes en situation précaire.<sup>250</sup>

Un intérêt majeur du dispositif de Dreux est sa très grande ouverture vers l'extérieur. Le dispositif travaille en réseau avec de nombreux partenaires extérieurs qui n'hésitent pas à adresser à la PASS des personnes démunies ayant besoin de soins. Ainsi en 2003, 14% des personnes ayant consulté à la PASS de Dreux y avaient été orientés par l'un des partenaires suivants : le service social de secteur, la mission locale, la protection maternelle infantile, le groupement d'intérêt public Relais Logement, le service prévention.<sup>251</sup> Par ailleurs, comme nous le signalait l'assistante sociale de la PASS, « Un réseau santé / proximité / ville a également été créé afin d'échanger des informations sur les personnes que nous prenons en

---

<sup>250</sup> PASS DE DREUX, *rapport d'activité 2003*. Dreux : centre hospitalier, p.37, 45 et suivantes

<sup>251</sup> *Loc. cit.*

charge et leurs besoins de santé. »<sup>252</sup> Lorsque la personne est orientée d'une structure à l'autre, la fiche de liaison créée par l'assistante sociale de la PASS est aussi transmise au partenaire. Cette fiche comportant de nombreux renseignements sur la situation de la personne évite à la personne de reprendre une fois encore son histoire et son parcours personnels. Du fait du nombre important d'étrangers consultant à la PASS, les membres de l'équipe du dispositif sont parfois confrontés à de grosses difficultés de communication. Ils utilisent donc des traducteurs bénévoles au sein de l'hôpital ou bien un service de traduction par téléphone qui permettent d'échanger avec la personne. La fiche de liaison avec les partenaires extérieurs permet aussi d'éviter de reprendre ce travail de traduction. Par ailleurs, la PASS de Dreux adhère à l'association RESO qui réunit l'ensemble des permanences d'accès aux soins de santé et le médecin et l'assistante sociale sont allés présenter récemment leur action à l'association PROSALIDE qui réunit l'ensemble des médecins et des pharmaciens de ville de l'agglomération drouaise.

La PASS travaille aussi en profonde synergie avec les services hospitaliers et en particulier le service des urgences, la pharmacie, le service social et le service des admissions. La prise en charge des personnes en situation précaire n'est donc pas seulement l'affaire de l'équipe de la PASS. Ainsi le centre hospitalier de Dreux a mis au point une organisation des admissions très performante reposant sur un repérage des personnes en situation précaire dès leur arrivée à l'hôpital. Un guichet spécifique leur est réservé auprès duquel elles peuvent bénéficier d'une admission spécifique qui n'entraînera pas de facturation dans l'immédiat. Cette organisation permet d'ouvrir des droits pour la personne auprès de l'assurance maladie avant qu'elle ne reçoive une facture de l'hôpital. «Les factures sont différées afin d'éviter d'avoir un coût net pour l'hôpital. Le service des consultations externes est en très étroite collaboration avec les services de la facturation et des admissions. Dès qu'une situation délicate est repérée, on entame une négociation ; la décision se prend en fonction de la situation économique, de la situation administrative et de la situation sanitaire du patient. »<sup>253</sup>

La qualité de la prise en charge assurée par le médecin et l'assistante sociale est également à souligner. Les qualités humaines de ces professionnels les amènent à mettre au cœur du dispositif la personne. Comme l'explique l'assistante sociale : « l'idée de la PASS est que le patient soit acteur de son parcours santé ». <sup>254</sup> Aussi, la prise en charge tente de s'adapter

---

<sup>252</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°8, p.39, entretien n°3, p.14

<sup>253</sup> *Ibidem*, p.12

<sup>254</sup> *Ibidem*, p.12

aux besoins de chaque personne, la dimension du temps de la prise en charge étant parfaitement intégrée : « Le temps de la prise en charge peut parfois être très long. Il paraît capital de s'adapter à la personne. Un mot d'ordre : prendre le temps. Le danger, c'est que les personnes ne continuent pas la démarche si elles se sentent brusquées. »<sup>255</sup> La prise en charge des personnes aborde l'ensemble des dimensions de la personne : sanitaire, sociale, mais aussi psychologique et religieuse. La PASS a ainsi développé des partenariats avec le centre médico-psychologique qui reçoit sur rendez-vous les patients de la permanence. Plus récemment, un accord a été conclu avec l'aumônier de l'hôpital qui accepte de rencontrer à la permanence les personnes ayant exprimé le besoin de parler à un prêtre. Comme l'exprime l'assistante sociale : « La PASS, c'est aussi l'un des seuls endroits où l'on va tenir compte de la dimension médico-sociale et pas seulement de la pathologie. On s'interroge toujours dans quelle dynamique de vie la personne se situe ? La PASS, c'est un endroit où l'on ne travaille que comme cela. Dans les services, c'est quelque chose d'exceptionnel et de réservé exclusivement aux situations lourdes. »<sup>256</sup>

La PASS de Dreux rencontre aussi un certain nombre de limites dans son action en faveur des plus démunis. Le dispositif manque de moyens pour absorber toute la demande. En conséquence, le délai d'attente s'élève parfois à trois semaines avant de pouvoir bénéficier d'une consultation médico-sociale.<sup>257</sup> Le médecin et l'assistante sociale sont obligés de faire des heures supplémentaires pour répondre à la demande importante qui peut atteindre 17 personnes par vacation. Une deuxième vacation serait nécessaire et permettrait de faire de la publicité pour le dispositif ce que se refusent à faire aujourd'hui le Docteur Brasse et l'assistante sociale ne pouvant répondre à la demande. La PASS n'est pas non plus suffisamment connue à l'intérieur de l'hôpital. Même le service social hésite à faire appel à la PASS. Comme l'exprime l'assistante sociale de la PASS : « Le problème est que les collègues du service social n'utilisent pas l'outil PASS. Du coup, il n'est pas non plus communiqué aux services ; cela nécessite que le patient fasse de lui-même la demande. »<sup>258</sup> Pour faire connaître le dispositif à l'intérieur de l'établissement, l'assistante sociale se déplace dans les services, essaie de sensibiliser les professionnels sur les questions de précarité. Dès qu'une personne en situation précaire est identifiée, l'assistante sociale de la PASS se déplace dans le service pour rencontrer la personne. Durant son séjour à l'hôpital,

---

<sup>255</sup> *Ibidem*, p.13

<sup>256</sup> *Ibidem*, p.15

<sup>257</sup> PASS DE DREUX, *Rapport d'activité 2003*. Dreux, centre hospitalier, 2004, p.37

<sup>258</sup> Emmanuel LAVOUÉ, *op. cit.*, entretien n°8, p.39, entretien n°3, p.12

la personne rencontrera ainsi trois fois l'assistante sociale, au début du séjour, au milieu et en fin de séjour, ce qui permet de préparer la sortie d'hospitalisation, d'ouvrir les droits auprès de l'assurance maladie ou pour un revenu minimum et de présenter à la personne le dispositif PASS pour qu'elle puisse facilement accéder aux soins en cas de besoin. Au total, l'assistante sociale a ainsi accompagné 326 personnes durant l'année 2003.<sup>259</sup>

Malgré les limites rencontrées dans son action, la PASS de Dreux est donc un exemple d'un dispositif en direction des plus démunis intégré à l'institution hospitalière.

## B) Rennes : une expérience centrée autour du service des urgences

Nous avons pu analyser le fonctionnement de la PASS de Rennes au cours d'un travail collectif mené en octobre 2003 à l'École nationale de la santé publique. Ce travail s'inscrivait dans l'enseignement « Hôpital et santé publique » dirigé par Olivier Grimaud et portait sur le thème suivant : « Santé et précarité ».

Dès novembre 1999, la direction du CHU de Rennes prenait la décision d'élaborer en partenariat avec le service des urgences un projet PASS répondant à la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998.<sup>260</sup>

Au-delà de l'implication très forte des personnels du service d'accueil des urgences et en particulier de l'assistante sociale pivot de l'organisation du dispositif rennais, le point fort de la PASS de Rennes est le développement d'un réseau avec les acteurs sanitaires et sociaux de l'agglomération. Une convention a ainsi été signée entre le CHU et l'association Accueil qui gère le centre d'accueil et d'orientation (CAO) des personnes sans domicile fixe ainsi que l'accueil téléphonique du 115. Cette convention prévoit en particulier des rencontres régulières entre l'équipe de la PASS et les membres de l'association Accueil, l'appel systématique du CAO lorsque celui-ci oriente des personnes vers la PASS, la mise à disposition par l'hôpital de deux chambres pour hébergement social. La PASS de Rennes a aussi développé des liens très forts avec les centres d'exams de santé, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale ainsi que l'équipe mobile psychiatrique de

---

<sup>259</sup> PASS DE DREUX, *op. cit.*, p.37, 45 et suivantes

<sup>260</sup> Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 *d'orientation relative à la lutte contre les exclusions*

l'établissement Guillaume Régnier. Ces liens permettent d'assurer la continuité des soins lorsque les personnes quittent le dispositif PASS.<sup>261</sup>

Cependant, le dispositif en place au CHU de Rennes manque encore d'un certain formalisme qui permettrait d'assurer sa pérennité. Ainsi, mise à part la convention avec l'association Accueil, les partenariats existants avec les acteurs sanitaires et sociaux de l'agglomération rennaise ne sont pas formalisés et reposent presque exclusivement sur la personnalité de l'assistante sociale de la PASS. Par ailleurs, contrairement à ce que nous avons pu observer à Dreux comme à Chartres, la PASS ne dispose pas d'un comité de pilotage qui pourrait assurer l'évaluation de ce dispositif et en définir ses grandes orientations. La PASS de Rennes n'est pas suffisamment distincte du service des urgences et se confond avec lui ; de ce fait, la PASS est très peu connue dans les autres services de l'hôpital qui peuvent eux aussi être confrontés à la prise en charge de personnes en situation précaire. Enfin, la PASS manque de moyens humains pour répondre à une demande croissante ces dernières années : le nombre de sans domicile fixe parmi les personnes consultant le service social de l'Hôpital Pontchaillou a ainsi doublé depuis 2000.<sup>262</sup>

Plus généralement, la PASS de Rennes doit se développer de manière à répondre aux orientations proposées par le rapport Lebas<sup>263</sup> en organisant en particulier des consultations médico-sociales permettant une prise en charge globale des besoins des personnes en situation précaire. Des liens pourraient aussi être développés avec les autres services de l'hôpital et en particulier la pharmacie afin de permettre la délivrance gratuite de médicaments.

### C) Propositions

Si nous comparons l'expérience de la PASS de Chartres avec les deux dispositifs créés à Rennes et à Dreux et que nous venons de présenter, nous devons souligner les forces du dispositif chartrain : le partenariat avec le FAC, la présence d'une infirmière pratiquement tous les jours de la semaine, des moyens importants permettant d'assurer deux

---

<sup>261</sup> *Santé et précarité*. Rennes : ENSP, travail collectif de recherche, octobre 2003, p.10-11

<sup>262</sup> *Ibidem*, p.11-12

<sup>263</sup> Jacques LEBAS, *op. cit.*, p.16

permanences médicales par semaine, l'organisation de consultations sociales, l'investissement très fort des membres de l'équipe et en particulier de l'infirmière qui accompagne les personnes inscrites dans le dispositif tout au long de leur démarche de soins, une prise en charge globale de la personne incluant à la fois les aspects sanitaires, sociaux et psychologiques, l'existence d'un comité de pilotage associant les membres de l'équipe PASS, la direction du FAC et la direction de l'hôpital. Et pourtant, la PASS de Chartres peut aussi recevoir quelques enseignements des dispositifs existants à Dreux et à Rennes.

Il manque sans doute à Chartres un positionnement plus affirmé de l'assistante sociale du service des urgences au sein du dispositif PASS qui permettrait en particulier lors de l'entrée de nouvelles personnes dans le dispositif de fixer avec la personne un plan d'accompagnement aboutissant à la sortie du dispositif comme cela se pratique à Dreux.

Un deuxième élément pourrait être développé sur le modèle de ce qui se fait à Dreux et à Rennes, les partenariats avec les autres acteurs sanitaires et sociaux de l'agglomération. Si la PASS de Chartres repose effectivement sur un partenariat étroit entre le FAC et l'hôpital, les liens avec les autres associations, institutions à destination des plus démunis existant sur l'agglomération sont très faibles. La différence des expériences drouaise et rennaise, ces liens mériteraient une formalisation plus soutenue sous la forme d'un réseau coordonnant la prise en charge de ces publics sur l'agglomération. La création d'une fiche de liaison à destination des professionnels et des institutions partenaires, comme le Docteur Duriez en a le projet, pourrait être un excellent outil de communication à destination de ces partenaires.

La PASS de Chartres manque aussi d'une prise en charge psychiatrique des personnes ; un partenariat avec le centre hospitalier Henri Ey et l'équipe de psychiatres mobilisée au service des urgences pourrait voir le jour permettant ainsi la création d'une consultation psychiatrique à la permanence médicale.

Enfin, sur le modèle de ce qui existe à Dreux, la PASS de Chartres pourrait être à l'initiative d'une transformation plus générale de l'organisation de l'hôpital dans sa prise en charge des plus démunis. Comme l'envisage le Docteur Duriez, un travail serait à mener avec les services des admissions et de la facturation afin de prévoir une admission spécifique pour les personnes sans revenus qui permette à la fois de bloquer la facturation le temps que la personne retrouve des droits auprès de l'assurance maladie. Comme l'exprime le médecin des urgences interrogé au cours de l'enquête : « Il faudrait sans doute revoir notre manière de faire nos admissions en créant une admission sociale qui permettent de bloquer le

recouvrement au moins pendant une période de 6 mois afin de laisser le temps au service social de rétablir la personne dans ses droits et s'assurer qu'elle bénéficie d'une couverture sociale. Pour le patient, l'admission serait comme les autres, mais la facturation serait spécifique. Cela implique de revoir nos manières de fonctionner. Au moindre doute, les admissions bloqueraient la facturation et la personne serait recontactée par le service social de l'hôpital. Les assistantes sociales vont crouler sous le boulot mais cela permettrait de mettre à jour les personnes qui n'ont pas de couverture sociale plutôt que de laisser le service du recouvrement faire son travail. »<sup>264</sup> Présenté par le Docteur Duriez lors d'une réunion de présentation du réseau RASSEL<sup>265</sup> à laquelle participaient des représentants de la DDASS d'Eure-et-Loir et de la CPAM de Chartres, ce mode de fonctionnement a reçu l'aval de la représentante de la CPAM qui s'est dite prête à travailler avec l'hôpital sur ce dossier.

---

<sup>264</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°8, p.39, entretien n°8, p.38

<sup>265</sup> Réunion de *présentation du réseau RASSEL* organisée à l'initiative de la DDASS d'Eure-et-Loir, 3 septembre 2004

### 2.3.2 Le travail en réseau : une nécessité

La permanence de Chartres est un dispositif indispensable dans la prise en charge des personnes en situation précaire résidant sur le territoire de l'agglomération chartreuse. Cependant, le dispositif en place ne permet pas suffisamment la réintégration des personnes suivies à la PASS dans le système commun de protection sociale, ce qui représente pourtant la première vocation de la PASS. Afin de mobiliser dans ce projet les médecins de ville, le Docteur Duriez a pris l'initiative de la création d'un réseau permettant de rassembler l'ensemble des structures et des professionnels de santé de l'agglomération. La création de ce réseau donnera sans doute un nouvel élan à la PASS de Chartres et lui permettra de travailler davantage avec les autres partenaires du champ sanitaire et social.

