



# ENSP

ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2007 –

**« RECOURS AUX SOINS ET SUIVI MEDICAL DES  
PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE  
SOCIALE »**

– Groupe n° 20 –

- Emeline GAILLAC
- Marie-Christine HOSQUET
- Odile JOUAN
- Henrielle LE GUELLAUT
- Jérôme LIBERMANN
- Christian MARREC
- Karine MORIN
- Ronan SANQUER
- Maryse SIMONET
- Olivier THOUVENOT
- Sophie TORT
- Pilar VERDONCQ
- Ludovic VOILMY

– Animatrice : Isabelle PARIZOT

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>11</b>
<b>I. Le législateur, promoteur d'un cadrage souple, favorable à la mise en place de dispositifs diversifiés en matière de recours aux soins et de suivi médical des personnes en situation de précarité.....</b>	<b>14</b>
<b>A/ Un cadre législatif récent et évolutif prenant davantage en compte la précarité sociale.....</b>	<b>14</b>
1/ Une priorité de santé publique traduite dans les textes.....	14
2/ Un objectif d'universalité dans l'accès aux soins.....	15
3/ Des zones de non droit encore persistantes .....	15
<b>B – Une application dynamique du cadre législatif : des dispositifs variés dans leurs missions et dans leurs modalités d'organisation.....</b>	<b>16</b>
1/ La région, premier coordinateur dans l'accès aux soins ... ..	16
2/ A l'échelon local, des dispositifs répondant à l'urgence sociale .....	17
3/ Une implication de la médecine libérale .....	17
<b>II. Une inventivité et une souplesse au service des plus fragiles .....</b>	<b>19</b>
<b>A/ Des organisations qui s'adaptent à un contexte institutionnel et local .....</b>	<b>19</b>
1/ Un maillage institutionnel souple .....	19
2/ Une prise en compte des réalités locales .....	19
3/ Des innovations possibles .....	20
4/ Une prise en charge et des modalités d'accueil individualisées.....	21
<b>B/ Des professionnels engagés autour d'une précarité sociale polymorphe.....</b>	<b>21</b>
1/ Des compétences reconnues (gestion, relationnel, pédagogie...) .....	21
2/ Un partenariat actif .....	22
3/ Des professionnels « militants » .....	22
4/ Une précarité à plusieurs visages.....	23
<b>III Des limites qui hypothèquent la qualité de prise en charge .....</b>	<b>24</b>
<b>A/ Des organisations qui se heurtent à de nombreux obstacles .....</b>	<b>24</b>
1/ Un cadre législatif, politique et budgétaire parfois contraignant .....	24
2/ Une précarité géographique induisant une inégalité de l'offre de soins .....	24
3/ Une gestion très imparfaite des périodes de transition entre l'hôpital et l'extérieur....	25
4. Une inadéquation entre les structures d'accueil et les populations cibles .....	25

5/ Des dispositifs souvent victimes de leur succès .....	26
<b>B/ Des pratiques professionnelles empiriques et non formalisées.....</b>	<b>26</b>
1/ Un cloisonnement des modes de prises en charge allant jusqu'à la concurrence .....	26
2/ Des professionnels qui transgressent leurs propres pratiques .....	27
3/ Une formation insuffisante et une connaissance parcellaire des populations accueillies.....	28
<b>C/ Des bénéficiaires mobiles et parfois insaisissables .....</b>	<b>28</b>
1/ Des personnes en situation de précarité difficilement accessibles .....	28
2/ Des bénéficiaires parfois en non demande de soins.....	29
3/ Des personnes en situation de précarité faisant face à la complexité administrative .	29
4/ Une prise en charge nécessairement globale .....	30
<b>IV – Les voies d'amélioration envisageables .....</b>	<b>31</b>
<b>A/ Renforcer la clarté des orientations politiques en matière d'accès aux soins des personnes en situation précaire .....</b>	<b>31</b>
1/ Les dispositifs visant à améliorer l'accès et la continuité des soins pour les personnes en situation précaire évoluent dans un contexte d'ambiguïté qu'il conviendrait de clarifier. ....	31
2/ L'examen des dispositifs d'accès aux soins pour les précaires souligne certaines insuffisances du système sanitaire et social .....	32
<b>B/ Globaliser la prise en charge et renforcer la pluridisciplinarité et la transversalité .....</b>	<b>33</b>
1. La prise en charge des personnes en situation de précarité sociale doit être globale et orientée vers un projet de vie.....	33
2. Ce qui suppose de renforcer la pluridisciplinarité des équipes et la transversalité des dispositifs.....	34
<b>C/ L'autonomie de dispositifs fortement ancrés localement sera renforcée par la construction de dispositifs de mutualisation des expériences, de diffusion des bonnes pratiques .....</b>	<b>34</b>
1/ Les dispositifs et structures étudiés, souvent peu reproductibles, ont enclenché des dynamiques de projets qu'il convient de soutenir.....	34
2/ La construction de dispositifs-ressources permettrait de capitaliser les expériences, de diffuser les bonnes pratiques .....	34
<b>D/ Renforcer l'effectivité du recours aux soins Le diagnostic émis par les professionnels rencontrés s'avère globalement positif mais des points doivent être améliorés : .....</b>	<b>35</b>
1/ Assurer le recours aux soins pour tous .....	35

2/ Simplifier les procédures administratives afin de permettre un rapide recours aux soins .....	35
3/ Favoriser l'expression d'une demande de soins.....	35
<b>E/ Assurer la continuité des soins .....</b>	<b>36</b>
1/ Favoriser le souci d'une prise en charge continu au delà de l'accès aux soins .....	36
2/ Développer une mise en réseau des différents acteurs prenant en charge une personne.....	37
3/ Favoriser une meilleure gestion des transitions vécues par les usagers .....	37
<b>F/ Evaluation .....</b>	<b>37</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>I</b>



---

# Remerciements

---

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont pu et su prendre de leur temps pour nous faire part de leurs expériences. Une intention spéciale est dédiée à notre animatrice Isabelle Parizot pour sa vigilance, son soutien et sa disponibilité dans l'élaboration de nos travaux.



---

## Liste des sigles utilisés

---

- A.A.M : Antenne d'Accueil Médical
- A.D.I.S.S.A : Association Départementale d'Insertion santé et de soins des Addictions
- A.H.I : schéma d'Accueil Hébergement Insertion
- A.M.E : Aide Médicale d'Etat
- A.S.D.E.S : Accès aux Soins, aux Droits et Education à la Santé
- A.S.V : Atelier Santé Ville
- A.T.D Quart Monde : Aide à Toute Détresse Quart Monde
- C.A.F : Caisses d'Allocations Familiales
- C.A.S.H : Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers
- C.A.S.O : Centre d'accueil, de Soins et d'Orientation
- C.C.A.A : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
- C.D.A.G : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
- C.H.A.P.S.A : Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans Abri
- C.H.R.S : Centre d'hébergement et de Réinsertion Sociale
- C.M.U : Couverture Maladie Universelle
- C.M.U.C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
- C.S.S.T : Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes
- D.D.A.S.S : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- D.G.S : Direction Générale de la Santé
- D.R.A.S.S : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- D.R.E.E.S : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- E.P.R.D : Etat des Prévisions des Recettes et des Dépenses
- GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- InVS : Institut de Veille Sanitaire
- I.R.M : Imagerie par Résonance magnétique
- M.D.M : Médecins du Monde
- M.I.G : Missions d'Intérêt général
- M.S.F : Médecins Sans Frontières
- O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé
- O.N.P.E.S : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
- P.A.S.S : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- P.D.I : Programme Départemental d'Insertion
- P.M.I : Protection Maternelle et Infantile
- P.R.A.P.S : Programme régional d'Accès à la Prévention et aux Soins



- P.R.S.P : Plan Régional de Santé Publique
- G.R.S.P : Groupement Régional de Santé Publique
- R.M.I : revenu Minimum d'Insertion
- S.A.M.U Social : Services d'Aide Médicale Urgente
- S.D.F : personne Sans Domicile Fixe
- S.S.I.A.D : Services de Soins Infirmiers A Domicile
- S.M.E.S : Santé Mentale et Exclusion Sociale
- S.R.O.S : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- U.N.I.O.P.S.S : Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

## Introduction

A la lecture du rapport *La santé dans le monde* de l'Organisation mondiale de la santé, la France offrait en juin 2000 le système de santé le plus performant au monde, selon un double objectif de qualité et d'équité. En effet, selon l'OMS, le rôle d'un système de santé est d'une part d'offrir le meilleur niveau de santé possible et d'autre part de réduire au minimum les écarts entre les individus<sup>1</sup>.

Malgré ce classement honorable, les inégalités en matière de santé persistent en France. Les soins curatifs contribueraient à hauteur de 20% à l'état de santé des populations. Le système de soins exerce donc une influence importante mais non décisive sur la santé des individus et sur les inégalités de santé. Le groupe technique national qui a préparé la loi de santé publique du 9 août 2004 a ainsi insisté sur le poids des conditions d'existence (revenus, éducation, emploi, logement, loisirs) dans la détermination des inégalités sociales de santé. Les inégalités liées aux conditions d'existence précéderaient celles liées aux modes de vie (comportements alimentaires, pratiques à risque, exposition subjective aux maladies et aux accidents). Les individus vivant des situations sociales difficiles ont davantage de problèmes de santé. Si les troubles et maladies ne sont pas différents de ceux de l'ensemble de la population, la spécificité apparaît dans la fréquence particulièrement élevée et le cumul des symptômes et des maladies<sup>2</sup>.

Les déterminants évoqués témoignent de la nécessité d'une approche sociale de la santé. Si l'état de santé d'une personne est essentiellement déterminé par son environnement et ses conditions d'existence, la question du recours aux soins des personnes en situation de précarité sociale est d'autant plus pertinente.

Jusqu'à la Révolution, la misère et ses conséquences étaient prises en charge par les hôpitaux et les institutions de charité souvent d'inspiration religieuse. Puis la lutte contre la pauvreté devient avant tout l'affaire de l'Etat avec le Service National d'Assistance. En 1945, la généralisation de la sécurité sociale garantit chacun contre les facteurs d'insécurité. Une partie de la population est laissée à l'écart de la croissance économique des trente glorieuses comme en témoignent l'appel au secours de l'abbé Pierre en 1954, et la création du mouvement ATD-Quart Monde par le Père Joseph

---

<sup>1</sup> JL MURRAY Christopher, FRENK Julio, *A WHO Framework for health system Performance assessment*, disponible sur [www.who.int](http://www.who.int)

<sup>2</sup> CAMBOIS Emmanuelle, « Les personnes en situation sociale difficile et leur santé », ONPES, *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*, Paris, La Documentation française, pp. 101-126.

Wresinski dès 1957. Un inversement des tendances s'effectue : les structures publiques n'étant plus à même de faire face à une demande démesurée, des associations privées doivent intervenir ou se renforcer. Dans son rapport "*Grande pauvreté et précarité économique et sociale*" (CES 11/12/1987), le Père Wresinski définit la précarité comme : "*l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassurer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible*".

La précarité est un phénomène multifactoriel et multidimensionnel qui englobe des situations ayant pour dénominateur commun une grande souffrance physique et morale. Ainsi, les personnes concernées par la précarité ne forment pas « *une communauté sociale* », ni un « *groupe statistique saisissable* ». Elles n'ont « *en commun que la forme de leur trajectoire, marquée par un cumul de handicaps et une dissociation progressive des liens sociaux* »<sup>3</sup>. Les personnes en situation de précarité ne peuvent pas mobiliser les ressources disponibles dans leur environnement pour contrôler leur propre santé.

Le recours aux soins s'entend comme la faculté de trouver des réponses à des besoins de santé, d'obtenir un diagnostic et un traitement adaptés auprès de professionnels de santé. Il est nécessaire de distinguer le recours aux soins de l'accès aux soins. En effet, l'accès aux soins correspond au niveau administratif à l'activation des droits liés à la couverture médico-sociale. Le recours aux soins renvoie à la notion de besoin physique de soins et dépend en partie de la faculté de la personne à percevoir son état de santé et à formuler ou non une demande sanitaire. Le suivi médical suppose une action dans la durée parfois difficile dans le cas des personnes en situation de précarité sociale.

L'instauration de la Couverture maladie universelle (CMU) et des centres de soins gratuits a permis de réduire le renoncement aux soins. Après neuf mois de fonctionnement, 20% des bénéficiaires de la CMU estimaient avoir amélioré leur état de santé par rapport à l'année précédente contre 8% parmi les personnes hors CMU<sup>4</sup>. Cependant, de nombreuses personnes continuent d'échapper tant aux dispositifs de droit

---

<sup>3</sup> In *Précarité et santé* - J. Lebas et P. Chauvin, page 33.

<sup>4</sup> RAYNAUD D., « L'impact de la CMU sur la consommation individuelle », *Etudes et Résultats*, 2003, 229.

commun qu'aux dispositifs particuliers de recours aux soins. De ce fait, l'universalité du recours aux soins est mise à mal.

Dans le champ de la santé, la question de la précarité se décline souvent en termes de vulnérabilité des individus face aux pathologies. Les personnes en situation de précarité sont par exemple plus souvent affectées par la tuberculose. Mais la précarité se traduit aussi par des difficultés d'accès et de prise en charge. Selon Marcel Calvez<sup>5</sup>, si cette approche en termes de difficultés d'accès aux soins conduit à privilégier le parcours des personnes, il convient de ne pas négliger le rôle actif des dispositifs institutionnels. L'organisation des institutions sanitaires compte en effet tout autant que la trajectoire des personnes dans leur incapacité à s'inscrire à l'intérieur de cadres normatifs. La multiplicité des dispositifs permet-elle un recours aux soins effectif ? Quel est le suivi médical souhaité par les individus et proposé par les institutions sanitaires ? A quels freins se heurtent les mesures existantes et quels sont leurs facteurs de réussite ? Comment réconcilier le « cure » et le « care », alors même que l'hôpital est questionné sur le sens de ses missions premières d'« hospitalité » ?