#### A) La création du réseau RASSEL pour répondre aux limites de la PASS

En juin dernier, la PASS de Chartres est entrée dans une nouvelle étape avec la constitution d'un réseau incluant les médecins de ville sous la forme d'une association Loi 1901, dénommée «Réseau d'Accès aux Soins de Santé d'Eure-et-Loir ». Comme nous l'avons montré précédemment, la permanence d'accès aux soins de santé permet aux populations les plus précaires d'accéder aux soins, de se voir ouvrir des droits et de bénéficier d'un accompagnement social adapté à leurs besoins. Néanmoins, une part importante des personnes prises en charge à la PASS et qui se voient ouvrir des droits pour la couverture de leurs dépenses de santé continuent de fréquenter la PASS. Ainsi en 2002, sur les 233 personnes qui ont bénéficié d'une consultation à la PASS, 40 bénéficiaient déjà d'une couverture sociale totale : ces personnes n'ayant plus de problèmes d'ouverture de droits, nous pourrions penser qu'ils ne relevaient plus du dispositif PASS et qu'ils devaient être pris en charge par le système de santé commun. La seule absence de droits n'est pas le seul obstacle dans l'accès aux soins des personnes en situation précaire. Du fait de la peur du monde médical, du manque d'autonomie, de la perte de repères, de problèmes de compréhension de la langue, une part importante des personnes prises en charge à la PASS ne parvient pas à réintégrer le système de protection sociale commun. Afin d'atteindre la vocation initiale de la PASS de Chartres qui est justement la réinsertion dans le système commun, il apparaît donc nécessaire d'accompagner les personnes en situation précaire vers les services de santé. C'est précisément l'objet du Réseau d'Accès aux Soins de Santé d'Eure-et-Loir.

Dès lors qu'une personne en situation précaire intègre le dispositif PASS soit au service des urgences du Centre Hospitalier, soit au Foyer d'Accueil Chartrain, le centre hospitalier de Chartres, le FAC et les professionnels de santé membres du réseau RASSEL s'engagent à assurer en partenariat le suivi médical de cette personne tout au long de son parcours santé qui doit le mener à la réinsertion dans le système commun. Le réseau RASSEL s'adresse donc en priorité aux membres fondateurs de la PASS mais aussi aux professionnels de santé, notamment les médecins généralistes de l'agglomération, au service de soins à domicile, aux pharmaciens, et aux médecins spécialistes qui accepteront de suivre le dossier médical des personnes venant consulter à la PASS. Aujourd'hui, la priorité est mise sur la participation à ce réseau des médecins généralistes qui constituent le pivot de la réintégration des personnes en situation précaire dans le système commun. Ensuite, le réseau devrait s'ouvrir aux autres professionnels de santé. La publicité du réseau demande d'aller rencontrer chacun des médecins généralistes de Chartres afin de lui présenter les projets de la PASS et du réseau RASSEL. 5 médecins généralistes ont d'ores et déjà accepté de participer au réseau. A terme, selon les propos du Docteur Duriez<sup>266</sup>, ce chiffre pourrait atteindre une vingtaine de médecins généralistes, ce qui permettrait d'accompagner une quarantaine de personnes dans leur réintégration au système de santé commun. En moyenne, le Docteur Duriez évalue à 24 mois le temps nécessaire à une personne pour devenir autonome dans sa démarche de santé. En effet, au-delà de la seule démarche de soins, accéder directement au système de santé demande aussi à la personne de comprendre le fonctionnement du système de santé et de pouvoir s'y repérer seule, de comprendre la langue française, de maîtriser son agenda afin d'être présente aux rendez-vous, d'avoir une hygiène de vie et de placer sa santé comme une de ses priorités. Comme nous l'avons analysé précédemment, l'intégration dans le système de protection sociale commun suppose en réalité une intégration dans la société et dans ses codes, l'intégration dans le système de protection sociale pouvant d'ailleurs permettre une intégration plus générale dans la société.

Afin de mener ce projet à bien, les Hôpitaux de Chartres ont déposé une demande de financement auprès de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) dans le cadre de la dotation régionale pour le développement des réseaux. Le financement demandé et qui s'élève à 80 900 € par an correspond principalement à des dépenses de personnels supplémentaires : 0,4 équivalents

---

<sup>266</sup> *Loc. cit.*

temps plein ETP de praticien hospitalier, 0,5 d'infirmier et 0,25 de secrétaire médicale ainsi qu'à la couverture des dépenses liées aux transports assurés par l'infirmière de la PASS.<sup>267</sup>

L'augmentation du temps médical devrait permettre d'augmenter le nombre de permanences médicales assurées par l'équipe de la PASS. A terme, le réseau pourrait ainsi fonctionner autour de trois pôles : au SAU, la personne serait examinée et recevrait les soins et prescriptions nécessaires à son état de santé. L'assistante sociale veillerait à la prise en charge sociale de la personne, la personne étant orientée vers la PASS pour le suivi de son traitement. La PASS accueillerait les patients adressés par le service des urgences, les organismes sociaux ou les associations. Pour tout patient, un dossier médical serait ouvert. Le médecin et l'infirmière de la PASS prendraient contact avec un des médecins généralistes adhérent au réseau qui assurerait le suivi sanitaire de la personne. Le médecin de ville recevrait le dossier médical et organiserait la prise en charge sanitaire de la personne, en lien avec les médecins spécialistes, le Centre Hospitalier, le service des soins à domicile et les pharmaciens. Il communiquerait régulièrement au médecin de la PASS les informations sur l'état de santé de la personne.

Par ailleurs, l'augmentation prévue du temps infirmier devrait permettre à l'infirmière de la PASS d'accompagner les personnes en situation précaire auprès des services de santé du système commun, médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, plateaux techniques des établissements, d'assurer la transmission du dossier médical et des comptes-rendus et ainsi de garantir la réinsertion des personnes dans le système de santé commun. Dans l'objectif du réseau qui est de permettre la réintégration des personnes dans le système commun, le renforcement du temps infirmier est sans doute la priorité puisque ce sont les infirmières de la PASS qui seront chargées d'assurer le relais auprès des praticiens de ville, de transmettre les informations relatives à la personne, son dossier médical, de préparer la personne à sa première consultation de ville, de prendre avec elle les premiers rendez-vous et au besoin de l'accompagner.

La création du réseau est également l'occasion d'initier une véritable démarche d'évaluation. Pour cela, un certain nombre d'indicateurs ont été définis permettant d'évaluer l'activité du réseau mais aussi ses performances en matière d'intégration des personnes dans le système commun :

- nombre de personnes prises en charge par la PASS,
- nombre de consultations médicales assurées à la PASS,

---

<sup>267</sup> HOPITAUX DE CHARTRES, *budget prévisionnel du réseau RASSEL*, Chartres : Hôpitaux de Chartres, juin 2004, p.1

- nombre de consultations sociales assurées à la PASS,
- nombre de personnes ayant recouvré des droits auprès de l'assurance maladie,
- nombre de médecins généralistes et spécialistes adhérents au réseau,
- nombre de personnes prises en charge par les médecins généralistes adhérents au titre du réseau,
- nombre de personnes sorties du réseau,
- nombre de personnes ayant réintégré le système de santé commun,

Une synthèse de ces différents indicateurs devrait être effectuée chaque année par le comité de pilotage du réseau et insérée dans le rapport d'activité du réseau RASSEL.

L'un des enjeux majeurs du réseau RASSEL sera la création de documents supports pour la transmission des informations entre les différents acteurs concernés. Ainsi le comité de pilotage a prévu de créer des fiches de liaison utilisées en particulier entre la PASS et l'hôpital lors des sorties d'hospitalisation, lors des transferts entre le FAC et l'hôpital et lors des orientations de la PASS vers les médecins généralistes. Par ailleurs, les comptes-rendus des consultations médicales et des consultations sociales organisées dans le cadre de la PASS peuvent servir de support à la transmission de nombreuses informations concernant la personne orientée vers un médecin généraliste. Ce souci de formalisation accrue du fonctionnement des partenariats à l'œuvre dans le réseau RASSEL est probablement un passage obligé afin d'assurer la pérennité du dispositif. Par ailleurs, pour ce qui concerne les transferts entre le FAC et l'hôpital, nous avons vu précédemment que les tensions provenaient en premier lieu d'un manque de communication entre les deux structures. Si la transmission des informations est davantage formalisée, nous pouvons espérer que les deux établissements prendront aussi davantage conscience des contraintes qui se posent dans l'une et l'autre des deux structures et rechercheront davantage des solutions communes aux problèmes rencontrés par les personnes en situation précaire.

## B) Les projets du réseau RASSEL

Dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) dits « de troisième génération », le réseau d'accès aux soins de santé d'Eure-et-Loir s'est donné plusieurs objectifs. Catherine PAUL, directrice adjointe aux Hôpitaux de Chartres et le Docteur Duriez ont eu l'occasion de présenter ces projets aux représentants de la DRASS lors d'une réunion

organisée à l'initiative de cette dernière dans le but de faire un bilan des actions entreprises dans le cadre du SROS dit de « deuxième génération ». <sup>268</sup> Le réseau poursuit quatre grands projets pour les années à venir : la création d'un dispositif d'hébergement d'urgence à destination des personnes sans abri, le suivi médical des personnes sortant de la maison d'arrêt de Chartres, et l'organisation de campagnes de prévention et de promotion de la santé auprès des plus démunis.

La création d'un dispositif d'hébergement d'urgence sur l'agglomération chartraine est devenu un sujet prioritaire depuis la fermeture en avril dernier des logements modulaires qui étaient installés jusqu'à présent sur le site de l'Hôpital Louis Pasteur. Si ce type d'hébergement n'est pas dans les missions premières du réseau RASSEL, la recherche d'une solution aura néanmoins un impact fort sur le fonctionnement du réseau. En effet, la première porte d'un tel dispositif restera le service d'accueil des urgences et donc la permanence d'accès aux soins de santé qui assure la prise en charge des plus démunis tant sur le plan sanitaire que social. L'existence d'un tel dispositif permettra à la PASS d'orienter les personnes sans abri vers une structure d'hébergement adaptée à leur besoin. La création de ce dispositif implique que les différents acteurs concernés – le centre hospitalier, le FAC, la préfecture, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, la municipalité, les services sociaux et les associations caritatives – acceptent de travailler en partenariat. Dans l'attente de la création de ce dispositif d'hébergement d'urgence, un protocole a été rédigé à l'initiative des Hôpitaux de Chartres précisant le rôle de chacun des acteurs concernés.

Le Réseau d'Accès aux Soins de Santé d'Eure-et-Loir a également le projet d'assurer le suivi médical des sorties de la maison d'arrêt de Chartres. L'assistante sociale de la maison d'arrêt pourrait à cet effet repérer les personnes en situation précaire à la sortie de la maison d'arrêt et les orienter vers la permanence d'accès aux soins de santé pour une prise en charge sanitaire et sociale adaptée. Lors de notre enquête, nous avons rencontré le cadre infirmier du service des urgences en charge de l'UCSA. Nous avons pu constater qu'une majorité des personnes détenues à la maison d'arrêt de Chartres sont en situation de précarité et pour la plupart n'ont pas bénéficié de suivi sanitaire. « La plupart du temps, les détenus sont des personnes avec peu de droits qui vivent dans la précarité. Parfois, certains n'ont jamais vu de dentiste. Leur passage à la maison d'arrêt permet de détecter des pathologies très lourdes telles que des cancers ou des insuffisances cardiaques qui

---

<sup>268</sup> Bilan des actions entreprises dans le cadre du SROS dit de « deuxième génération », réunion organisée à l'initiative de la DRASS, mai 2004

auparavant n'avaient jamais été suivies. Il faut bien se mettre en tête que pour bon nombre d'entre elles, les personnes que nous suivons à l'UCSA vivent habituellement dans l'illégalité. Moins ils voient de monde et mieux ils se portent, du moins, c'est ce qu'ils se disent. »<sup>269</sup> Le passage à la maison d'arrêt peut donc être l'occasion d'une sensibilisation des personnes à leur état de santé, d'une démarche de soins accompagnée par les infirmiers de l'UCSA et pouvant déboucher grâce à l'assistante sociale de la maison d'arrêt à une ouverture des droits auprès de l'assurance maladie. Cependant, à leur sortie de la maison d'arrêt, ces personnes doivent continuer à être accompagnées. Dans le cas contraire, la plupart n'ayant pas de médecin traitant, leur état de santé risque de se dégrader à nouveau. Comme le dit le cadre infirmier des urgences rencontré au cours de l'enquête : « Lorsqu'un détenu est libéré ou bien lors de l'entrée d'un nouvel arrivant, la pénitencière transmet l'information. Lorsque la personne dispose d'un médecin généraliste, le Docteur Duriez lui adresse un courrier pour informer son confrère de l'état de santé du patient et l'informer de son retour dans le droit commun. Dans le cas contraire, il n'y a rien à faire. Ce n'est pas satisfaisant en particulier lorsque la personne sort de prison sans que l'on soit sûr que le suivi des soins sera bien assuré. Une assistante sociale travaille à la prison mais un détenu qui sort n'a parfois plus ni travail ni couverture sociale. Je ne sais pas si l'assistante sociale peut assurer tout cela. Ce qui ne satisfait pas les infirmiers de l'UCSA, c'est qu'au cours du séjour en prison, ils mettent plein de choses en place et quand la personne est libérée on ne sait pas trop ce qui se passe. »<sup>270</sup> L'idée du Docteur Duriez serait d'orienter les personnes n'ayant pas de médecin traitant vers la PASS pour que cette dernière puisse faire le lien avec l'un des médecins généralistes adhérents au réseau. Cette activité supplémentaire impliquera sans doute une surcharge de travail pour l'équipe du dispositif PASS et nécessitera sans doute la création d'une consultation de psychiatrie. En effet, les personnes qui consultent à l'UCSA sont très nombreuses à présenter des troubles mentaux. Comme l'explique le cadre infirmier en charge de l'UCSA : « Parmi les détenus, on dénombre 40 % de vrais fous. Certains souffrent de grosses pathologies psychiatriques non prises en charge. Pour la plupart, la maison d'arrêt est l'occasion de la première rencontre avec un psychiatre. »<sup>271</sup> Enfin, un tel projet nécessitera aussi de formaliser les liens entre l'UCSA et la PASS en créant une fiche de liaison entre les deux structures, en rendant systématique l'appel de la PASS par l'UCSA lorsqu'un détenu sortant de la maison d'arrêt est orienté vers la PASS et en organisant des réunions entre les infirmiers de l'UCSA et

---

<sup>269</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°8, p.39, entretien n°5, p.25

<sup>270</sup> *Ibidem*, p.25-26

<sup>271</sup> *Ibidem*, p.25

l'infirmière de la PASS afin de préciser les besoins de santé de la personne orientée vers la PASS.

Le dernier projet du réseau RASSEL est de développer les campagnes de prévention et d'éducation à la santé. Certaines actions sont déjà menées en partenariat avec le FAC et la PMI. L'infirmière de la PASS participe ainsi à la prévention des maladies sexuellement transmissibles auprès des femmes en situation précaire qui consultent à la PMI. Des actions de prévention sont aussi organisées concernant le tabac ou les drogues au niveau des différents services du FAC. L'intérêt de ce type d'actions, c'est qu'elles touchent directement les populations sur leur lieu d'hébergement.