Afin de répondre à ces interrogations, l'enquête sociologique dans la limite des contraintes de l'exercice, nous a permis d'étudier certains dispositifs sans prétendre à l'exhaustivité (cf en annexe liste des structures visitées et des entretiens réalisés). En la matière, le législateur a promu récemment un cadre souple, favorable à la mise en place de dispositifs diversifiés (I) Plusieurs moteurs de réussite ont été identifiés : l'extrême souplesse des organisations, l'inventivité des professionnels au service des plus fragiles (II) Toutefois, des freins à une prise en charge de qualité ressortent des entretiens menés (III), même si des initiatives particulières permettent de discerner des pistes de réflexion pour l'avenir (IV).

---

<sup>5</sup> CALVEZ Marcel, « Précarité sociale et accès aux soins : le cas du sida », *Nouvelles dimensions de la précarité*, sous la direction de Marion DEL SOL, Presses universitaires de Rennes, 2001, p. 300.

# **I. Le législateur, promoteur d'un cadrage souple, favorable à la mise en place de dispositifs diversifiés en matière de recours aux soins et de suivi médical des personnes en situation de précarité**

## **A/ Un cadre législatif récent et évolutif prenant davantage en compte la précarité sociale**

Les dispositifs facilitant le recours aux soins et le suivi médical des personnes en situation de précarité sociale sont du registre du droit, et non de l'humanitaire ou de l'assistance<sup>6</sup>. Toutefois, les représentations que les personnes se font de ceux-ci conditionnent aussi leur effectivité. L'accès réel aux soins peut se trouver dissocié d'une offre n'ayant pas pu, et su, prendre en compte les attentes des personnes en situation de précarité sociale. La prise en charge médicale de ces personnes passe donc par une adaptation constante des dispositifs.

### **1/ Une priorité de santé publique traduite dans les textes**

L' amorce d'une réelle politique en faveur des personnes confrontées à des difficultés sociales date de 1988, dans un contexte de chômage de masse, avec la loi instituant le revenu minimum d'insertion (RMI). Or, une prise en charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux est nécessaire car les divers degrés et formes de précarité sociale se rapportent à autant d'inégalités sociales de santé. Emerge donc peu à peu un cadre légal marquant la volonté d'améliorer l'état de santé de la population. La loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 affirme ainsi que « l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé » (article 67). Pour ce faire, elle prévoit la mise en place de dispositifs adaptés tels que les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) qui consiste à mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, concrétisé par la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Dans la continuité, la loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique confirme que le niveau régional est l'échelon territorial optimal de définition et de coordination de la mise en place de cette

---

<sup>6</sup> Communiqué de presse de l'UNIOPSS, Une enquête révélatrice des refus de soins pour les bénéficiaires de la CMU, 28 juin 2006 repris dans « Je ne m'occupe pas de ces patients » – testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans 10 villes de France, Médecins du Monde, Coordination Mission France, octobre 2006, p.7

politique à travers trois outils : le plan régional de santé publique (PRSP), la conférence régionale de santé et le groupement régional de santé public (GRSP).

## **2/ Un objectif d'universalité dans l'accès aux soins**

Au delà de cette action, les mécanismes d'aide sociale favorisant l'accès aux soins s'améliorent. Depuis la loi du 27 Juillet 1999, les personnes confrontées à des difficultés financières peuvent bénéficier de la couverture maladie universelle (CMU) si elles résident en France de façon stable et régulière depuis au moins trois mois. Les étrangers en situation irrégulière bénéficient de l'aide médicale d'Etat (AME). Avancée majeure, la CMU a atténué le renoncement aux soins pour des raisons financières. Ainsi, « la CMU a permis à 5 millions de personnes vivant très largement sous le seuil de la pauvreté de bénéficier d'une excellente couverture complémentaire »<sup>7</sup>.

## **3/ Des zones de non droit encore persistantes**

Les besoins sanitaires et sociaux des personnes vulnérables, trop hétérogènes et évolutifs en fonction de la trajectoire<sup>8</sup> de chacun, ne sont pas tous couverts par le cadre légal. Des personnes demeurent dès lors à la marge des dispositifs. Comme en témoignent les entretiens réalisés dans l'enquête et le testing d'objectivation de refus de soins<sup>9</sup>, des obstacles financiers persistent à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU. Mais ce sont surtout des personnes étrangères vivant en France depuis moins de trois mois qui sont exclus du système de soins. La fraction la plus marginalisée reste constituée des personnes sans-abri avec environ 45 ans d'espérance de vie.<sup>10</sup> La médecine de ville, les urgences et PASS hospitalières ne semblent pas pouvoir prendre en charge adéquatement et durablement les nouvelles formes de précarité sociale et de leur composante relationnelle<sup>11</sup>. De telles situations s'avèrent excessivement

---

<sup>7</sup> Médecins du Monde, Coordination Mission France, « Je ne m'occupe pas de ces patients » – testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans 10 villes de France, octobre 2006, p.4

<sup>8</sup> Marcel Calvez, Précarité sociale et accès aux soins : le cas du sida, in Nouvelles dimensions de la précarité, sous la direction de Marion Del Sol, Anne Eydoux, Annie Gouzien, Pierre Merle, Pascale Turquet, Presses Universitaires de Rennes, 2001, p.299-310, p.300-301

<sup>9</sup> Une enquête par « testing » de 2006 de Médecins du Monde a ainsi évalué à 10 % le taux de refus global de soins des personnes bénéficiant de la CMU et à 37% celui des bénéficiaires de l'AME, Médecins du Monde, Coordination Mission France, « Je ne m'occupe pas de ces patients – testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans 10 villes de France, octobre 2006, p.4

<sup>10</sup> Martin Hirsch, Editorial, Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux, Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 23 janvier 2007, InVS

<sup>11</sup> Claude Martin, La vulnérabilité relationnelle : une composante de la précarité, in Nouvelles dimensions de la précarité, sous la direction de Marion Del Sol, Anne Eydoux, Annie Gouzien, Pierre Merle, Pascale Turquet, Presses Universitaires de Rennes, 2001, p.327-346

« chronophages » pour leur organisation qui semble faite pour des accompagnements transitoires. En outre, ces personnes rencontrent parfois d'importants problèmes de comportement ou de désocialisation les conduisant potentiellement à l'absence de demande de soins.

## **B – Une application dynamique du cadre législatif : des dispositifs variés dans leurs missions et dans leurs modalités d'organisation**

L'accès aux soins et le suivi médical des personnes en situation de précarité sont assurés à la fois par les institutions publiques (services de l'Etat, collectivités territoriales comme les services départementaux de PMI, hôpitaux publics) et par des acteurs privés (établissements de santé privés, médecins libéraux, associations caritatives, organisations non gouvernementales).

### **1/ La région, premier coordinateur dans l'accès aux soins ...**

La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, dans son article 71, instaure des **programmes d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS)** établis dans chaque région et déclinés à l'échelle du département. Les PRAPS constituent un outil de concertation et de coordination permettant d'associer de multiples partenaires : associations, mutuelles, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, organismes professionnels, collectivités locales et services de l'Etat. Leur objectif est d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité. L'élaboration des PRAPS repose sur un dialogue entre le niveau régional et le niveau local coordonné par les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Des actions très variées ont été financées dans le cadre des PRAPS : lieux d'écoute, formations, consultations, réseaux. Afin d'éviter la redondance des actions, le PRAPS s'articule avec les autres plans socio-sanitaires existants : Programmes Régionaux de Santé publique (PRSP) ; Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) ; schéma Accueil, Hébergement, Insertion (AHI) ; Programmes Départementaux d'Insertion (PDI). Les PRAPS de première génération<sup>12</sup> ont couvert les années 2000, 2001 et 2002, ceux de la seconde génération la période 2003-2006<sup>13</sup>. Le rapport de

---

<sup>12</sup> Circulaire DGS/SP2/99/110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité

<sup>13</sup> Circulaire DGS/DS6D N°2002/100 du 19 février 2002 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité

l'IGAS publié en mai 2004 juge positivement ces programmes qui permettent l'établissement d'un diagnostic partagé.

## **2/ A l'échelon local, des dispositifs répondant à l'urgence sociale**

Les PRAPS prévoient, en application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, la mise en place de **permanences d'accès aux soins de santé (PASS)** par les établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier. Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale adaptées aux personnes en situation de précarité. D'une part, elles permettent de dispenser des soins préventifs, curatifs ou palliatifs et de veiller au suivi médical. D'autre part, les travailleurs sociaux réalisent les démarches nécessaires à l'accès aux droits des personnes précaires (information, constitution des dossiers CMU et CMUC). En outre, les PASS ont pour objectif d'établir un lien entre l'hôpital, les acteurs institutionnels et les acteurs associatifs de l'accompagnement social.

L'accès aux soins est complété dans chaque département par les **consultations médico-sociales** gratuites habituellement gérées soit par l'hôpital, soit par le Conseil général, soit par des associations (Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), Centre de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST), Centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), Centres départementaux de prévention maternelle et infantile (PMI), planning familial etc..) Depuis 1999, les **ateliers santé ville (ASV)** visent à inclure un volet santé dans les contrats de ville. La contractualisation permet notamment de financer des actions ciblées pour développer le recours aux soins des publics vulnérables.

Parallèlement aux initiatives impulsées par les pouvoirs publics, les associations caritatives et les organisations non gouvernementales ont développé des dispositifs d'accès aux soins et de suivi médical pour les personnes en situation de précarité. Des structures comme le Samu social ou Médecins du Monde organisent des **équipes mobiles** qui dispensent directement les premiers soins aux personnes dans la rue. D'autres associations ont créé des antennes d'accueil médical, des espaces santé insertion, des consultations avancées en centres d'hébergement d'urgence et de réinsertion (CHRS) ou des bus santé (Bus Lotus créé par Médecins du Monde à destination des prostituées chinoises).

## **3/ Une implication de la médecine libérale**

Enfin, conformément au serment d'Hippocrate et à l'article 7 du code de déontologie, les médecins libéraux accueillent toutes les personnes souffrantes. Ils interviennent également dans l'accès aux soins et le suivi médical des personnes en situation de précarité. Le médecin libéral est l'un des acteurs quotidiens de la politique de



santé. L'objectif est de ne pas cantonner une partie de la population dans une « médecine de pauvre » : dispensaires, centres de santé, hôpitaux utilisés en premier recours. Mais le fonctionnement du dispositif de santé en France autorisant des coûts spécifiques supportés directement par les patients, il était nécessaire que la loi du 27 juillet 1999 résolve cette difficulté. La loi CMU avait donc pour objet d'offrir à ses bénéficiaires un accès total à toutes les pratiques médicales sans aucune distinction. Mais Médecins du Monde a dénoncé les refus de soins de la part de professionnels de santé à l'encontre des bénéficiaires de la CMU<sup>14</sup>. En outre, il ressort d'une enquête de la DREES réalisée auprès de ménages bénéficiaires de la CMU en 2003<sup>15</sup>, que 15 % des personnes interrogées déclarent qu'il leur est arrivé qu'un professionnel de santé refuse de les recevoir parce qu'elles sont bénéficiaires de la CMU. (Les professionnels de santé les plus souvent cités sont les médecins spécialistes, les dentistes et pour une moindre part les médecins généralistes) : « *L'opinion qui prévaut toutefois parmi les bénéficiaires de la CMU est globalement celle d'une égalité de traitement avec les autres assurés sociaux* ». Dans le texte de la loi du 27 juillet 1999 ne figure aucune disposition spécifique pour encadrer et réprimer ces pratiques car d'autres dispositions existaient déjà. (codes de déontologie des différentes professions de santé, code de la consommation). L'intervention des médecins libéraux ne saurait cependant être limitée à la question de la CMU tant l'engagement de nombreux médecins auprès de personnes précaires est réel.

---

<sup>14</sup> Rapport 2002 de l'observatoire de l'accès aux soins de sa mission France, testing : dans 35,3 % des cas, les dentistes ont refusé de soigner un bénéficiaire de la CMU.

<sup>15</sup> Etudes et Résultats n°294 - Mars 2004

## **II. Une inventivité et une souplesse au service des plus fragiles**

### **A/ Des organisations qui s'adaptent à un contexte institutionnel et local**

#### **1/ Un maillage institutionnel souple**

L'accompagnement des personnes en situation de précarité est souvent limité par les carences des institutions. Encourager les expérimentations, permettre l'adaptation des dispositifs aux situations locales contribue à créer une dynamique territoriale. Ainsi l'expérience d'Evreux montre que les agréments des structures peuvent être repris sur l'ensemble du territoire d'un département, simplifiant ainsi l'accès à une offre de soins. A Evreux, à partir d'un seul agrément par activité (CCAA ; CSST ; CAARUD) concédé à ADISSA, des offres de prises en charge sanitaires et sociales ont été élargies à l'ensemble du département.

Par ailleurs, dans chacune des expériences étudiées, la référence aux institutions sanitaires et sociales, s'avère être une constante, même si des différences territoriales et historiques sont soulignées, de la création des dispositifs à leur validation, ou dans la recherche de leur pérennisation. Bien qu'imparfait, le rôle de coordination par les tutelles est à cet égard déterminant. Il permet de mailler les actions entre elles de manière concertée et de réguler l'initiative tout en la favorisant.

Ainsi, des dispositifs locaux se mettent en place pour répondre à des besoins préalablement identifiés ou en fonction d'opportunités. ADISSA propose par exemple aux personnes sortant du dispositif du RMI (retour à l'emploi) de les accompagner psychologiquement pendant six mois, répondant aux besoins de la population qu'elle suit. Mais cette initiative sort du cadre réglementaire, c'est pourquoi le Conseil Général l'a préalablement validée.

#### **2/ Une prise en compte des réalités locales**

En effet, la mise en place des dispositifs est guidée par des constats d'origines diverses issus d'études épidémiologiques ou sociales, d'expériences personnelles ou professionnelles de la précarité. Au CASH de Nanterre par exemple, une consultation en diabétologie a été ouverte, tenant compte du fait qu'une grande proportion de la population locale provenait d'une région d'Algérie souffrant de cette pathologie.