### C) Propositions

La création du réseau RASSEL, les projets formulés par les représentants du comité de pilotage du réseau montrent le dynamisme de la PASS de Chartres. Consciente de ses limites en particulier dans l'intégration des personnes dans le système commun de santé, elle souhaite aller plus loin dans ce qu'elle propose afin de toujours mieux répondre aux besoins des personnes en situation précaire. Cependant, la création d'un réseau associant les professionnels de santé de l'agglomération ne résoudra sans doute pas toutes les difficultés rencontrées par la PASS de Chartres en particulier concernant les relations parfois tendues entre le FAC et l'hôpital. Le réseau RASSEL ne devrait-il pas reposer sur ce partenariat historique entre ces deux structures à l'origine de la création de la PASS ?

La création du réseau RASSEL, à l'initiative du Docteur Duriez, est soutenue par la direction du centre hospitalier de Chartres et s'inscrit dans la politique nationale de développement des réseaux de santé. Au niveau régional, le développement des réseaux est soutenu par l'ARH et l'URCAM qui sont chargées de répartir la dotation régionale pour le développement des réseaux en fonction des projets des différents réseaux qui leur sont présentés. A ce titre et afin de permettre le développement du réseau RASSEL, le centre hospitalier de Chartres a déposé une demande de financement. C'est également le Docteur Duriez qui est à l'initiative des premiers contacts avec les médecins généralistes de Chartres qui ont accepté de rejoindre le réseau. L'infirmière de la PASS qui jusque-là était financée par la DDASS d'Eure-et-Loir est depuis janvier financée par l'intermédiaire du contrat d'objectifs et de moyens du centre hospitalier. L'ensemble du personnel de la PASS est désormais hospitalier. Pour le Docteur Duriez comme pour le médecin des urgences rencontré au cours

de l'enquête, cette évolution est une bonne chose puisqu'elle permet à la PASS de redevenir un service hospitalier. Cet élément ne peut que permettre un rapprochement avec les autres services partenaires de la PASS et en particulier le service des urgences, l'infirmière de la PASS ayant elle-même travaillé aux urgences durant 14 ans. Comme l'explique le médecin des urgences : « A aucun moment la PASS n'est labellisée hôpital : il me paraît indispensable que l'hôpital se réapproprie cette structure. Le recrutement de l'infirmière depuis janvier va en ce sens : l'ensemble du personnel est désormais du personnel hospitalier. »<sup>272</sup> Si le rôle de l'hôpital dans un dispositif tel que la PASS est fondamental, il convient cependant de ne pas perdre de vue l'histoire de ce dispositif PASS. Comme nous l'avons rappelé précédemment, la force de la PASS de Chartres est d'avoir été un projet commun partagé par le FAC et l'hôpital. Or, comme le soulignait justement le directeur du FAC, la tendance de l'hôpital est aujourd'hui de vouloir se réapproprier ce dispositif, ce qui lui permettra sans doute davantage de souplesse dans son fonctionnement. Pour lui, dans ce type de coopération, le risque est toujours grand d'un déséquilibre entre l'hôpital et une association telle que le FAC.<sup>273</sup> Selon nous, contrairement à ce que peuvent penser le médecin des urgences interrogé pendant l'enquête ou encore le Docteur Duriez, le personnel ne doit pas obligatoirement être du personnel hospitalier même si les avantages d'un tel fonctionnement en termes de recrutement et de souplesse de fonctionnement sont indéniables. De la même façon, la création du réseau RASSEL n'a pas permis d'associer suffisamment le FAC au projet. De ce fait, le réseau est aujourd'hui essentiellement un projet de l'hôpital. Avant même que de créer un réseau associant d'autres partenaires extérieurs, nous pensons que le dispositif PASS a sans doute encore besoin de s'affirmer lui-même comme une structure de partenariat, un réseau entre le FAC et l'hôpital. Le réseau RASSEL pourrait aussi être l'occasion d'un rapprochement entre les deux structures en créant un lieu d'échanges permettant en particulier d'aborder les cas de transferts entre le FAC et l'hôpital dont nous avons vu précédemment qu'ils cristallisaient les tensions entre les deux structures.

D'autres partenariats seraient aussi à envisager rapidement en particulier en direction des autres associations de l'agglomération afin de faire connaître la PASS et de les inciter à orienter les personnes qu'elles prennent en charge vers la PASS lorsqu'elles ont un besoin de santé ou une difficulté d'accès aux soins. Par ailleurs, le réseau RASSEL pourrait aussi être l'occasion d'un rapprochement et d'une plus grande coopération entre la PASS et le service social de l'hôpital en particulier concernant l'organisation des sorties des personnes

---

<sup>272</sup> *Ibidem*, entretien n°8, p.38

<sup>273</sup> *Ibidem*, entretien n°9

en situation précaire non encore couvertes par l'assurance maladie. Ces personnes réorientées vers la PASS pourraient faire l'objet de rencontres entre l'infirmière de la PASS, l'infirmière du service et les assistantes sociales du service social et de la PASS. Enfin, nous l'avons déjà évoqué précédemment, la PASS pourrait profiter de la création du réseau RASSEL pour ce rapprocher du centre hospitalier Henri Ey qui pourrait devenir partenaire du dispositif PASS en organisant une consultation psychiatrique sur le site du FAC à destination des plus démunis. Plus que la construction juridique, le réseau RASSEL constitue donc une chance pour la PASS de Chartres qui lui permettra sans doute d'entrer dans une dynamique plus affirmée de partenariats. Cependant, cette évolution dépend sans doute en premier lieu de la pérennité du lien entre l'hôpital et le FAC constitutif du dispositif PASS et qu'il convient de préserver en organisant des réunions régulières entre les professionnels hospitaliers et les professionnels du FAC. Un autre élément pourrait aussi être un travail de coopération renouvelé entre la direction du FAC et celle du centre hospitalier en particulier au travers du comité de pilotage du dispositif PASS qu'il conviendrait de réunir plus régulièrement afin de fixer les orientations de ce dispositif et du réseau RASSEL.

### 2.3.3 Vers une transformation plus générale du système de protection sociale français

L'analyse de la PASS de Chartres et des dispositifs à destination des personnes en situation précaire résidant sur le territoire de l'agglomération nous invite à élargir notre réflexion sur une évolution générale de notre système de protection sociale. Cette évolution pourrait avoir trois axes forts : le décloisonnement des approches sanitaire et sociale, le développement de la médecine générale à l'hôpital et enfin la création de centres de santé à proximité des lieux de vie de la population. Ce sont ces trois axes que nous vous proposons à présent d'examiner.

#### A) Suivi médical et accompagnement social : la nécessité d'un croisement des approches

Les tensions entre le FAC et le centre hospitalier proviennent avant tout de la difficulté de répondre aux besoins de personnes en situation précaire ayant besoin d'un hébergement, ne nécessitant pas de soins techniques mais d'un suivi médical concernant leur traitement pour lequel elles ne sont pas autonomes. Ces personnes sont par définition à la marge entre les missions de l'hôpital et les missions du FAC, à la marge entre les financements de l'assurance maladie et de l'Etat, à la marge de l'action des DDASS et de l'ARH. Et pourtant, la réponse aux besoins de santé de ces populations ne peut se faire sans se préoccuper des conditions de vie de la personne, de sa possibilité de compter sur un hébergement ou non. Comme l'exprime l'infirmière de la PASS : « S'il n'y a pas d'hébergement derrière, comment on peut faire pour notre partie soins ? Mais on n'a pas d'hébergement dans notre budget : ce sont les CHRS qui ont les financements pour la partie hébergement. Je pense à une personne avec des prothèses : j'ai dû me battre pour qu'il puisse rester au FAC. Pour le FAC, c'était du médical, donc la personne devait quitter le FAC. Ce n'était pas leur partie : la personne devait aller en maison de retraite. Alors qu'on a le droit, quel que soit le type de logement, aux soins à domicile. »<sup>274</sup> Face à ces difficultés, la réponse qui est souvent apportée correspond pour l'hôpital à la suivante : « cette personne a besoin d'un hébergement social : sa place n'est pas à l'hôpital », et pour le FAC à « cette personne a besoin de soins : sa place n'est pas au FAC ». Ces personnes en marge, souvent déjà

---

<sup>274</sup> *Ibidem*, entretien n°6, p.32

fragilisées par la vie, souvent aussi fragilisées par leur hospitalisation, doivent pourtant bénéficier d'une prise en charge ; elles ne peuvent toujours être orientées vers les maisons de retraite dont la mission n'est pas d'accueillir les personnes dont aucune structure ne veut assurer la prise en charge. D'autres structures sont peut-être à inventer sur la base d'un partenariat entre le FAC et l'hôpital permettant la prise en charge de ces personnes. La précédente infirmière de la PASS avait monté un projet de création de lits médicalisés qui, faute de financement, n'a pu voir le jour. « Certaines personnes pourraient être suivies en ville mais pour cela, elles doivent avoir un chez eux afin d'assurer le suivi des soins : pendant longtemps, l'infirmière de la PASS avait le projet de créer des lits médicalisés. Malheureusement, cela n'a pas pu se faire faute de financement. Il est essentiel de mettre en avant ce dispositif. Il y a des gens qui se démènent mais ils ne sont pas suivis. »<sup>275</sup> Une telle mission étant par essence partagée, les financements devraient aussi être partagés, le FAC assurant l'hébergement et l'hôpital assurant le suivi des soins en mettant à disposition du temps infirmier et du temps médical. Ce mode de fonctionnement rejoint le projet lancé par Xavier Emmanuelli sur Paris pour permettre la prise en charge et le suivi médical des personnes sans domicile fixe. Comme il l'expose lui-même : « ce sont des lits d'hébergement avec soins, c'est-à-dire des lieux où l'on peut accueillir, au sein des centres d'hébergement, des malades qui ont besoin de soins quotidiens dispensés par des infirmières : cicatrisation de lésions dermatologiques, suivi tuberculeux dont on veut s'assurer qu'ils prennent bien le traitement, injection quotidienne d'anticoagulants pour des SDF ayant un plâtre de jambe. Ou même traitement d'un épisode infectieux aigu : aucun hôpital n'hospitalisera un patient qui présente un syndrome grippal passager, alors que rester avec 39°C de fièvre sans abri en plein hiver est un calvaire. Pour les clochards en fin de vie, à qui la médecine a prescrit une chimiothérapie et des corticoïdes, ces lits infirmiers servent aussi aux soins palliatifs. »<sup>276</sup>

La création d'un nouveau type de structure paraît donc indispensable afin de répondre aux besoins de santé des personnes en situation précaire qui, aujourd'hui encore, sur l'agglomération chartraine, sont parfois rejetées d'une structure à l'autre. Cependant, au-delà de la création de lits infirmiers sur Chartres, la transformation du système de protection sociale français que nous soutenons devra sans doute encore aller plus loin dans un croisement des approches sanitaire et sociale aussi bien dans les structures sanitaires que sociales. Ainsi, les hôpitaux ont sans doute encore tout un travail à mener pour s'ouvrir à la

---

<sup>275</sup> *Ibidem*, entretien n°8, p.38

<sup>276</sup> Xavier Emmanuelli, *op. cit.*, p.241

dimension sociale de la prise en charge, ouverture qui ne devrait pas être laissée aux seuls travailleurs sociaux du service social. Comme le soulignait le médecin des urgences rencontré au cours de l'enquête : « Il y a un certain nombre de choses qui me révoltent. Le fonctionnement du service de recouvrement par exemple : ils font leur travail, mais parfois c'est complètement incohérent. Lorsqu'une personne ne peut pas payer, le service de recouvrement établit une procédure pour retrouver la personne : les frais de dossier lui sont facturés en plus des frais hospitaliers non réglés. Certaines réflexions que j'entends aussi aux urgences quand une personne vient pour un mal de gorge. « Toi, t'as rien à faire aux urgences ». Si la personne n'a pas de couverture sociale alors c'est toute sa place. »<sup>277</sup> Comme nous l'avons vu précédemment, l'hôpital est souvent le seul lieu de recours pour les personnes en détresse : « l'hôpital présente cette caractéristique d'offrir une réponse et un accueil en permanence. Les urgences sont le seul endroit où l'on peut être accueilli, protégé, entendu. La limite à ce type de fonctionnement, c'est que les personnels des urgences ne sont pas formés à l'éducation, au travail social. »<sup>278</sup> Cette ouverture au social passe sans doute en premier lieu par la formation des professionnels. Comme le propose la directrice de la maison de retraite de Gallardon : « Moi je verrais bien faire travailler en stage les médecins et les infirmiers en centre d'hébergement et de réinsertion sociale, ou bien en foyer de l'enfance. Et cela pour qu'ils comprennent que le soin n'est qu'un médiateur de la relation. Et puis le contraire aussi afin de permettre aux travailleurs sociaux que l'on ne chôme pas dans les hôpitaux et que la prise en charge médicale des poly-pathologies par exemple pose certaines difficultés. Je trouve que la formation des directeurs est pour cela intéressante puisqu'elle se situe à la croisée des chemins. Cela me paraît important d'aller voir ce qui se passe dans les autres structures et cela au cours des cursus professionnels mais aussi après, en cours de carrière. »<sup>279</sup> Des formations intégrant davantage l'ensemble des aspects de la prise en charge de la personne permettraient sans doute de réduire les cloisonnements entre professionnels du champ sanitaire et professionnels du champ social qui bien souvent s'arc-boutent sur ce que la directrice de la maison de retraite de Gallardon appelle des « secrets défense » : « j'appelle cela les secrets défense, secrets qui peuvent générer des conflits entre les structures. »<sup>280</sup> Il nous paraît à ce titre important de noter que l'hôpital a sans doute autant de chemin à parcourir pour s'ouvrir aux dimensions sociales de la prise en charge que les structures d'hébergement telles que le FAC pour s'ouvrir aux

---

<sup>277</sup> Emmanuel LAVOUE, *op. cit.*, entretien n°8, p.39, entretien n°8, p.37

<sup>278</sup> *Ibidem*, entretien n°4, p.19

<sup>279</sup> *Ibidem*, p.20

<sup>280</sup> *Ibidem*, p.22

dimensions médicales et soignantes de la prise en charge de la personne. Comme le souligne l'infirmière de la PASS, actuellement le FAC ne dispose ni d'infirmière ni de médecin : de ce fait, le FAC ne peut assurer le suivi soignant et médical de la personne dans de bonnes conditions. « Au FAC, il n'y a ni médecin, ni infirmière. Permettre une prise en charge soignante et médicale au FAC, ça voudrait dire aussi que l'on va jusqu'au bout de l'hébergement. »<sup>281</sup> D'autres éléments pourraient permettre d'aller vers ce décloisonnement des approches sanitaire et sociale : ainsi, le médecin des urgences rencontré au cours de l'enquête propose la création d'un dossier médico-social intégrant l'ensemble des éléments du suivi médical, soignant, administratif, social de la personne. Disposer d'un dossier englobant l'ensemble de ces dimensions permettrait au médecin lors de sa consultation de constater également les difficultés sociales de la personne, ses problèmes administratifs. Par ailleurs, partager un même dossier pourrait amener les professionnels à échanger davantage et peut-être à organiser des réunions communes afin de faire le point sur les dossiers. « L'urgence, je crois, c'est de créer un dossier médico-social. Il existe ; c'est ce que l'on appelle le précalogue. L'idée serait de créer ce dossier à la permanence, de le tester et de le généraliser à l'hôpital. Cela permettrait sans doute de s'interroger sur le volet social dans le dossier hôpital. »<sup>282</sup>

Pour l'assistante sociale de la PASS de Dreux, les choses sont d'ores et déjà en train de changer, les professionnels étant de plus en plus sensibles aux autres approches de la prise en charge. Cependant, cette évolution devra encore être amplifiée de manière à offrir une prise en charge de la personne intégrant à la fois les dimensions sanitaires, soignantes, administratives et sociales. « C'est quelque chose qui est en train de se modifier. La dimension sociale est entendue mais encore trop souvent sous forme dichotomique avec le soin, le domaine du médecin, le social, celui de l'assistante sociale et le psychologique, celui du psychologue. On a encore beaucoup tendance à séparer les choses : c'est bien souvent la première intention. C'est comme cela : c'est de l'acquis. Et en même temps, on trouve de plus en plus d'instances médico-psycho-sociales avec l'organisation de staffs communs comme c'est le cas dans le service d'addictologie. On sent toute une dynamique dans laquelle les choses bougent. »<sup>283</sup>

---

<sup>281</sup> *Ibidem*, entretien n°6, p.32

<sup>282</sup> *Ibidem*, entretien n°8, p.39

<sup>283</sup> *Ibidem*, entretien n°3, p.15

## B) Hôpital et médecine générale

Le succès des permanences d'accès aux soins de santé montre à la fois que le système n'était pas suffisamment ouvert à ces populations pour leur permettre d'accéder aux soins mais aussi l'importance d'une offre de soins intégrant l'ensemble des dimensions de la personne. Face à l'hyperspécialisation de la médecine hospitalière, les permanences médicales assurées dans le cadre des PASS introduisent la médecine générale dans les hôpitaux. Cette évolution vient questionner le fonctionnement de la médecine hospitalière fondée sur une pathologie, un organe, et qui découpe souvent les prises en charge en fonction de la spécialité des services. Ainsi, les patients présentant plusieurs pathologies doivent parfois séjourner dans plusieurs services. Et pourtant, n'est-ce pas plutôt l'hôpital qui devrait adapter son offre de soins aux besoins de la personne ? Ainsi s'exprime l'assistante sociale de la PASS de Dreux : « l'hôpital est de plus en plus spécialisé : aujourd'hui, lorsque vous êtes hospitalisés, vous êtes découpé ; si vous avez trois pathologies, vous allez séjourner dans trois services. »<sup>284</sup> Face à cette hyperspécialisation, la médecine générale fait du lien entre les pathologies, propose une réponse thérapeutique répondant à l'ensemble des besoins de la personne en orientant la personne vers les médecins et les services de santé spécialistes permettant d'apporter une réponse aux besoins de santé de la personne. La médecine hospitalière pourrait ainsi être renouvelée avec l'intervention d'un médecin généraliste chargé d'assurer le suivi général de l'état de santé de la personne, de coordonner l'action des médecins spécialistes et de rendre plus cohérents les séjours hospitaliers des personnes. L'introduction de consultations de médecine générale à l'hôpital est donc une idée assez révolutionnaire mais qui correspond aux besoins de la population. En effet, du fait de la réduction du nombre de médecins généralistes, de l'absence de médecin de garde, de la nécessité d'attendre parfois plusieurs mois pour un rendez-vous, la population a de plus en plus recours à l'hôpital y compris pour des problèmes de santé qui ne sont pas de son ressort, l'hôpital permettant de bénéficier dans un lieu unique à la fois d'une consultation au service des urgences et ce à toute heure, de la délivrance de médicaments, d'exams si l'état de santé de la personne l'exige. Cette évolution est sans doute encore plus marquée pour les personnes en situation précaire pour lesquelles la création de consultations de médecine générale dans les hôpitaux aurait un grand intérêt. Comme l'exprime la directrice de la maison de retraite de Gallardon : « Ce qui fonctionne bien à l'hôpital, c'est que les patients reçoivent directement leurs médicaments. C'est

---

<sup>284</sup> *Ibidem*, entretien n°3, p.15

beaucoup plus simple de venir à l'hôpital que de prendre contact avec un médecin généraliste et puis de se rendre ensuite ne officine. Les gens qui n'ont pas de moyens de locomotion, comment ils font pour faire les déplacements auprès de leur généraliste et puis ensuite auprès de leur pharmacien ? Pour toutes ces personnes, personnes âgées, victimes d'exclusion sociale, gens ordinaires qui n'ont pas de moyens de locomotion, c'est toujours plus simple d'aller aux urgences. Les urgences simplifient l'accès aux soins aussi parce qu'à côté, tout s'est complexifié. »<sup>285</sup> Devant les difficultés que peut poser l'accès aux soins en médecine de ville, une part toujours plus importante de la population fait appel au service des urgences. Plutôt que de renvoyer cette population vers les médecins généralistes de l'agglomération qui sont déjà débordés, l'hôpital devrait pouvoir développer un service d'accueil en médecine générale permettant de répondre à cette demande. Une telle évolution permettrait aussi aux médecins des urgences de se consacrer au métier qui est le leur : l'urgence. Un tel fonctionnement permettrait sans doute d'assurer le suivi d'une part de la population de plus en plus importante qui ne consulte plus auprès des médecins généralistes. Des médecins généralistes exerçant à l'hôpital pourraient ainsi devenir leur médecin référent, assurant le suivi de leur dossier médical. En termes économiques, une telle réforme aurait un impact fort puisqu'elle permettrait probablement de faire davantage de prévention auprès des personnes concernées et d'assurer un meilleur suivi médical que dans le fonctionnement actuel où certaines personnes passent d'un médecin à l'autre. Non seulement, le nombre d'examens et de prescriptions pourrait être réduit mais surtout, le fait de proposer un suivi médical permettrait sans doute de prévenir certaines maladies ou du moins d'en limiter les conséquences en les prenant en charge à temps.

C) Pour le développement d'une médecine de proximité

L'enquête sur la PASS de Chartres nous a permis de relever un dernier enjeu concernant l'évolution de notre système de santé, celui de la proximité. Cet enjeu rejoint les difficultés d'accès à la médecine de ville que nous évoquions dans le paragraphe précédent : parce que la population n'a pas toujours les moyens de se déplacer vers les acteurs de santé, vers les services de l'assurance maladie, parce que faire des démarches pour leur santé ne sont pas toujours une priorité pour les personnes, il conviendrait que le système de santé se déplace vers elles, un peu à la manière dont le SAMU social se déplace vers les personnes

---

<sup>285</sup> *Ibidem*, entretien n°4, p.22

sans domicile fixe dans les agglomérations. Le développement d'une médecine de proximité apparaît comme un réel enjeu pour notre système de santé en particulier dans les départements tels que le département d'Eure-et-Loir dans lesquels une forte proportion de la population habite en zone rurale. Si le problème de démographie est important dans les agglomérations telles que Chartres ou Dreux, ce problème est encore plus fort dans les zones rurales qui ne bénéficient plus parfois d'accès local aux soins. Ainsi, comme le dit elle-même la directrice de la maison de retraite de Gallardon : « A Gallardon, il n'y a plus de médecin de garde. En-dehors des heures de bureau, la commune ne dispose plus de médecin. »<sup>286</sup> Pour les personnes en situation précaire, le constat est encore plus dramatique puisqu'aux problèmes de démographie médicale s'ajoutent leurs difficultés propres d'accès aux soins. Comme l'exprime le médecin des urgences rencontré au cours de l'enquête, la PASS de Chartres s'adresse aux personnes de l'agglomération chartraine mais ne permet pas de répondre aux besoins des personnes en situation précaire dans les campagnes du département. A la manière de ce qui existe aux Pays-Bas ou encore en Finlande, il pourrait s'avérer très positif de créer des centres de santé, répartis sur l'ensemble du territoire de manière à offrir partout des services de santé de proximité qui pourraient regrouper un cabinet de médecine générale, un service de soins infirmiers, une pharmacie, un service relais de l'assurance maladie pour permettre aux populations d'accéder à leurs droits. Comme nous le précisait l'une des deux assistantes sociales au cours de notre enquête : « Auparavant, il y avait des permanences de la Sécurité Sociale dans les hôpitaux et dans les campagnes en mairie. C'était très utile. Je crois qu'il faudrait les redévelopper. »<sup>287</sup> Ces centres de santé permettrait aussi d'assurer un relais local en matière de prévention sans doute plus efficace que les campagnes menées au niveau national. C'est du moins ce que montre l'expérience du Royaume-Uni qui a fait de la prévention sa priorité, en particulier dans ces centres de proximité – les « centres de soins primaires » – que nous avons évoqués précédemment. Avec un budget consacré à la santé inférieur de 50% proportionnellement à celui qui est consacré par la France aux dépenses de santé, le Royaume-Uni réussit à obtenir un état de santé de sa population proche de celui observé au sein de la population française.

Permettre une plus grande proximité de notre système de protection sociale avec la population ne passe pas seulement par la création de structures de proximité. Cet objectif oblige aussi à modifier la manière dont le système fonctionne. Simplifier les procédures

---

<sup>286</sup> *Ibidem*, entretien n°4, p.22

<sup>287</sup> *Ibidem*, entretien n°2, p.10

d'ouverture des droits auprès de l'assurance maladie, simplifier les documents administratifs des structures de santé de manière à les rendre compréhensibles, simplifier le discours médical de manière à ce qu'il soit compris par le patient, se rendre proche des préoccupations qui peuvent être celles d'une personne hospitalisée, d'une personne en situation précaire, autant d'éléments qui pourraient permettre d'atteindre cet objectif d'une plus grande proximité de la population. Certaines personnes refusent encore d'entrer dans une démarche de santé parce qu'elles ne savent pas qu'elles pourraient être couvertes par l'assurance maladie et qu'elles ont peur de devoir payer.

La maladie est un facteur d'exclusion. Comme nous le précisait la directrice de la maison de retraite de Gallardon : « quand on est malade, on n'est pas productif ; on est exclu ».<sup>288</sup> Les questions de la précarité et de l'exclusion doivent donc être au cœur de la prise en charge de toute personne hospitalisée pour laquelle la maladie peut parfois signifier la séparation avec son milieu familial, culturel, la solitude mais aussi la perte de son autonomie, la perte d'un travail, la perte de l'estime d'elle-même. Toute personne malade est ainsi précaire car fragilisée par sa maladie : elle doit donc être accompagnée dans cette fragilité afin de pouvoir retrouver l'estime d'elle-même et une vie intégrée dans la société. Pour certaines, le travail d'accompagnement sera aisé, pour d'autres, il impliquera davantage d'engagement, mais quelles que soient la personne et sa situation, cette personne a besoin d'une présence, de quelqu'un qui se fasse proche. Comme le disait le médecin des urgences rencontré au cours de notre enquête : « Le premier but de l'hôpital c'est qu'il faut éviter de fragiliser la personne qui fréquente l'hôpital. Il s'agit de s'assurer que l'hôpital ne sera pas pour la personne un poids financier, qu'elle pourra être autonome dans sa maison, qu'elle ne partira pas avec des infections supplémentaires liées à l'hospitalisation, qu'elle est rétablie dans sa santé et qu'elle sera capable de suivre son traitement. »<sup>289</sup> Cet objectif de proximité n'est donc pas réservé aux choix institutionnels, à la création de nouvelles structures à proximité des lieux de vie de la population mais devrait animer l'ensemble des professionnels exerçant dans les structures, les services, les métiers des champs sanitaire et social. N'est-ce pas aussi une manière de rappeler qu'au cœur de toute prise en charge d'une personne nous trouvons la relation ? La qualité de cette relation, la manière dont un professionnel saura se faire proche de la personne comptent donc sans doute au moins autant que la technicité des soins, qu'ils soient sanitaires ou sociaux, qui seront apportés à la personne. « Soigner c'est s'occuper de quelqu'un ; cela nécessite de prendre en charge toutes les facettes de la

---

<sup>288</sup> *Ibidem*, entretien n°4, p.19

<sup>289</sup> *Ibidem*, entretien n°8, p.39

personne. Une personne a beaucoup de dimensions : il faut redonner au social sa place à l'hôpital et pas seulement en renvoyant la personne vers le service social qui va faire en sorte de faire sortir le patient pour permettre une diminution de la DMS. Il faut redire aux assistantes sociales qu'elles ont un rôle central dans la prise en charge de la santé des personnes. »<sup>290</sup>

---

<sup>290</sup> *Ibidem*, entretien n°8, p.41

## CONCLUSION

L'enquête par entretiens menée à propos de la PASS de Chartres nous permet de faire un certain nombre de propositions pour que ce dispositif réponde encore mieux aux besoins des personnes en situation de précarité. En effet, même si cette structure possède de nombreux atouts du fait de son histoire et d'un engagement sans faille des principaux acteurs concernés par son fonctionnement, l'organisation du dispositif PASS de Chartres pourrait encore être améliorée.

Tout d'abord, le dispositif n'est pas suffisamment mis en valeur, tant au niveau des populations ciblées que des acteurs hospitaliers ou extérieurs à l'hôpital partenaires de la PASS. Une politique de communication adaptée menée en partenariat par le FAC et le centre hospitalier permettrait de résoudre cette première difficulté.

Ce partenariat historique entre les deux principaux partenaires de la PASS est d'ailleurs le deuxième enjeu de l'évolution de la PASS de Chartres. En effet, il mériterait sans doute d'être relancé en développant les moyens de communication entre les deux institutions tant sur le plan des transferts de personnes que sur celui des évolutions et des projets de la PASS qui devraient faire l'objet de discussions régulières au sein du comité de pilotage réunissant les directions de chacune de ces institutions. La création du réseau RASSEL, s'il est porté par les deux institutions fondatrices de la PASS, pourrait être une réelle chance pour le dispositif PASS de Chartres en l'ouvrant sur les partenaires extérieurs tels que les professionnels de santé de l'agglomération mais aussi les autres associations qui interviennent en faveur des personnes en situation précaire. C'est sans doute dans ce travail en réseau que les acteurs des champs sanitaire et social de l'agglomération trouveront la coordination qui aujourd'hui fait défaut à la prise en charge des personnes en situation de précarité.

Dans le fonctionnement même de la PASS, l'action des différents acteurs du dispositif n'est pas encore suffisamment intégrée : l'assistante sociale devrait aussi se positionner sur le site du FAC et un protocole commun de prise en charge des nouveaux patients du dispositif PASS pourrait voir le jour aussi bien pour les patients entrant dans le dispositif par l'intermédiaire du service des urgences qu'au niveau de la permanence médicale gratuite.

La prise en charge de la précarité ne peut cependant pas se limiter à la seule action de la PASS ni même à celle du réseau RASSEL. Ce champ d'action invite au contraire à une réforme plus profonde des institutions qui composent l'offre sanitaire et sociale dans l'agglomération et en particulier les Hôpitaux de Chartres et le FAC. Chacune de ces institutions devra sans doute davantage s'interroger sur ses pratiques afin de toujours s'ouvrir plus aux dimensions plurielles de la prise en charge des plus démunis.

L'atout majeur des PASS est d'offrir en un lieu unique la possibilité d'accéder à la fois à une consultation de médecine générale permettant une réorientation vers l'ensemble des spécialités médicales, une consultation sociale permettant une réorientation vers l'ensemble des services sociaux, l'accès aux droits tant du point de vue de la couverture maladie que des autres droits sociaux. Du fait de la pluridisciplinarité des équipes en place dans les dispositifs PASS, la personne qui se présente dans une PASS peut donc accéder dans un guichet unique à l'ensemble des services sanitaires et sociaux. Structures légères, les PASS travaillent le plus souvent en réseau avec les services hospitaliers, les professionnels de santé de ville, les services sociaux et les associations afin de pouvoir répondre à la multiplicité des besoins des personnes qui viennent consulter.