Les initiatives locales s'appuient sur un cadre institutionnel porteur et souple qui privilégie la multiplicité de portes d'entrée dans la structure de soins : grâce à l'assistante

sociale, par le biais d'un centre d'hébergement, du CCAS, de la PASS, de l'ANPE, d'une mutuelle... Des modalités variées de prises en charge sont à même de capter des personnes en situation d'errance géographique et administrative, désocialisée et dans un état sanitaire dégradé. Tel est le cas de Rennes avec le département des Conduites Addictives du Centre Hospitalier Guillaume Régnier ouvert aux demandeurs, précaires ou non, et proposant une gamme élargie de services : du simple café au protocole complet de sevrage. Initialement destinée à la population locale, cette expérience a rayonné hors du département. La structure draine aujourd'hui des patients venant de toute la France. Elle illustre ainsi particulièrement la capacité des dispositifs à s'adapter au contexte local et à évoluer en intégrant les besoins émergents. Dans ce sens l'innovation devient le maître mot.

### **3/ Des innovations possibles**

Au sein de l'institution hospitalière, de même qu'au plus près des besoins exprimés par les personnes en situation de précarité sociale, des innovations se sont toujours avérées possibles. L'espace santé insertion de Pontoise apparaît ainsi comme une réponse innovante, attaché au service des urgences de l'hôpital, sans être enfermé dans l'espace hospitalier stricto sensu. L'externalisation de la PASS, dans un pavillon à proximité immédiate de l'hôpital, traduit une volonté d'autonomie. Mais la PASS ne perd pas le bénéfice de la structure hospitalière puisqu'elle reste proche du plateau technique.

En dehors des murs institutionnels, des équipes mobiles comme certains professionnels vont aussi à la rencontre des plus démunis, de façon régulière et planifiée ou occasionnelle selon leur vocation initiale. Ainsi, l'équipe du service Santé Mentale et Exclusion Sociale du Docteur Alain Mercuel au Centre Hospitalier Sainte-Anne de Paris s'inscrit dans le dispositif récemment clarifié des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie<sup>16</sup>.

Une telle approche peut même conduire à innover en créant une association communautaire de santé. Par exemple, d'anciennes prostituées ont mis en place un réseau mobile (bus) dispensant des soins de prévention.

L'innovation est ainsi facteur d'autonomie et de responsabilité collective, se révélant particulièrement socialisantes pour les personnes en grande précarité sociale.

---

<sup>16</sup> Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B N°521 du 23 novembre 2005, relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

#### **4/ Une prise en charge et des modalités d'accueil individualisées**

Ainsi, de l'accueil à la prise en charge et au suivi, l'offre présente un large éventail de possibilités : dispositifs de soins, équipes mobiles, lieux d'abri, antennes médicalisées, accueil de jour, numéros uniques...

Dans certaines structures, il est possible de venir prendre un café sans jamais devoir rencontrer un professionnel. Dans d'autres, l'accueil est pluriprofessionnel, partenarial, voire contractualisable, ce qui favorise la coordination de l'approche médico-sociale. Cela évite au patient de raconter plusieurs fois une histoire personnelle souvent douloureuse, et contribue parfois à l'appriivoiser, à le fidéliser et à effectuer un suivi plus adapté. Cependant, la personne a toujours le choix d'accepter, de refuser et de modifier l'offre thérapeutique ou sociale proposée. Certaines associations mettent en avant la responsabilisation de la personne dans sa prise en charge socio sanitaire : elles proposent des soins auxquels le patient choisit de recourir en faisant la démarche de venir dans le centre dédié à cet effet.

L'accompagnement médico-social se fait dans la discrétion voire l'anonymat et peut au besoin se réaliser en allant à la rencontre des personnes en situation de précarité sociale. Une continuité de l'accompagnement dans la durée peut néanmoins être préservée malgré des prises en charge fractionnées imposées par des présences ponctuelles.

## **B/ Des professionnels engagés autour d'une précarité sociale polymorphe**

### **1/ Des compétences reconnues (gestion, relationnel, pédagogie...)**

Des compétences en gestion permettent d'assurer la qualité du suivi des dossiers administratifs individuels (ouverture de droits, traitement accéléré des demandes de remboursement, etc.). Des qualités relationnelles sont requises pour entrer en contact avec certaines personnes en situation de précarité, parfois distantes.

La formation des professionnels se fait souvent sur le terrain. L'acquisition de leur savoir-faire passe par une mutualisation des expériences entre différents professionnels. Mais des savoirs peuvent être également élaborés collectivement à l'occasion d'échanges entre groupes de travail.

Certains professionnels commencent à mobiliser leurs expériences au profit de formations touchant des élèves infirmiers et des internes en médecine. Malheureusement, ces initiatives sont encore trop rares.

## **2/ Un partenariat actif**

Les dispositifs d'accueil sont constitués d'équipes pluri-disciplinaires. Une prise en charge transversale, à la fois sociale et médico-sociale, nécessite de dépasser sa culture professionnelle d'origine pour développer une complémentarité sans cloisonnement. Par exemple, les antennes santé du département de l'Eure (16 permanences de consultation d'insertion) s'insèrent dans le dispositif du RMI, géré par le Conseil Général. 329 personnes sont ainsi suivies dans le cadre de projets locaux de soins, axés sur la prévention et la promotion de la santé. Parmi elles, 29 ont été prises en charge par la PASS de Louviers pour ses compétences psychologiques. Cette illustration démontre le partenariat dynamique entre les antennes Santé, le Conseil Général et la PASS.

Des réseaux informels peuvent lier des établissements publics et des associations afin de suppléer aux carences des dispositifs existants et au manque de moyens. (hébergement, délivrance de médicaments gratuits, distribution de nourriture...) Mais ils peuvent être aussi formalisés par des conventions, un Groupement de Coopération Sanitaire...etc... La mise en réseau peut par conséquent accélérer l'admission en centre de suite et de réadaptation, l'accès à une consultation de spécialiste. Elle améliore la réactivité des structures, et donc la qualité de l'accompagnement.

## **3/ Des professionnels « militants »**

Les échanges apparaissent parfois enrichis et profitables quand les acteurs de santé s'investissent jusqu'au quasi militantisme au sein de l'institution. Armés de conviction, ils placent leurs valeurs professionnelles et personnelles au cœur de leurs actions. Y compris pour les médecins libéraux au contact des personnes en situation de précarité sociale, l'action médicale découle d'une philosophie du soin centrée sur la personne, indépendamment des habitudes de leurs collègues praticiens. Elle conduit à proposer une prise en charge holistique qui intègre promotion de la santé – éducation, prévention- et réponses aux besoins sanitaires et sociaux.

Au cours d'un entretien, l'un des promoteurs des PASS attribue une partie de la réussite des dispositifs à l'implication forte des acteurs. A contrario, l'effacement d'un membre actif peut se traduire par la disparition de la structure. A Evreux, les professionnels de santé sont à l'origine du projet, de la constitution du conseil d'administration et d'une organisation spécifique des instances. Celles-ci prévoient une autorégulation du dispositif de manière à préserver l'autonomie de la structure par rapport aux institutions extérieures. Elles s'attachent à préserver les modalités de gestion et d'organisation qu'elles associent à leur conception de la prise en charge de l'addictologie.

L'hétérogénéité des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité relationnelle ainsi que l'engagement des professionnels de santé les conduisent à surinvestir bien souvent leurs relations aux patients et leurs habitudes professionnelles. Une assistante sociale d'un CHU animatrice d'une PASS, a pu confier : « La PASS c'est moi », appropriation caractéristique d'un investissement personnel fort.