A Chartres, ces atouts sont renforcés par une très grande proximité du dispositif PASS avec les personnes en situation précaire tant du fait des très grandes qualités humaines des acteurs du dispositif qui savent se mettre à l'écoute de la personne que de celui de la localisation de la PASS dans les mêmes locaux que le service « Accueil 28 » chargé d'accueillir toutes les personnes en difficultés de passage ou résidant sur le territoire de l'agglomération chartraine.

Notre recherche nous permet de confirmer notre hypothèse principale : du fait des cloisonnements importants qui le caractérisent, le système français n'apparaît pas adapté à la complexité des enjeux posés par la prise en charge des personnes en situation précaire.

L'intrication des problèmes rencontrés par les personnes en situation de précarité nécessite une prise en charge globale de la personne, chaque institution devant à la fois apporter les soins techniques sur le plan sanitaire ou social correspondant à ses missions mais aussi permettre à la personne d'accéder aux autres services des champs sanitaire et social en assurant le lien avec les autres institutions, de retrouver l'estime d'elle-même, de se reconstruire une image, une identité qui seront les vecteurs essentiels d'une possible réintégration sociale. Les besoins des personnes en situation précaire exigent donc une approche au cas par cas dans laquelle c'est l'institution qui se déplace, qui se fait proche de la personne.

Pour les hôpitaux publics, dont l'histoire récente a conduit avant tout au développement de techniques de pointe de diagnostic, thérapeutiques et dont même le financement est aujourd'hui calculé en fonction de l'activité, le questionnement apporté par la prise en charge des personnes en situation précaire amène une véritable révolution. L'hôpital public doit sans doute renouer avec sa vocation sociale reçue dès l'émergence des hôpitaux publics à la fin du dix-huitième siècle. L'hyperspécialisation des institutions et des services des champs sanitaire et social et le cloisonnement très fort des approches

créent également de l'exclusion à l'intérieur même de notre système de protection sociale. Des interstices, des marges existent dans l'offre de soins proposée à la population qui conduisent à ce que certains problèmes au carrefour du social et du sanitaire, au carrefour des différents spécialités, ne sont pas pris en charge, chacune des institutions concernées prétextant qu'une telle action ne relève pas de ses missions. Ces interstices de non prise en charge constituent autant de barrières d'accès aux soins générées par le système lui-même et montrent avec une grande force les limites de notre système de protection sociale face à l'expression d'un besoin de prise en charge global, faisant appel dans le même temps à l'ensemble des dimensions de l'offre de soins, exigeant une approche à la fois sanitaire et sociale. Les personnes en situation précaire traduisent sans doute le besoin de toute personne d'être prise en charge dans son entier, besoin en réalité partagé par l'ensemble de la population mais qui du fait de la fragilité et de l'intrication des problèmes rencontrés est exprimé avec une plus grande intensité par les personnes en situation de précarité.

L'amélioration de la prise en charge des personnes en situation précaire ne peut atteindre son objectif sans une réflexion d'ensemble sur le fonctionnement de notre système d'aide et de protection sociale. Afin de proposer une prise en charge globale de la personne et pour dépasser les cloisonnements des services, des professionnels et des institutions, notre système devra encore développer les approches pluridisciplinaires en particulier dans la création de réseaux permettant d'intégrer l'ensemble des aspects sanitaires et sociaux de la prise en charge de la personne dans un souci de se rendre davantage proche, d'aller vers la population et en particulier celle des plus démunis qui n'ose plus rien demander au système.

Face à ces enjeux, la création des permanences d'accès aux soins de santé devait permettre aux personnes en situation précaire d'accéder au système de protection sociale commun. Le système est pourtant encore loin de pouvoir fonctionner sans les PASS tant les difficultés d'accès au système commun sont grandes pour les personnes en situation de précarité.

Même si un certain nombre de Français renoncent encore aux soins du fait de problèmes financiers, l'étude menée à la PASS de Chartres a aussi permis de montrer que les difficultés d'accès au système de santé ne proviennent pas que de l'absence de droits : les barrières sont également culturelles, fondées sur la peur de l'institution, des problèmes de compréhension.

Les personnes en situation précaire ont aussi parfois besoin de tout un accompagnement dans leur démarche de santé, la réintégration dans le système commun exigeant de la part des professionnels une prise en charge adaptée à chaque personne, fonction de son histoire personnelle, de ses besoins propres, de ses capacités de compréhension. Cette

réintégration nécessite aussi d'amener progressivement la personne à devenir actrice de sa démarche de soins afin qu'elle puisse devenir autonome face au système de protection sociale. A travers cet accompagnement des populations en situation précaire, le système de protection sociale peut devenir un des vecteurs de leur réintégration dans la société : en permettant aux personnes de préciser leurs demandes de soins, leurs demandes d'aide ou d'accompagnement, en leur permettant d'être actrices de leur propre prise en charge, en apprenant aux personnes à défendre leurs droits, en leur donnant les clefs nécessaire pour pouvoir se repérer au sein de notre système complexe, les professionnels des PASS donnent aussi l'occasion aux personnes venant consulter d'exister en tant que personnes, d'être reconnues et respectées dans leur identité. Si le système sait répondre aux situations d'urgence, il n'est pas encore capable d'assurer le suivi sanitaire et social de l'ensemble de la population française. L'enjeu principal de la création de structures nouvelles telles que les PASS est donc d'assurer ce suivi. C'est en effet grâce à cet accompagnement individualisé, grâce à la désignation d'un médecin référent pour chaque personne, grâce au développement de la prévention et de l'éducation à la santé, que le système pourra répondre à son objectif premier : la lutte contre les inégalités sociales de santé.

La principale cause de la précarité est à rechercher dans la perte du lien social que ce soit par la perte d'un emploi, la solitude engendrée par des ruptures dans le parcours de vie des individus. C'est sans doute pour cette raison que la prise en charge des personnes en situation de précarité doit avant tout se faire dans un contexte de liens, liens entre les approches des champs sanitaire et social, liens entre les différents acteurs de cette prise en charge mais surtout, liens avec la personne concernée. Pour accepter d'entrer dans une démarche de soins, dans une démarche d'accompagnement, une personne en situation précaire doit pouvoir se sentir en confiance, accueillie et respectée dans son identité. Pour notre système de protection sociale, l'enjeu pourrait donc se résumer à ces quelques mots : faire du lien. A l'image du Petit Prince, pour permettre l'accès aux soins des plus démunis, notre système devra prendre le temps d'appivoiser des personnes qui ne croient plus toujours en elles-mêmes, sont souvent rejetées par nos institutions et ont parfois arrêté de demander de l'aide.<sup>291</sup>

Proposer une aide aux personnes en situation précaire, c'est aussi proposer une aide aux plus fragiles, ceux qui n'ont pas eu la même chance que les autres. Loin des débats sur l'assistance, cette prise en charge est donc un enjeu pour notre humanité : il s'agit de

---

<sup>291</sup> Antoine de SAINT-EXUPERY, *Le Petit Prince*. Paris : Gallimard, 1946, p.69

reconnaître dans l'individu le plus fragile, dans l'individu le plus éloigné des normes de la société, un homme comme soi, méritant le respect et possédant les mêmes droits. C'est aussi accepter de donner davantage aux plus fragiles pour qu'ils puissent exercer pleinement leurs droits d'hommes et de femmes. C'est affirmer que si un seul de ces individus les plus fragiles ne peut exister pleinement en tant qu'homme, l'humanité n'est pas achevée.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

- CASTEL R. *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris : 1995.
- DURKHEIM E. *Le suicide*. Paris : PUF, 1991.
- EMMANUELLI X. *Out*, Robert Laffont, Paris, 2003. 276 p.
- PAUGAM S. *La société française et ses pauvres*, Paris : PUF, 1993. 317 p. Quadrige
- PAUGAM S. *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris : PUF, 1991. 254 p. Sociologies
- de SAINT-EXUPERY A. *Le Petit Prince*. Paris : Gallimard, 1946. 94 p.
- SCHWEYER F.-X. / ed. *Créer et piloter un réseau de santé*. Rennes : Editions ENSP, 2004. 111 p.
- de SWAAN A., *Sous l'aile protectrice de l'Etat*. Paris : PUF, 1995
- VEXLIARD A. *Le clochard*. Paris : DDB, 1999.
- de VOS VAN STEENWIJK A. *Père Joseph Wresinski, écrits et paroles*. Luxembourg : Editions Quart Monde, 1992

## RAPPORTS

- BORLOO J.-L. *Plan de cohésion sociale*. Paris : Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, 2004.
- DRASS DU CENTRE *Bilan des actions entreprises dans le cadre du SROS dit de « deuxième génération*. Orléans : mai 2004
- DUCLOUX M. *Rôle du médecin face à la précarité*. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins, 5 juin 1999
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Paris : février 1998
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE *La santé en France 2002*. Paris : rapport triennal, mars 2002. 411 p.
- LEBAS J. *Accueil des malades démunis à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris*. Paris : novembre 1994
- LEBAS J. *Bilan des permanences d'accès aux soins de santé*. Paris : Ministère de la santé, Mission PASS, mai 2000. 26 p.

ONU. *L'exclusion dans le monde*. 14 septembre 2004

WRESINSKI J. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Paris : rapport au Conseil Economique et Social, 11 décembre 1987

## **ETUDES**

*Documents du CERC*, 1993

*INSEE Première*, n°942, décembre 2003

DREES La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002. *Etudes et résultats*, n°313, juin 2004

DELL F., LEGENDRE N. et PONTHEUX S. La pauvreté chez les enfants. *INSEE Première*, n°896, avril 2003

LAVOUE E. *Transmission des informations au sein du service d'hépatogastro-entérologie*. Paris : Hôpital Rotschild, novembre 2001

MATHY C. et BENSADON M. *Impact de la prise en charge de patients en situation de précarité sur les hospitalisations de court séjour*. Paris : Ministère de la santé, Mission PMSI, 22 février 2000

POUBEL D. *Activité de la PASS de Chartres en 2002*. Chartres, août 2004

SCHWEYER F.-X. *Contribution à une réflexion sociologique sur les réseaux en Bretagne*. Rennes : ENSP, 2004

Travail collectif de recherche. *Santé et précarité*. Rennes : ENSP, octobre 2003

Travail collectif de recherche. *L'engagement au mouvement ATD Quart-monde*. Paris : Sciences-Po, février 2001

## **ARTICLES :**

ALAWAD A. Permanence médicale. *Poing Virgul'*, juillet 2004, n°14

ARENE M. L'apport des associations. *Actualité et dossier en santé publique*, septembre 1995, n°12

BAGROS P. Humaniser l'hôpital, former des étudiants. *Cultures en mouvements*, octobre 2003, n°61

BORLOO J.-L. *Le Monde*, 20 août 2004

BRIXI O. Les grandes tendances. *Actualité et dossier en santé publique*, septembre 1995, n°12

CAILLAUX C. Quel avenir pour le service public hospitalier à la française ? *Entreprise Santé*, juillet-août 2004, n°52

CAUHAPE J., Quel avenir pour le service public hospitalier à la française ? *Entreprise Santé*, juillet-août 2004, n°52

DAMON J. En quête du chiffre : trois décennies du nombre de SDF dans la presse. *Recherche et prévisions*, 2000, n° 60

DAMON J. Les sans domicile fixe. *Regards sur l'actualité*, Avril 1999

DAMON J. Qui sont les sans domicile fixe ?. *Sciences humaines*, Janvier 2003, n°134

DESPAS S. Fracture sociale et soins infirmiers. *Soins*, novembre 2000, n°650

DIALLO F. Etre une personne ressource pour les exclus. *Soins*, novembre 2000, n°650

DORIVAL C. Les Rmistes sont-ils des profiteurs ?. *Alternatives économiques*, Septembre 2004, n°228

DORIVAL C. Santé gratuite : pas pour tous. *Alternatives Economiques*, septembre 2004, n°228

DOURGNON P. Grignon M. et Jusot F. L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? *Questions d'économie de la santé*, décembre 2001, n°43

HASSIN J. Les démunis ont des droits, mais pas les moyens de les exercer ! *Soins*, novembre 2000, n°650

HERZOG V. La santé : se loger, se nourrir, se soigner... *Actualité et dossier en santé publique*, septembre 1995, n°12

Hnina T. Accueillir le jeune enfant d'origine migrante. *Cultures en mouvement*, octobre 2003, n°61

LE BRETON D. Hôpital et hospitalité. *Cultures en mouvement*, octobre 2003, n°61

LOUIS M. 4 millions de chômeurs. *Alternatives économiques*, septembre 2004, n°228

MONCORGE C., cité par Christian DELAHAYE dans Réforme de l'assurance maladie : le défi de 10 millions de pauvres à soigné. *Le quotidien du médecin*, juillet 2004

ORDAS A.-C. La pauvreté ne prend pas de vacances. *La Croix*, 3 août 2004

STIVE D., Les perdants de la France qui gagne. *L'humanité Hebdo*, 29-30 novembre 2003

ZAMARON C. Santé et pauvreté, quels soins infirmiers à l'hôpital ?. *Soins*, novembre 2000, n°650

ZAPPI S. Les associations dénoncent la généralisation du placement en zone d'attente des mineurs isolés. *Le Monde*, samedi 7 août 2004

## **PLANS ET CONVENTIONS :**

DDASS d'Eure-et-Loir, « Plan départemental pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies en Eure-et-Loir », Chartres, janvier 2001

DDASS d'Eure-et-Loir, «Plan départemental d'hébergement d'urgence des personnes sans abri », août 1996

DRASS du Centre, «Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies », 30 mars 2000

Préfecture d'Eure-et-Loir, «Contrat d'objectifs relatifs à l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement des personnes en difficultés au centre hospitalier de Chartres », 7 juillet 1995

## **FORUMS ET FORMATIONS**

ANSART E. *Forum de l'Europe*. Rennes : ENSP, février 2004

Les réseaux sanitaires et sociaux, *Troisième forum ENSP-ENAP*. Rennes : ENSP, 10 juin 2004

MANEZ C. *Forum de l'Europe*. Rennes : ENSP, février 2004

## **DOCUMENTS INTERNES AUX ÉTABLISSEMENTS :**

CENTRE HOSPITALIER DE DREUX. *Rapport d'activité de la PASS*. 2003

FOYER D'ACCUEIL CHARTRAIN *Projet hivernal «La Maraude »*, rapport d'activité de l'hiver 2003-2004, 2 juin 2004

LES HOPITAUX DE CHARTRES *Projet d'établissement 2004-2008*

LES HOPITAUX DE CHARTRES, *retraitement comptable du compte administratif 2003*

LES HOPITAUX DE CHARTRES, *Une permanence d'accès aux soins de santé, plaquette de présentation de la PASS de Chartres*

LES HOPITAUX DE CHARTRES. *Budget prévisionnel du réseau RASSEL*, juin 2004

SERVICE SOCIAL DE LA PASS DE CHARTRES *Rapport d'activité*, 2002

SERVICE SOCIAL DE LA PASS DE CHARTRES *Rapport d'activité*, 2003

## **COMPTES-RENDUS DE REUNION :**

*Bilan des actions entreprises dans le cadre du SROS dit de «deuxième génération »*.