#### **4/ Une précarité à plusieurs visages**

De nombreuses personnes en situation de précarité sociale ne fréquentent que ponctuellement les centres de soins, lorsqu'elles souffrent d'affections<sup>17</sup>. En effet, la précarité n'est pas qu'une notion objective, se traduisant par une absence de sécurité matérielle, affective et sociale. Elle est aussi un ressenti, lié à chacun. En ce sens, la précarité est polymorphe. Et c'est là toute la difficulté de la prise en charge. Il peut être nécessaire de prévoir une période d'approvisionnement mutuel, fonction de la gravité des problèmes et du degré de désocialisation. Le suivi médical qui s'en suit peut en effet être la résultante d'une « non demande » explicite, en raison du caractère innommable de la situation. Le temps du patient prime donc sur le temps institutionnel.

Le comportement d'évitement qui caractérise parfois les patients en situation de précarité peut s'expliquer par un fort sentiment d'humiliation.

Pour les uns, les visites sont irrégulières, elles correspondent à une utilisation marginale des services proposés. Les dispositifs sont parfois instrumentalisés afin de bénéficier d'aides à caractère social voire matériel.

Pour les autres, ils considèrent souvent leurs difficultés comme temporaires et l'aide sollicitée est transitoire.

Enfin, ces structures sont toujours considérées comme des lieux d'accueil. La relation de confiance entre le soignant et le patient rend le service moins anonyme, plus protecteur et sans jugement de valeur. Ainsi, ce français de 35 ans bénéficiaire du RMI qui vit dans la rue avec des amis, explique qu'il n'est jamais malade mais qu'il se rendrait à l'hôpital si son diagnostic vital était en jeu. Il confie que certains de ses amis ont recours au centre de soins gratuits et qu'ils en sont satisfaits.

---

<sup>17</sup> PARIZOT (Isabelle), *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Lien Social, PUF, Paris, 2003.

### **III Des limites qui hypothèquent la qualité de prise en charge**

#### **A/ Des organisations qui se heurtent à de nombreux obstacles**

##### **1/ Un cadre législatif, politique et budgétaire parfois contraignant**

Les actions des professionnels de terrain s'insèrent dans un cadre législatif ouvert à la diversité des modalités de prise en charge. En effet, elles tendent de répondre à des problématiques complexes et imbriquées (logement, emploi, santé...). La loi de 1998 relative à la lutte contre les exclusions a permis de proposer des solutions supplémentaires pour répondre à ces nouveaux besoins. Ainsi, l'aide sociale construite sur le fondement de la domiciliation paraît difficilement compatible avec un mode de vie nomade ou s'accommode mal du statut des personnes en situation irrégulière sur le territoire. La qualité des dispositifs reste hétérogène. Plusieurs observateurs s'accordent à dire que seul un tiers des PASS parisiennes remplirait correctement leur mission. Le recensement du nombre de personnes suivies paraît indispensable pour solliciter des moyens financiers. Mais la traçabilité des actions aux services des personnes accompagnées peut nuire à leur anonymat. Cette volonté légitime de discrétion s'accommode mal de l'obligation pour l'hôpital de justifier ses dépenses.

Tous les professionnels regrettent une absence de pérennité des financements et la complexité du montage. Pour certains dispositifs, le budget est à renégocier tous les ans (espace santé insertion, antenne d'accueil médico-social) et avec de multiples interlocuteurs (DASS, Conseil Général, DRASS...). Il se peut que le budget de la PASS se résume au financement d'un salaire d'assistante sociale dédiée. L'incertitude des modes de financement induit une vulnérabilité des budgets, et une difficulté de projection des équipes dans l'élaboration des projets à moyen terme. Les associations rencontrent cette même difficulté. Médecins du Monde est par exemple financé à 62% par les dons et à 35% par les subventions publiques. La baisse du recueil des fonds et la dépendance financière vis-à-vis des pouvoirs publics fragilisent sensiblement les associations. Enfin, l'impact médiatique international sur certains désastres humanitaires attire les donateurs au détriment de problématiques de proximité, moins visibles.

##### **2/ Une précarité géographique induisant une inégalité de l'offre de soins**

L'accès aux soins peut-être précarisé du fait d'une offre de soin inégalement répartie sur le territoire. Par exemple, seize médecins de ville sont partis à la retraite sans avoir été remplacés faute de relève à Nanterre. Ce déficit démographique médical amplifie l'absence de recours aux soins pour les populations précaires. Celles-ci sont en

effet réorientées vers l'hôpital. L'hyper spécialisation de l'hôpital centrée sur une médecine d'organe se fait au détriment des personnes démunies nécessitant un accompagnement médico psycho social. A Nanterre, un enfant de moins de deux ans ayant une appendicite ne peut être pris en charge qu'à Necker ou à Debré, faute d'anesthésistes spécialisés dans la prise en charge des enfants. Ceci implique de disposer d'un moyen de transport. Or, plus de la moitié des habitants du territoire de santé n'en dispose pas. L'éloignement engendre un coût notable pour les parents en demande de visite, et par là des difficultés d'accès aux soins pour les familles en situation de vulnérabilité.

### **3/ Une gestion très imparfaite des périodes de transition entre l'hôpital et l'extérieur**

La gestion des périodes de transition entre l'hôpital et l'extérieur est imparfaite. Plusieurs structures nous ont fait part d'un besoin de lits intermédiaires dans l'esprit des lits « halte soin santé ». Cet espace thérapeutique de transition permet d'accompagner le patient dans son suivi médical. Sans ce dispositif intermédiaire, il n'est pas rare que des sans abris repartent des urgences avec une prescription médicale sans l'utiliser. Par exemple, des personnes SDF et itinérantes ont été amenées par les pompiers dans différents services d'urgence pour le même symptôme (crise comitiale). Elles ont alors subi plusieurs IRM conformément aux protocoles de bonnes pratiques sans qu'aucune démarche thérapeutique ne soit engagée sur le long terme. En effet, le suivi des soins post aigus lorsqu'il ne s'effectue pas au sein de l'hôpital ou d'associations proposant un hébergement (cf ordonnance de soins à domicile à des SDF) n'est plus possible ensuite. Il nous a été cité le cas des immigrés de Sangatte pour lesquels le suivi médical est délicat.

### **4. Une inadéquation entre les structures d'accueil et les populations cibles**

Les modalités d'accueil dans les structures peuvent être en inadéquation avec les conditions de vie des personnes en situation de précarité. La prise de rendez-vous en addictologie par exemple, suppose de rentrer dans un espace temporel normalisé. Une prise de contact technicisée de type plate-forme téléphonique peut décourager toute personne ayant en amont besoin d'aide pour s'inscrire dans la réalité institutionnelle (dossier CAF). Pourtant, la rencontre préparée entre professionnels et personnes en situation de précarité peut permettre l'instauration d'une relation de confiance et le décryptage de la véritable problématique. Derrière une « demande prétexte » et banalisée (« j'ai mal au dos », « je suis fatigué »...) se cache parfois un réel problème somatique. La première rencontre paraît ainsi essentielle.