Réunion organisée à l'initiative de la DRASS, mai 2004

*Présentation du réseau RASSEL*. Réunion organisée à l'initiative de la DDASS d'Eure-et-Loir, 3 septembre 2004

*Réflexion sur le dispositif de prise en charge des personnes sans domicile de l'agglomération chartraine.* Réunion organisée par la DDASS d'Eure-et-Loir, le mardi 6 juillet 2004

## **CODES ET TEXTES DE LOI :**

Code de déontologie médicale

Code de la santé publique

Serment d'Hippocrate

Loi n° 70-1318 *portant réforme hospitalière*, 31 décembre 1970

Loi n° 91-748 *portant réforme hospitalière*, 31 juillet 1991

Loi n° 98-657 *d'orientation relative à la lutte contre les exclusions*, 29 juillet 1998

Loi n° 2002-303, *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, 4 mars 2002

Loi n° 2004-806 *relative à la politique de santé publique*, 9 août 2004

Circulaire n°98-700, *Campagne budgétaire 1999*, 26 novembre 1998, p.10

Circulaire n° 98-736 *relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies*, 17 décembre 1998

Loi 25. Montréal : 2003

## **ENQUETE PAR ENTRETIENS SUR LA PASS DE CHARTRES, JUILLET-AOUT 2004**

Entretien n°1 : assistante sociale aux Hôpitaux de Chartres, service social des Hôpitaux de Chartres, 30 juillet 2004

Entretien n°2 : assistante sociale aux Hôpitaux de Chartres, service social des Hôpitaux de Chartres, 30 juillet 2004

Entretien n°3 : assistante sociale de la permanence d'accès aux soins de santé de Dreux, PASS de Dreux, 5 août 2004

Entretien n°4 : directrice de la maison de retraite de Gallardon, Direction générale des Hôpitaux de Chartres, 17 août 2004

Entretien n°5 : cadre infirmier au service des urgences des Hôpitaux de Chartres, service des urgences des Hôpitaux de Chartres, 19 août 2004

Entretien n°6 : infirmière de la permanence d'accès aux soins de santé de Chartres, PASS de Chartres, 23 août 2004

Entretien n°7 : médecin chef de service des urgences des Hôpitaux de Chartres, PASS de Chartres, 23 août 2004

Entretien n°8 : médecin au service des urgences des Hôpitaux de Chartres, service des urgences des Hôpitaux de Chartres, 27 août 2004

Entretien n°9 : directeur du Foyer d'Accueil Chartrain, FAC, 7 septembre 2004

---

## Liste des annexes

---

Annexe n°1 : Démarche à l'origine de l'étude conduite sur la PASS de Chartres

Annexe n°2 : Etude sur la permanence d'accès aux soins de santé, un exemple d'entretien

Annexe n°3 : Budget 2003 de la permanence d'accès aux soins de santé de l'agglomération chartraine

Annexe n°4 : Activité de la PASS de Chartres depuis 2002

Annexe n°5 : Bilan des actions entreprises dans le cadre du SROS dit de «deuxième génération : Accès aux soins des personnes en situation précaire aux hôpitaux de chartres

Annexe n°6 : Fiche signalétique de l'établissement

Annexe n°7 : Convention entre le FAC et les Hôpitaux de Chartres sur l'accès aux soins des plus démunis, 1<sup>er</sup> novembre 1999 - **Annexe non publiée** -

Annexe n°8 : DDASS d'Eure-et-Loir, *Evaluation de la permanence d'accès aux soins de santé de Chartres*. Chartres : 21 août 2002 - **Annexe non publiée** -

## **ANNEXE N°1 : DEMARCHE A L'ORIGINE DE L'ETUDE CONDUITE SUR LA PASS DE CHARTRES :**

Nous souhaitons à présent présenter la méthodologie suivie dans ce travail d'enquête mené entre les mois de mars et de septembre 2004 sur l'agglomération chartraine.

### **A – Hypothèses :**

L'hypothèse principale que nous chercherons à démontrer au cours de cette étude est la suivante : « l'évolution du système de protection sociale français qui a conduit au cloisonnement entre les secteurs sanitaire et social ne permet pas de prendre en charge les personnes en situation précaire qui ont besoin d'une prise en charge globale et rend nécessaire la création de permanences d'accès aux soins de santé offrant en un lieu unique l'accès à la fois aux services sanitaires et aux services sociaux ».

Cette hypothèse principale se décline en hypothèses secondaires que nous avons dégagées au cours de notre étude théorique ; ces hypothèses secondaires permettent d'éclairer l'hypothèse principale et constitueront au cours de l'étude autant d'approches différentes pour analyser le fonctionnement de la permanence d'accès aux soins de santé de Chartres.

1. La précarité est un phénomène en expansion, difficilement identifiable parce que regroupant des situations et des populations très hétérogènes. Néanmoins, un des traits saillants de la précarité est sans doute le cumul des handicaps que connaissent la majorité des personnes en situation précaire. Le problème de l'accès aux soins n'est alors qu'un problème parmi tant d'autres, le besoin des personnes ne se limitant pas aux soins. La prise en charge des populations en situation de précarité est de ce fait nécessairement une prise en charge globale afin de répondre à l'ensemble des problèmes de ces populations. Ces problèmes sont en effet tellement intriqués les uns aux autres que répondre à la seule question de l'accès aux soins serait inefficace et ne permettrait pas d'atteindre l'objectif de l'amélioration de l'état de santé de la personne dont les déterminants ne se limitent pas à la seule question de l'accès aux soins.

2. Le système de protection social français tel qu'il a évolué a conduit une sectorisation ne permettant pas d'assurer une prise en charge globale des personnes en situation de précarité. Dans l'attente d'une réforme générale du système, il apparaît nécessaire de créer des structures spécifiques telles que les PASS permettant aux personnes en situation précaire d'accéder à l'ensemble des services.
3. Les difficultés rencontrées pour prendre en charge les personnes en situation précaire permettent de mettre au jour les limites et les dysfonctionnements de notre système de protection sociale. L'absence de prise en charge globale du fait du cloisonnement des secteurs est en effet un dysfonctionnement important qui rend complexe toute demande de prise en charge et affecte ainsi l'ensemble de la population. Afin d'améliorer la qualité des services rendus aux usagers, il paraît nécessaire de développer les coopérations, le travail en réseau et la transmission des informations entre acteurs sanitaires et sociaux de manière à pouvoir apporter une réponse coordonnée aux besoins de la population.
4. Le management des structures sanitaires et sociales peut avoir un impact fort dans le décloisonnement des structures et dans l'ouverture des personnels à une prise en charge globale des personnes.
5. L'hôpital demeure pour une majorité des personnes en situation précaire l'unique porte d'entrée dans le système de santé français. L'accueil des personnes en situation précaire à l'hôpital implique donc que l'hôpital s'ouvre aux dimensions sociales de la prise en charge. A ce titre, l'hôpital possède aussi un rôle social mais qui est parfois refusé du fait du mouvement général de spécialisation de notre système de santé et des évolutions récentes en matière de tarification hospitalière.
6. Les raisons qui empêchent les personnes en situation précaire d'accéder au système de santé ne sont pas seulement économiques. La peur de l'hôpital, la honte de demander de l'aide ou bien de montrer à quel point sa santé est dégradée, le fait que la santé ne soit plus une priorité, les différences culturelles, le rejet par les structures hospitalières ou d'hébergement peuvent aussi expliquer les difficultés rencontrées par les personnes pour accéder aux soins.
7. Les besoins de santé des personnes en situation précaire ne sont pas propres à ces populations. Simplement, du fait de l'absence de soins, des conditions de vie

difficiles, de comportements à risques, les problèmes de santé des personnes en situation précaire sont amplifiés et se cumulent aux autres soucis de ces personnes.

## **B – Champ de l'étude :**

L'étude que nous vous proposons porte sur la permanence d'accès aux soins de santé de Chartres et la population en situation précaire de l'agglomération chartraine. Cependant, afin de percevoir toute la richesse et la diversité des fonctionnements des PASS, il nous a paru utile d'analyser l'activité et le fonctionnement des PASS de Rennes et de Dreux afin de pouvoir établir une comparaison.

## **C – Outils utilisés :**

Au cours de cette étude, nous avons utilisé plusieurs outils : une enquête par entretiens, les rapports d'activité des PASS et les comptes-rendus de réunions organisées sur la prise en charge des personnes en situation précaire.

### **1. Enquête par entretiens :**

#### *a) Population :*

Le choix de la population interrogée a été défini en fonction du jeu des hypothèses posées au préalable. En effet, afin de répondre aux interrogations soulevées par ces hypothèses, il nous paraissait nécessaire d'interroger les personnes les plus diverses possibles de manière à avoir une vision globale de la situation. Plusieurs critères ont ainsi pu être croisés utilement :

- professionnels de santé / travailleurs sociaux
- diversité des métiers exercés
- personnels de l'hôpital / personnels de structures du secteur social
- personnels intervenant à la PASS / personnels ayant une vision extérieure de la PASS
- localisation : Chartres / Rennes (\*) / Dreux

Ont donc été interviewées au cours de cette enquête :

- deux assistantes sociales du service social des Hôpitaux de Chartres
- la directrice de la maison de retraite de Gallardon
- l'assistante sociale de la PASS de Dreux
- l'assistante sociale de la PASS de Rennes (\*)
- le médecin chef des urgences des Hôpitaux de Chartres
- un cadre infirmier du service des urgences des Hôpitaux de Chartres
- un médecin du service des urgences des Hôpitaux de Chartres
- l'infirmière de la PASS de Chartres
- le directeur du Foyer d'accueil chartrain

(\*) l'entretien avec l'assistante sociale de la PASS de Rennes a été réalisé en octobre 2003 à l'occasion d'un travail collectif réalisé à l'École nationale de la santé publique (ENSP)

*b) Méthodologie :*

Chaque entretien donnait lieu à la construction d'une grille d'entretien organisée autour de l'hypothèse principale et renvoyant à divers items tels que le parcours professionnel de la personne, le type de population accueilli à la PASS, le bilan de la structure ou encore les relations entre les différents acteurs de la prise en charge des personnes. Du fait de la diversité des personnes, les grilles utilisées ont été adaptées à chaque personne de manière à mieux coller au positionnement de la personne par rapport au sujet.

Les entretiens étaient de type semi-dirigé.

Les entretiens n'étaient pas enregistrés mais ont tous donné lieu à des comptes-rendus détaillés à partir des notes prises au cours de l'interview. Ces notes ne sont donc pas les propos exacts des personnes interrogées mais une reformulation des propos échangés au cours de l'entretien.

*c) Traitement de l'information :*

L'information ainsi récoltée a fait l'objet d'une analyse thématique par mot-clef permettant de croiser les propos des différents interlocuteurs en réponse aux différentes hypothèses principale et secondaires définies au début de cette étude.

## **2. Rapports d'activité des PASS :**

Les rapports d'activité des différentes PASS ont permis de faire des comparatifs entre les trois PASS de Chartres, de Dreux et de Rennes en termes de fréquentation du dispositif, du type de population se rendant à la PASS, du type de fonctionnement, des perspectives d'évolution.

## **3. Comptes-rendus de réunions :**

Tout au long de notre stage aux Hôpitaux de Chartres, nous avons pu participer à des réunions portant sur la prise en charge des personnes en situation précaire en particulier sur le thème de l'hébergement des personnes sans domicile fixe en période hivernale. Ces réunions nous ont permis de rencontrer les différents acteurs intervenant auprès de ces populations et de mesurer le phénomène de la précarité à l'échelle de l'agglomération.

## **ANNEXE N°2 : ETUDE SUR LA PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE, UN EXEMPLE D'ENTRETIEN**

***Entretien n°6 : infirmière de la permanence d'accès aux soins de santé de Chartres, PASS de Chartres, 23 août 2004***

Emmanuel Lavoué : “ Peut-être pouvez-vous me parler un peu du fonctionnement de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé, de sa localisation ? ”

- “ C'est une éducatrice, infirmière de métier, qui a créé la PASS. Elle était très novatrice et s'est battue pour cette création en partenariat avec le service social de l'hôpital. Pour ma part, j'ai travaillé 13 ans aux urgences. Ici à la PASS, il n'y a plus de soins techniques : c'est complètement différent. On travaille essentiellement avec le relationnel. A partir du troisième mois, ça a été terrible. Ici, je suis la seule hospitalière et je n'ai aucun lien avec l'hôpital. Ce n'est pas encore bien organisé : du coup, je suis obligée de faire le lien avec les labos, d'assurer le transport des prises de soins et des demandes d'examens. ”

EL : “ Le travail à la PASS nécessite-t-il une approche particulière de la personne ? ”

- “ L'approche du patient, c'est la même chose. Et puis, c'est une population que je gérais déjà aux urgences ; pour une bonne partie d'entre eux, je les connaissais avant d'arriver à la PASS. Je crois que c'est à faire quelques temps. Par contre, c'est prenant : les personnes qui s'adressent à la permanence sont des gens très attachants, qui ont chacun une histoire. ”

EL : “ Qui sont les personnes qui s'adressent à la PASS ? ”

- “ On distingue essentiellement deux populations ; les demandeurs d'asile ont une histoire comme vous et moi et ils ont la niaque. Ils ont envie de travailler et de s'en sortir : c'est une population très intéressante. Et puis, nous accueillons toute une population de sans domicile fixe. La PASS, c'est une structure indispensable : c'est en effet la seule structure qui n'abandonne pas. Il y a des personnes qu'on ne lâchera jamais. Je pense à un monsieur caractériel avec un vécu très lourd : ce

monsieur n'a pas de mutuelle et étant donné son état d'esprit, on ne pourra jamais le lâcher vers le réseau de ville. On en dénombre une petite dizaine comme lui. ”

EL : “ Comment rentrent-elles en relation avec la permanence d'accès aux soins de santé ? ”

- “ Nous sommes situés dans les locaux du Foyer d'Accueil Chartrain, juste derrière la structure “Accueil 28”. Pour les personnes désocialisées, cette structure est bien souvent l'adresse postale ; elles viennent y chercher leur courrier. Pour pouvoir être domicilié à “Accueil 28”, il est nécessaire d'en faire la demande auprès d'un éducateur qui met en place l'ouverture des droits et en particulier le Revenu Minimum d'Insertion et la Couverture Maladie Universelle. Lors de cet entretien, l'éducateur peut déceler un problème de santé ; il oriente alors la personne vers la PASS. Les personnes ne viennent pas automatiquement, mais si l'on s'adresse à elles sur le sujet plusieurs fois, elles finissent le plus souvent par faire le déplacement vers la permanence médicale. Parfois, certaines personnes ont des problèmes de santé mais ne veulent pas consulter. Alors on les pousse un peu. Il faut vraiment les porter, leur dire qu'ils ne sont pas rien, qu'ils sont encore une personne. C'est aussi notre mission que de les accompagner vers davantage d'estime d'eux-mêmes. ”

EL : “ Dans cette prise en charge de la personne, rencontrez-vous beaucoup d'échecs ? ”

- “ Oui, il y a beaucoup d'échecs. Il y a des gens avec lesquels on commence quelque chose et puis la personne revient dans sale état : alors on recommence. Sur 50 personnes reçues à la PASS, il n'y a qu'un ou deux cas de figure pour lesquels on va vite aboutir.

Les problèmes récurrents dans cette population, ce sont les problèmes liés à l'alcool, au tabagisme, à la consommation de drogues et puis au fait que ces personnes n'ont pas d'argent pour prendre en charge leur santé. Les demandeurs d'asile, ce n'est pas la même population. Je pense par exemple à une personne géorgienne dont le mari avait été assassiné parce qu'il était secrétaire dans une ambassade. De ce fait, la femme et un petit garçon de deux ans sont arrivés en France grâce à des passeurs. A 24 ans, elle a fait des études mais elle n'a pas grand-chose comme perspective, même si elle parle très bien la langue française. Je pense aussi à M. Mézilles : quelqu'un de bien qui avait une femme ; et puis ils ont eu un petit bébé qui est décédé. Sa femme a pété les plombs et s'est déféstrée. M. Mézilles s'est alors clochardisé. Avec le Secours Catholique, il a trouvé un petit logement. Il vient toutes les semaines à la permanence. Il est très attaché

au Docteur Duriez et a un très bon contact avec lui. C'est, je crois, ce qui le rattache à la vie. M. Mézilles travers des grands moments de déprime, de colère ; il picole aussi mais toujours il revient à la permanence.

Ce n'est pas simple surtout du fait de l'absence de l'assistante sociale qui était enceinte durant pratiquement toute l'année.

Nous sommes en train de constituer un réseau avec les médecins de ville. Aujourd'hui, le réseau en compte à peine une dizaine mais ils ont bien adhéré et ont accepté de recevoir de nouveaux clients. Le plus dur c'est de trouver des dentistes, des kinés. Les oculistes acceptant des arrangements financiers, c'est aussi difficile d'en trouver. Moi, je les prends dans ma voiture et les accompagne chez chaque spécialiste quand je ne les sens pas capables. Ou bien, je demande à un éducateur de le faire. Les trop sales, je leur dis d'aller en bus.

Ceux qui dorment dehors, on a envie de les aider : certains c'est leur choix mais d'autres, ce n'est pas pareil. ”

EL : “ Ont-ils des problèmes de santé spécifiques comparativement à la population générale ? ”

- “ Oui, mais comme tout un chacun. Ils ont besoin d'aller chez le dentiste, chez l'ophtalmo. Tous les dentistes ne veulent pas les recevoir sales. Mais ils ne sont pas toujours sales : ce n'est pas parce qu'ils vivent dehors qu'ils ne viennent pas se doucher tous les jours. ”

EL : “ Combien de consultations ont lieu dans la semaine ? ”

- “ Les médecins des urgences viennent une matinée par semaine, et encore, quand ils peuvent. Ce n'est pas suffisant. Je n'arrive pas à drainer tous les gens qui relèvent de la PASS. Il y a des gens qui ne viennent pas consulter parce que c'est le FAC. S'il y avait une autre permanence de soins, je crois que j'arriverais à en drainer plus. Les gens qui sont en situation irrégulière et vivent chez leur famille, ils ne viendront jamais au FAC. Lors des consultations du mardi, le médecin précise les consultations en ville ou à l'hôpital dont ont besoin les personnes. Les gens qui ont la CMU, ils ne peuvent pas toujours ; alors parfois je prends les rendez-vous, je les accompagne. ”

EL : “ Quels problèmes rencontrent ces personnes dans l'accès aux soins ? ”

- “ Quand les personnes ont la CMU plus la complémentaire, on n’a pas toujours expliqué aux personnes ce à quoi ils avaient droit, qu’ils ne paieront rien de façon supplémentaire. Pour ceux qui ont la CMU sans complémentaire, il reste toute une partie non remboursée : du coup, ils ne paient pas les médicaments. Le papier qu’ils reçoivent de l’assurance maladie, il faut être doué pour comprendre. Et puis, c’est vachement long de faire une demande de CMU : cela demande entre quatre à cinq semaines. Il faut avoir une adresse, fournir un acte de naissance, une élection de domicile et une carte d’identité. C’est très long. Le plus souvent, les personnes effectuent en parallèle une demande de RMI. Moi, en tant qu’infirmière, je ne suis pas forcément au point par rapport à la partie papiers : sans assistante sociale, ça n’a pas été facile pendant l’année.

Quand je suis arrivée, ils ont eu du mal à comprendre que j’étais une infirmière hospitalière qui n’était pas du FAC. Le directeur aurait bien voulu me récupérer pour être infirmière du FAC.

On fait un peu de prévention. Les femmes qui font des bébés, on travaille avec l’assistante sociale de la PMI pour proposer des formations sur la contraception, les maladies sexuellement transmissibles. On va reprendre au mois de septembre. Ce n’est pas évident, parce que les femmes que l’on rencontre ne sont pas toutes de la même culture.

EL : “ Quelles sont vos relations avec le FAC ? ”

- “ Je n’adhère pas à toutes leurs décisions. Pour entrer dans une des branches du FAC, on demande à la personne d’avoir un projet, par exemple, celui de travailler. Pour cela, il faut arrêter de picoler. Les gens sont poussés à ça. Avec la PASS, ils sont envoyés en cure. A la sortie de la cure, il n’y a pas de place à l’Hôtel Social : du coup, ils sont renvoyés à la rue et repicolent. Ils n’ont sans doute pas assez de places à l’Hôtel Social, mais je ne le comprends pas. Il pourrait même mettre un matelas par terre. Je leur dis parfois : “ il va repicoler ”. ils me répondent : “ mais on n’a pas la place ”. Ils peuvent pas s’en sortir ces gens-là. Le FAC comporte plusieurs structures : Accueil 28, le foyer d’insertion, et l’HED. Au FI, il y avait un homme qui faisait partie des murs et qui avait de l’argent. Un cancer a entraîné chez lui une perte d’autonomie. En phase terminale, il a demandé à rester ici. A la PASS, c’était possible de mettre au point une Hospitalisation A Domicile, mais ils n’ont jamais voulu. Dans un petit logement en ville, on aurait mis ça en route. Du coup, ce monsieur est resté à l’hôpital et il s’est laissé mourir. Et pourtant, ce monsieur, ils n’arrêtaient pas de dire que c’était la mascotte du FAC : quand il a eu besoin, ils n’ont pas été là. Soit disant, il aurait été une charge trop lourde pour les

éducateurs. Je ne peux pas faire tout ce que je veux. Mais le budget pour héberger les gens, ce n'est pas nous qui l'avons, c'est eux. A partir de là, j'ai compris les limites. C'est un monsieur qui aurait pu avoir une fin plus sympa. Soigner sans hébergement, c'est pas évident. ”

EL : “ Les personnes qui consultent à la PASS, ont-elles besoin d'une prise en charge spécifique ? ”

- “ Ce sont des personnes qui ont peut-être plus besoin d'une aide psychologique et psychiatrique ; elles ont vécu tellement lourd. Ce n'est pas évident. Il y a sans doute quelque chose à développer, mais au service psychiatrique des urgences, ils sont déjà débordés. Quand ils ont besoin, on les oriente vers les urgences ou à l'extérieur. C'est des patients comme les autres : on rencontre peut-être plus de problèmes d'alcoolisme, peut-être un peu plus d'hépatites. ”

EL : “ Vous pensez que c'est la mission de l'hôpital que d'assurer cette permanence ? ”

- “ Oui, la PASS, c'est la mission de l'hôpital. Cela fait vraiment partie du travail de l'hôpital. ”

EL : “ Pensez-vous qu'une telle structure soit une nécessité dans l'offre de soins sur l'agglomération chartraine ? ”

- “ Une PASS, il en faut une : il y a une demande. Il y a des gens qui sont vraiment dans la merde. Je pense à une personne de Madagascar en fin de visa touristique et qui logeait dans sa famille. Elle s'est brûlée à la main et ne s'est pas fait soigner n'étant pas couverte. Elle est arrivée avec un abcès à la main et on l'a fait opérer. Si elle avait eu la CMU, elle se serait sans doute fait soigner plus tôt et on n'en serait pas arrivé là. J'ai reçu un jour une femme algérienne enceinte de deux mois : elle voulait accoucher en France et vivre en France. Elle était arrivée à l'expiration de son visa touristique et elle voulait que je lui trouve une maladie pour qu'elle puisse rester en France.

Suite à une intervention, si la personne a besoins de soins, deux possibilités se présentent. Selon la première, la personne a des papiers et elle est orientée vers la médecine de ville. C'est une infirmière de ville qui se déplace y compris à l'Hôtel Social du FAC. Sinon, les personnes sont orientées vers la PASS et j'assure la suite des soins. Je connais une famille libanaise avec trois enfants, je les soigne tout le temps. C'est important d'assurer une permanence. Je suis présente tous les jours de la semaine sauf

le mercredi. Quand les personnes ont besoin de soins tous les jours, je reviens parfois le mercredi ; sinon, elles sont réorientées vers les urgences.

Quand les personnes n'ont pas de quoi payer, on leur donne des médicaments. Il y a des personnes qui ont un peu d'argent mais n'ont pas de quoi payer une mutuelle. Monsieur Dupont par exemple, il touche la retraite mais verse les trois quarts de ce qu'il gagne dans le logement. ”

EL : “ Quels sont les points forts du dispositif PASS à Chartres ? ”

- “ Je crois que l'on a su développer de bonnes relations avec les gens : ils sentent qu'il y a une écoute ; ils ont compris que l'on n'était pas là pour les juger. S'ils ont un problème avec le FAC, je voulais qu'ils comprennent que moi, ça marcherait tout le temps. Avec les gens extérieurs au FAC, on a réussi à ce qu'ils comprennent que j'étais là pour les aider. Ils reviennent donc plus souvent. Je voulais faire du lien avec les autres professionnels de santé, avec les autres acteurs. Le réseau est lancé, et cela, c'est une bonne chose. Ca désengorge bien les urgences : c'est important parce que sinon, ils vont aux urgences. Et puis, la PASS, ça me plaît. ”

EL : “ Qu'est-ce qui marche moins bien ? ”

- “ Je suis trop loin de l'hôpital. ”

EL : “ Vous pensez que la PASS fonctionnerait mieux si elle était située sur le site de l'Hôpital Louis Pasteur ? ”

- “ Je ne sais pas si cela marcherait mieux si la PASS était accolée au service des urgences. Mais pour les médicaments, les personnes doivent prendre le bus ; quand on n'a pas d'argent ce n'est pas simple. Je crois que le PASS est trop associée au FAC. Ca c'est un point négatif. A l'hôpital, on aurait tout sur place : là, c'est moi qui fais les navettes. Ce qui est négatif, c'est l'isolement. Je n'ai pas de collègues pour demander : “ et toi, qu'est-ce que tu ferais ? ” Le service social m'a bien aidé pendant l'absence de Maryse. ”

EL : “ Pourquoi est-ce que vous avez choisi de venir à la PASS ? ”

- “ Il y a 14 ans, on était une trentaine au service des urgences. Vous avez vu le nombre d'infirmières aujourd'hui ? La nuit, elles sont aujourd'hui 5 alors qu'on était

deux en 80. j'en pouvais plus de travailler dans la foule. Et puis c'est dur de bosser aux urgences : j'avais besoin de faire autre chose. Plus on vieillit, plus on vit difficilement la mort. J'avais besoin de faire un gros break. ”

EL : “ Qu'est-ce qu'il faudrait faire pour améliorer le fonctionnement actuel ? ”

- “ Une nouvelle permanence, par exemple à l'Hôtel Dieu, ça serait une bonne chose. Ca permettrait d'être sur l'un des sites du centre hospitalier et j'aurais la navette. Et puis, on a tout un travail à faire avec les associations. Il faudrait aussi que nous travaillions sur les statistiques. On va demander d'avoir une navette au moins une fois par semaine. Cela implique que je fasse mes bilans tel jour à telle heure. La prévention avec cette population, c'est très difficile. J'avance vraiment à tâtons. Par exemple, la prévention contre le tabac, c'est très difficile : pour les personnes, c'est tellement associé à la notion de plaisir. Ce qui n'est pas évident pour moi, c'est aussi que je suis sur une création de poste. ”

EL : “ pensez-vous que notre système de santé soit adapté à la prise en charge des personnes en situation précaire ? ”

- “ Non, le système n'est pas adapté aux personnes précaires. Que ce soit les lunettes ou les soins dentaires, ce n'est pas facile quand vous n'avez pas d'argent. se faire poser une prothèse dentaire, quand on est sans ressources, c'est pratiquement infaisable. Le Docteur a reçu un jour un enfant atteint d'une bronchiolite. L'ordonnance demandait de faire de la kiné respiratoire. J'ai appelé le service de kinésithérapie de l'hôpital et je me suis fait répondre : “ il faut laisser la kiné aux gens vraiment malades. ” J'ai dû faire le tour de tous les kinés des pages jaunes et je suis tombée sur un gars super sympa qui a pris l'enfant sans rendez-vous. Je crois que la PASS n'est pas vraiment rentrée dans l'hôpital. Cela vient tout doucement. J'ai créé une petite plaquette à destination des services qui précise un peu l'objet de la PASS. Pour les soins dentaires, le stomato ne vient que trois fois par semaine à l'hôpital : ce n'est pas suffisant. ”

EL : “ Faudrait-il créer des structures spécifiques telles que des lits infirmiers dont parle en particulier M. Xavier EMMANUELLI ? ”

- “ Oui. Par exemple pour les post-cures, il y a quelque chose qui coince. S'il n'y a pas d'hébergement derrière, comment on peut faire pour notre partie soins ? Mais on n'a pas d'hébergement dans notre budget : ce sont les CHRS qui ont les

financement pour la partie hébergement. Je pense à une personne avec des prothèses : j'ai dû me battre pour qu'il puisse rester au FAC. Pour le FAC, c'était du médical, donc la personne devait quitter le FAC. Ce n'était pas leur partie : la personne devait aller en maison de retraite. Alors qu'on a le droit, quel que soit le type de logement, aux soins à domicile. Au FAC, il n'y a ni médecin, ni infirmière. Permettre une prise en charge soignante et médicale au FAC, ça voudrait dire aussi que l'on va jusqu'au bout de l'hébergement. Ca ferait de la bonne publicité. Mais l'objectif du FAC, c'est de les lâcher. C'est toujours de l'accueil temporaire. Ce n'est pas simple de travailler avec les partenaires ; déjà que ce n'est pas simple de travailler avec ces personnes-là. ”

### **Pavé sociologique :**

- infirmière diplômée d'Etat depuis 1980
- pendant 14 ans, infirmière au service des urgences des Hôpitaux de Chartres
- entre 1998 et 2003, infirmière du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- depuis janvier 2004, infirmière de la PASS

**ANNEXE N°3 : BUDGET 2003 DE LA PERMANENCE D'ACCES  
AUX SOINS DE SANTE DE L'AGGLOMERATION CHARTRAINE :**

Personnel médical : - 0,3 ETP praticien hospitalier	32 949,64
Personnel non médical - 0,42 ETP IDE - 0,33 ETP assistante sociale	25 850,17
Sous-total groupe 1	58 769,81
Groupe 2	3 401,20
Groupe 3	
Groupe 4	
Crédits exceptionnels non reconductibles	- 109,80
Sous-total des charges directes	62 061,22
Produits activités subsidiaires	- 4 792,19
Total des charges directes nettes	57 269,03
Logistique médicale	754,81
Laboratoires	374,32
Imagerie	795,19
Sous-total des charges	59 193,36
Logistique + gestion générale	14 937,70
Total des charges	74 131,06

*Source : Retraitement comptable du compte administratif 2003 des Hôpitaux de Chartres*

## **ANNEXE N°4 : ACTIVITE DE LA PASS DE CHARTRES DEPUIS 2002**

Année	Nombre de personnes ayant consulté au moins une fois à la PASS pendant l'année	Nombre de consultations médicales réalisées à la PASS pendant l'année
2002	233	481
2003	350	500
2004 (*)	219	450

(\*) : chiffres pour les six premiers mois de l'année, de janvier à juin

Sources : *Rapports d'activité de la PASS, Etude de David Poubel sur l'activité de la PASS en 2002, Docteur Duriez*

# ANNEXE N°5 : BILAN DES ACTIONS ENTREPRISES DANS LE CADRE DU SROS DIT DE « DEUXIEME GENERATION : ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION PRECAIRE AUX HOPITAUX DE CHARTRES

Source : DRASS du Centre, mai 2004

## RECOMMANDATIONS

Extraits des annexes du SROS2

## ACTIONS REALISEES : 1999-2004

### RESEAU

- **mettre en place une structure de coordination** de l'ensemble des acteurs du réseau avec un référent

La PASS repose sur la concertation étroite entre le chef du service des urgences et l'adjointe de direction du CHRS "FAC" (foyer d'accueil chartrain) chargée de l'accueil 28 (accueil de jour). Elle est confortée par l'existence d'une convention.