## **5/ Des dispositifs souvent victimes de leur succès**

L'ampleur numérique (3 millions de personnes renonceraient aux soins faute de complémentaire santé<sup>18</sup>) des personnes concernées confronte les dispositifs aux limites de leurs possibilités d'accueil. Les institutions et associations concernées, engorgées, s'astreignent à opérer des choix organisationnels et quantitatifs dans leurs procédures d'accueil pour préserver une qualité de travail. D'une part, les heures d'ouverture canalisent le flux. D'autre part, la régulation peut se faire en mélangeant des prises de rendez-vous et du non programmé (Pontoise). Optant pour une organisation bien différente, d'autres multiplient au contraire les opportunités de rencontre pour favoriser dans un second temps l'accès, le suivi et la prise en charge (accès méthadone). Certaines sont saturées par défaut d'offres de soins suffisantes sur le territoire de santé. A Evreux, Adissa Santé a ouvert un point écoute jeune, mais victime de son succès, elle ne parvient plus à faire face à la demande. Des conditions d'accueil conviviales à l'intérieur de certains dispositifs thérapeutiques ont pu détourner des consultations médicales de leur objet premier. Au CASO de Paris par exemple, les offres de café et de yaourts ont été limitées afin de recentrer les personnes accueillies sur leur projet de soin.

## **B/ Des pratiques professionnelles empiriques et non formalisées...**

### **1/ Un cloisonnement des modes de prises en charge allant jusqu'à la concurrence**

La plupart des professionnels souligne un défaut de coordination entre organismes. Il est particulièrement patent du fait de la séparation entre le secteur sanitaire et le secteur social. Cette séparation est matérialisée par des tutelles et des canaux de financement différents, et renforcée par des cultures professionnelles propres. Même au CASH de Nanterre où historiquement les cultures s'interpénètrent, des cloisonnements réapparaissent. Les internes ne se forment plus au CHAPSA comme autrefois. L'élaboration de réseaux est difficile. Sur l'ensemble de la région parisienne, le partenariat en matière de santé mentale est nettement insuffisant. Or, les personnes en situation de précarité sont souvent en souffrance psychique, ce qui nécessiterait un appui de la psychiatrie de secteur. Par ailleurs, tous les professionnels soulignent que la coopération reste insatisfaisante avec des médecins de ville peu formés à la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité. Leur méconnaissance des droits des personnes en situation précaire et des dispositifs (formulaire AME et CMU) peut les conduire à un refus de prise en charge. Dans le cadre de la mise en place des protocoles

---

<sup>18</sup> *Au possible nous sommes tenus* Rapport de la Commission famille, vulnérabilité, pauvreté présidé par Martin Hirsch, résolution n° 8 « Ne pas cumuler inégalités sociales et inégalités de santé » p. 69

« méthadone », les centres en addictologie apprécient d'être secondés par les médecins de ville pour réguler la file active de leurs bénéficiaires et les insérer dans un réseau de soin de qualité.

Les associations elles-mêmes sont confrontées à des difficultés de partenariats inhérentes à des philosophies particulières (bénévolat ou professionnalisme, inscription pérenne ou non pérenne dans l'action). Ces différences s'accroissent au regard des modes et des niveaux de financement pouvant s'exprimer parfois sur le terrain jusqu'à la concurrence. Les associations réagissent, notamment en fonction de la mobilisation publique, sur les problématiques des personnes en situation de précarité. Aussi, des chevauchements peuvent se produire, opposant un principe d'action au long cours à une action ciblée et ponctuelle (exemple d'une double mobilisation auprès des clandestins de Sangatte suite à la fermeture du centre). En outre, leur manque de concertation peut plus simplement conduire à des actions redondantes. Sollicitées par des modes d'alerte différents, deux associations peuvent se retrouver sur la même intervention au même moment (camionnettes maraudant à Paris au secours des SDF).

Parfois, les moyens déployés sont inadaptés aux personnes les plus précaires. Les urgences, en première ligne dans leur accueil, agissent dans l'instant, mais elles reconnaissent fournir un soin exclusivement médical qui ne tient pas compte du patient dans sa globalité. Généralement adossées aux urgences de l'hôpital, les PASS s'inscrivent en relais d'une prise en charge holistique de la personne. Pourtant, le manque de moyens humains hypothèque souvent les ambitions affichées. Des structures de type CHAPSA ou CHRS de Nanterre n'ont qu'un SIAD pour faire un suivi médical sur des populations très en demande de soins. Ce manque de moyens entraîne les professionnels les plus impliqués dans des glissements de fonctions. Ce faisant, ils épuisent d'autant plus leurs disponibilités pour de nouvelles prises en charge. Cet engagement des professionnels fait la force des dispositifs mais aussi leur faiblesse. Les réseaux sont souvent développés sur un mode interpersonnel si bien que lorsqu'un maillon disparaît, l'ensemble du réseau s'effondre.

## **2/ Des professionnels qui transgressent leurs propres pratiques**

A l'intérieur de ces dispositifs, les pratiques thérapeutiques des professionnels se développent en fonction des problématiques rencontrées. Elles s'inscrivent au-delà des métiers dans un savoir faire ad hoc. Ils aménagent leurs pratiques et peuvent sortir de leurs champs de compétence pouvant aller jusqu'à transgresser les règles institutionnelles établies (utilisation de la voiture personnelle, distribution de cigarettes). Le

professionnel sort en effet de ses pratiques professionnelles strictes et s'expose sur le plan de la responsabilité juridique. L'ordonnance n'est plus la référence médicale absolue puisque tout doit se négocier avec la personne en difficulté en fonction de sa compliance aux soins. Ces adaptations non formalisées, et parfois seulement conceptualisées a posteriori, rendent la transmission de ce « savoir faire » malaisée. Ainsi, cette difficulté de transmettre un savoir partagé et des pratiques marginales entre professionnels rend leurs actions peu lisibles et peu visibles au regard de leurs institutions du fait de la confusion dans les pratiques des responsabilités professionnelles et citoyennes.

### **3/ Une formation insuffisante et une connaissance parcellaire des populations accueillies**

En règle générale, on peut noter un défaut de formation tant médical qu'infirmier sur les problématiques liées aux personnes en situation de vulnérabilité en raison du manque d'études épidémiologiques précises.

Un suivi statistique ou épidémiologique par territoire de santé aurait permis d'orienter les dispositifs de soins sur des problèmes de santé locaux récurrents. Par ailleurs, on ne parvient pas à quantifier le surplus de charges du à la précarité. Pourtant, le basculement total du budget (part des MIG dans l'EPRD) des hôpitaux à la tarification à l'activité en 2009 ne devrait pas permettre de se passer de ce chiffrage. La formation médicale à la santé publique reste subsidiaire, les sciences humaines ont baissé en volume horaire.