Il existe un réseau embryonnaire constitué autour du dispositif PASS :

- réunions régulières FAC / service des urgences
- deux référents pour le réseau : Dr Duriez chef de service des urgences, Mme Gagelin directrice adjointe du foyer d'accueil chartrain (FAC) en charge de l'accueil 28
- liens forts avec CPAM, consultations pour des bilans
- adhésion d'un dentiste libéral formalisée dans la convention établie entre ce dentiste et la maison d'arrêt
- articulation avec la psychiatrie (groupe de réflexion sur étude de cas et analyse des pratiques)
- associations caritatives ne sont pas associées formellement
- coopération avec le service social du conseil général

<p><b>PROJET D'ACTION MEDICO-SOCIALE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- intégrer le projet formé avec le foyer d'accueil chartrain dans le projet d'établissement</li> <li>- évaluer le fonctionnement du réseau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- activité de la consultation intégrée au projet d'établissement 2004-2008</li> <li>- une fiche action intégrée au COM signé le 31.12.2003 renforçant la PASS de 0.5 ETP d'IDE</li> </ul>
<p><b>FORMATION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- poursuivre les actions de formation commune, notamment dans le domaine de la prévention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation pour les personnels de la PASS</li> <li>- formation d'une durée de 140h sur l'écoute des situations précaires à destination de l'IDE de la PASS</li> <li>- journées de formation sur les problèmes liés à la précarité pour un médecin intervenant à la PASS</li> <li>- formation des personnels de l'accueil sur les situation de précarité</li> </ul>
<p><b>CONSULTATIONS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- créer une consultation médico-sociale pluridisciplinaire et coordonnée et adapter son fonctionnement aux caractéristiques locales (lieux d'accueil, horaires, transport...)</li> </ul> <p><b>formaliser les procédures de sortie de</b></p>	<p>consultation créée en 2000</p> <p>Physiquement implantée au FAC elle est animée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un médecin des urgences (1.5 à 2 demi-journées hebdomadaires)</li> <li>- 0.5 ETP d'infirmière hospitalière intervenant au FAC depuis 2004</li> <li>- service social : l'assistante sociale des urgences a un temps hebdomadaire (0.5 ETP) au FAC</li> <li>- relais avec centre d'examen de santé CPAM et avec le service social de secteur</li> <li>- accès aux soins (autres services hospitaliers) par le biais de fiches navettes et délivrance de médicaments (pharmacie à usage intérieur)</li> </ul> <p>liens avec les services de psychiatrie adulte</p> <p>NB : unité intersectorielle de psychiatrie basée aux urgences pour répondre aux situations urgentes - travail avec l'équipe PASS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les procédures de sortie ont donné lieu à des</li> </ul>

l'hôpital avec les partenaires extérieurs pour améliorer le suivi médicosocial	réunions de travail hôpital (service social) / FAC : des principes ont été posés - anticipation des sorties dans le cadre de contacts pris avec service social.
--	---

## **OBSERVATIONS :**

### PASS :

Une montée en charge importante est constatée (500 passages en 2003, 800 à 900 passages prévus en 2004) d'où un problème de délai de prise en charge.

60% des personnes consultant à la PASS n'ont pas de droits ouverts auprès des organismes de sécurité sociale : personnes ayant perdu leurs papiers, ayant changé de département, personnes très marginalisées, demandeurs d'asile.

L'originalité de la PASS du CH chartrain est la délocalisation des consultations à l'accueil de jour 28 géré par le FAC (foyer d'accueil chartrain) qui permet une prise en charge spécifique et un suivi médical adapté aux personnes en grande précarité. Pour chaque personne venant consulter à la PASS, un dossier médical est ouvert, conservé à la PASS (au FAC).

Le lien est formalisé par un système de fiches navette : - entre les urgences et la PASS/FAC

- entre la PASS et les autres services hospitaliers

Problèmes psychiatriques très présents chez les personnes en situation précaire. Liens importants avec le SROS en santé mentale.

### Perspectives SROS 3 :

1) Les difficultés rencontrées avec les grands exclus interpellent l'absence de dispositif d'hébergement d'urgence : vœu d'un hébergement collectif de nuit et de moyens de transport entre ce dispositif et le centre hospitalier.

2) Le réseau "précarité" existe essentiellement à travers la PASS et la convention avec le FAC, il reste à formaliser le réseau pour établir les relais entre PASS et médecine de ville (sensibilisation en cours) et réseau pour assurer le relais entre le service social PASS et le service social hôpital.

3) Projet de réseau "santé ville" à partir des urgences avec les médecins généralistes pour réguler les arrivées aux urgences -- Dossier déposé en 2003 (URCAM-ARH) - Non retenu

4) Afin d'affirmer le soutien institutionnel du centre hospitalier, l'effort de formalisation est à poursuivre :

- service social PASS et service social de l'hôpital
- procédures de sortie
- travail en réseau pluridisciplinaire : structuration de la consultation à poursuivre pour une plus grande lisibilité externe
- développement des liens avec la psychiatrie adulte
- conventions entre le FAC et le centre hospitalier concernant le transfert des personnes d'une structure à l'autre

5) Projet : assurer le suivi médical des sorties de maison d'arrêt. (réseau en projet entre AS de la maison d'arrêt et urgences)

## **ANNEXE N°6 : FICHE SIGNALÉTIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT :**

Le Centre Hospitalier de Chartres déploie ses activités sur quatre sites géographiques :

### **L'Hôpital Louis Pasteur**

Le site de l'hôpital Louis PASTEUR comporte l'essentiel des activités de court séjour et le plateau technique

→ Le Plan Directeur de l'Établissement prévoit :

★ le regroupement de l'ensemble des activités de court séjour (à l'exception du court séjour gériatrique) à proximité du plateau technique sur le site de Louis PASTEUR, le site de l'Hôtel-Dieu étant consacré au court, moyen et long séjour gériatrique

★ la création à cet effet d'extensions au bâtiment principal de l'hôpital Louis PASTEUR pour y accueillir :

- ◆ Une activité de chirurgie ambulatoire et des bureaux d'anesthésistes (en cours de construction)
- ◆ le service de néphrologie hémodialyse
- ◆ des salles de consultations complémentaires
- ◆ une IRM (en cours de construction)
- ◆ l'ensemble des services administratifs
- ◆ les locaux du centre de transfusion sanguine (en cours d'aménagement)
- ◆ une extension du service des urgences (en cours d'étude)

### **L'Hôtel-Dieu**

L'Hôtel-Dieu comprend actuellement les services de néphrologie hémodialyse, la médecine gériatrique et des unités d'hébergement pour personnes âgées

dépendantes ainsi que l'essentiel des services administratifs de l'Etablissement.

### Saint-Brice

Saint-Brice comprend le service de soins de suite et de réadaptation, la psychiatrie infanto-juvénile et des unités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

### L'Institut de Formation en Soins Infirmiers

Soixante élèves aides soignantes et trois cent élèves infirmières.

### Capacité et activité du Centre Hospitalier

<b>LITS INSTALLES</b> <b>JANVIER 2004 - CH de CHARTRES</b>	<b>HOSPITALISATION</b>			
	<b>Complète</b>	<b>Semaine</b>	<b>Jour</b>	<b>Total</b>
<b>Médecine Polyvalente C3</b>	4			4
Médecine Générale A1	28	6		34
Médecine Gastro-Entérologie A2	25	2	4	31
<b>Médecine GASTRO-ENTEROLOGIE</b>	<b>53</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>65</b>
Médecine Générale Neurologie B3	26	3		29
Médecine Interne Rhumatologie B4	31	3		34
<b>Médecine RHUMATOLOGIE-NEUROLOGIE</b>	<b>57</b>	<b>6</b>		<b>63</b>
<b>Médecine GERIATRIQUE</b>	<b>28</b>		<b>2</b>	<b>30</b>
<b>Médecine NEPHROLOGIQUE</b>	<b>6</b>			<b>6</b>
<b>ONCOLOGIE</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>17</b>
Médecine Générale Pneumologie 1	19	8	2	29
Pneumologie 2	31	1		32
<b>PNEUMOLOGIE</b>	<b>50</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>61</b>
Cardiologie 3	22	6	2	30
Cardiologie 4	14			14
Soins Intensifs	8			8
<b>CARDIOLOGIE</b>	<b>44</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>52</b>
<b>REANIMATION</b>	<b>12</b>			<b>12</b>
Néonatalogie	12			12
Médecine enfants et nourrissons	17		3	20
<b>PEDIATRIE</b>	<b>29</b>		<b>3</b>	<b>32</b>
<b>MEDECINE</b>	<b>292</b>	<b>33</b>	<b>17</b>	<b>342</b>

Chirurgie orthopédique traumatologique propre B1	16			16
Chirurgie infantile B1	6			6
Chirurgie orthopédique septique B2	18			18
Chirurgie orthopédique C2	23			23
OPH Adulte B1	4			4
<b>Chirurgie ORTHOPEDIQUE &amp; OPH</b>	<b>67</b>			<b>67</b>
Chirurgie viscérale A3	28			28
Chirurgie viscérale A4	27			27
<b>Chirurgie VISCERALE</b>	<b>55</b>			<b>55</b>
ORL -STO-cancéro Adulte B2	9			9
ORL-STO-OPH Enfant B1	2			2
<b>Chirurgie ORI - STO</b>	<b>11</b>			<b>11</b>
<b>CHIRURGIE</b>	<b>133</b>			<b>133</b>

Gynécologie		18		18
Obstétrique ( Suites de couches)	30			30
Grossesses Pathologiques	12			12
<b>GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE</b>	<b>42</b>	<b>18</b>		<b>60</b>
<b>MEDECINE - CHIRURGIE - OBSTETRIQUE</b>	<b>467</b>	<b>51</b>	<b>17</b>	<b>535</b>

<b>PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE</b>	<b>8</b>		<b>60</b>	<b>68</b>
<b>SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE</b>	<b>50</b>			<b>50</b>
<i>URGENCES (hospitalisation courte durée)</i>	15			15
<i>OBSTETRIQUE (lits de pré-travail)</i>	5			5
<i>HEMODIALYSE</i>			10	10
<b>BUDGET H (GENERAL)</b>	<b>545</b>	<b>51</b>	<b>87</b>	<b>683</b>
<b>BUDGET P (SESSAD) (Section Education Spécialisée et Soins A Domicile)</b>			<b>24</b>	<b>24</b>
<b>BUDGET E (EHPAD)</b>	<b>449</b>			<b>449</b>
<b>TOTAL ETABLISSEMENT</b>	<b>994</b>	<b>51</b>	<b>111</b>	<b>1 156</b>

	2001	2002	2003	03/02	2003	2001	2002	2003	03/02
	COEFF. Z				Poids du CR	ACTES			
	Evolution					Evolution			
Urgences *	14 155	14 506	19 988	+ 38 %	9%	745	771	1 052	+ 36 %
Médecine Polyvalente	-	76	-	NS	NS	-	4	-	NS
Cardiologie	3 569	4 902	3 230	-34 %	1%	188	260	170	-35 %
Gastro - Entérologie	15 504	14 516	14 326	-1 %	6%	816	765	754	-1 %
Rhumatologie - Neurologie	18 715	19 129	16 283	-15 %	7%	985	1 010	857	-15 %
Médecine Gériatrique	3 724	4 275	3 705	-13 %	2%	196	225	195	-13 %
Néphro - Hémodialyse	874	1 026	475	-54 %	0%	46	54	25	-54 %
Oncologie	2 204	1 843	1 767	-4 %	1%	127	97	93	-4 %
Pédiatrie	1 539	1 501	1 653	+ 10 %	1%	81	79	87	+ 10 %
Pneumologie	11 495	9 577	11 552	+ 21 %	5%	605	506	608	+ 20 %
Réanimation	5 871	6 327	6 840	+ 8 %	3%	309	337	360	+ 7 %
<b>MEDECINE</b>	<b>77 650</b>	<b>77 678</b>	<b>79 819</b>	<b>+ 3 %</b>	<b>35%</b>	<b>4 098</b>	<b>4 108</b>	<b>4 201</b>	<b>+ 2 %</b>
Chir. Viscérale	12 350	12 709	12 730	+ 0 %	6%	650	670	670	0 %
Chir. Ortho & Spé	7 258	6 191	7 486	+ 21 %	3%	382	329	394	+ 20 %
ORL-STO	437	323	209	-35 %	0%	12	17	11	-35 %
<b>CHIRURGIE</b>	<b>20 045</b>	<b>19 223</b>	<b>20 425</b>	<b>+ 6 %</b>	<b>9%</b>	<b>1 044</b>	<b>1 016</b>	<b>1 075</b>	<b>+ 6 %</b>
<b>GYNECO OBST.</b>	<b>551</b>	<b>589</b>	<b>608</b>	<b>+ 3 %</b>	<b>0%</b>	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>+ 3 %</b>
<b>M.C.O.</b>	<b>98 246</b>	<b>97 490</b>	<b>100 852</b>	<b>+ 3 %</b>	<b>44%</b>	<b>5 171</b>	<b>5 155</b>	<b>5 308</b>	<b>+ 3 %</b>
<b>S.S.R.</b>	<b>399</b>	<b>361</b>	<b>418</b>	<b>+ 16 %</b>	<b>0%</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>+ 16 %</b>
<b>PSY INFANTO-JUV</b>	<b>19</b>	<b>38</b>	<b>-</b>	<b>NS</b>	<b>NS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>NS</b>
<b>E.H.P.A.D</b>	<b>361</b>	<b>456</b>	<b>323</b>	<b>-29 %</b>	<b>0%</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>-29 %</b>
<b>ETABLISSEMENT</b>	<b>99 025</b>	<b>98 345</b>	<b>101 593</b>	<b>+ 3 %</b>	<b>44%</b>	<b>5 212</b>	<b>5 200</b>	<b>5 347</b>	<b>+ 3 %</b>
Consultations	107 910	123 045	128 649	+ 5 %	56%	5 619	6 464	6 771	+ 5 %
Conventions	19	255	133	-48 %	0%	1	13	7	-46 %
Médecine du Travail		38	19	-50 %	0%		2	1	-50 %
<b>NON HOSPIT.</b>	<b>107 929</b>	<b>123 338</b>	<b>128 801</b>	<b>+ 4 %</b>	<b>56%</b>	<b>5 620</b>	<b>6 479</b>	<b>6 779</b>	<b>+ 5 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>206 954</b>	<b>221 683</b>	<b>230 394</b>	<b>+ 4 %</b>	<b>100%</b>	<b>10 832</b>	<b>11 679</b>	<b>12 126</b>	<b>+ 4 %</b>

\* Hausse importante s'expliquant par une saisie des informations à la source (changement du recueil d'information à partir de décembre 2002) et une augmentation de l'activité des urgences