## **C/ Des bénéficiaires mobiles et parfois insaisissables**

### **1/ Des personnes en situation de précarité difficilement accessibles**

Les personnes en situation de précarité ont des parcours de vie hétérogènes. Bien souvent l'étranger en situation irrégulière œuvre pour éviter toute identification tandis que d'autres, pris dans des réseaux captifs de type mafieux (prostitution, toxicomanie), sont empêchés d'accéder aux dispositifs proposés. Le cumul de ces difficultés les marginalise d'autant plus. Par conséquent, les associations mobiles n'accèdent aux plus précaires que par la maraude. La barrière de la langue, les différences culturelles et culturelles ne favorisent pas l'approche. De plus, c'est une population mobile, non sédentarisée, confrontée au réaménagement des espaces urbains (ajout d'accoudoirs sur les bancs publics, suppression des bancs dans les métros, fermeture des renforcements d'immeubles par des grilles). Elle est dispersée à la périphérie des villes dans des lieux non accessibles (pont de périphérie, lisières de bois, tunnels des Halles). La volatilité

de populations déjà insaisissables s'accroît ainsi, ce qui complique la tâche des associations, les plaçant parfois dans l'insécurité. Leurs conditions de vie précaires (errance, mal logement, perte de la temporalité...) s'accompagnent mal d'une inscription spatio-temporelle nécessaire à un parcours de soins classique.

## **2/ Des bénéficiaires parfois en non demande de soins**

Compte tenu de leur désœuvrement et d'une incompréhension des dispositifs proposés, les services médicaux peuvent être utilisés de façon marginale voire détournée de leur mission première (alimentation, hygiène, logement...). Ces populations sont également difficiles à approcher, soit parce qu'elles sont non demandeuses, soit parce qu'elles n'ont pas conscience de leur état. Dans son livre Je vous salis ma rue, Sylvie QUESEMAND ZUCCA psychiatre et psychanalyste, décrit l'expérience d'un confrère comme suit : *"Xavier Emmanuelli rappelle souvent combien il a été étonné, lorsqu'il a commencé à travailler à Nanterre, par l'importance des lésions somatiques des grands exclus : "J'étais frappé de voir des hommes avec d'immenses plaies qui les rongeaient jusqu'à l'os, la chaussette encastrée sous la peau, dans les muscles, et je leur demandais bien sûr s'ils avaient mal. Ils n'avaient pas l'air de comprendre ma question. Je me souviens d'un homme gravement brûlé aux jambes, et je lui posais cette question, encore : votre jambe, là, elle est brûlée, elle vous fait mal ? Et il me répondait, non, elle me fait pas mal, c'est pas ma jambe »*<sup>19</sup>. Mais ces personnes peuvent aussi méconnaître ou fuir des dispositifs (étrangers en situation irrégulière redoutant d'être repérés). Parfois, pour certaines d'entre elles la prise en charge peut signifier être « délogés » d'un espace vital. Rejoindre une structure d'hébergement peut même comporter d'autres dangers (violences, vols...).

## **3/ Des personnes en situation de précarité faisant face à la complexité administrative**

Les populations vulnérables cherchent souvent à rentrer dans le droit commun. Cependant, d'autres ne revendiquent pas leurs droits ou ne vont pas jusqu'au bout de la demande, du fait d'une image de soi dépréciée, de la barrière de la langue, des différences culturelles. L'accès au droit commun est freiné par la complexité administrative. En effet, de nombreuses pièces justificatives sont nécessaires à la constitution d'un dossier CMU ou AME (pièce d'identité, justificatif de domicile effectif de plus de trois mois, ressources...)

---

<sup>19</sup> Sylvie Quésémand Zucca, *Je vous salis ma rue*. Clinique de la désocialisation, éd. Stock, mars 2007, p. 82.

#### **4/ Une prise en charge nécessairement globale**

La prise en charge strictement médicale déconnectée du champ social est vouée à l'échec. En effet, les populations en situation de précarité souffrent de multiples pathologies associées à un délitement du lien social. Par exemple, le sevrage alcoolique peut parfois être un premier pas vers la resocialisation mais, dans le même temps, il met la personne vulnérable face à un vide qui peut être affectif, relationnel et social. Le risque de récurrence est alors plus prononcé.

Au total, l'accès aux soins est plutôt balisé. En revanche, le suivi médical et social des personnes en situation de précarité est beaucoup plus aléatoire. Il dépend d'une prise en charge avec les travailleurs sociaux. Quand elles ont un accès aux soins, elles cherchent l'immédiété du soin à un problème aigu, sans s'inscrire dans le « prendre soin futur ». Les actes à visée diagnostique peuvent ainsi se répéter à l'Hôpital sans succès.

## **IV – Les voies d’amélioration envisageables**

### **A/ Renforcer la clarté des orientations politiques en matière d’accès aux soins des personnes en situation précaire**

**1/ Les dispositifs visant à améliorer l’accès et la continuité des soins pour les personnes en situation précaire évoluent dans un contexte d’ambiguïté qu’il conviendrait de clarifier.**

a/ Les paradoxes de l’action publique en matière d’accès aux soins des personnes en situation précaire

Les acteurs sont confrontés au paradoxe suivant : tandis que la CMU a été conçue comme la solution permettant cette prise en charge au travers d’un dispositif de droit commun, respectant le principe républicain d’égalité de traitement, les expériences confirment que ce dispositif uniforme n’égalise pas l’accès effectif aux soins.

Cette dimension paradoxale se décline aussi à des niveaux plus opérationnels :

- l’intérêt de l’usager est-il dans la préservation du secret médical/professionnel (gage d’utilisation des services), au prix d’une impossibilité de suivi thérapeutique ? Réside-t-il dans l’absence de stigmatisation au risque d’ignorer un besoin de santé non couvert ?
- l’intérêt de l’usager passe-t-il par une compétition entre les structures de santé, dès lors que cette compétition n’inclut pas explicitement une mission de service public en direction des exclus (comme en témoignent l’engagement variable des hôpitaux à l’égard de ces populations et la persistance de cette concurrence en lieu et place d’une collaboration au sein des réseaux) ?

La réponse actuelle implique des dispositifs spécialisés, le plus souvent associatifs, ou s’ils siègent au sein d’un système public, soutenus par la conjonction de motivations et affinités individuelles des personnels. Ainsi, l’ultime paradoxe réside dans l’instauration de dispositifs particuliers visant à l’accès effectif au droit commun.

b/ Quelles voies d’amélioration ? Rejoindre le droit commun ou renforcer les dispositifs particuliers ?

En termes de politiques publiques, compte tenu de moyens limités, les options peuvent être résumées comme suit :

- Améliorer le dispositif de droit commun pour garantir un accès effectif et équitable.

- Accepter l'idée de traitements particuliers pour les situations particulièrement défavorisées, en complément du dispositif existant, avec des risques de rétention des usagers dans des dispositifs parallèles.

Quelle que soit l'option considérée, les choix ne sont pas fondés sur des bases scientifiques. Au-delà d'études de cas, les données en population concernant le pourcentage d'exclus effectivement pris en charge et le coût total de ces prises en charges sont parcellaires. Par suite, le paradoxe ressenti à divers degrés par les professionnels, qui ne peut ni être tranché ni justifié, demeure une source de malaise.

En conséquence, une proposition générique issue de cette étude concerne l'amélioration des systèmes d'information et de l'utilisation des informations dans l'évaluation et l'élaboration des politiques publiques régulant l'accès aux soins. Quelques propositions opérationnelles sont développées dans la suite de ce chapitre.

## **2/ L'examen des dispositifs d'accès aux soins pour les précaires souligne certaines insuffisances du système sanitaire et social**

### a/ Les insuffisances de la prévention dans le système actuel

Mis en exergue par le rapport public annuel 2003 de l'IGAS<sup>20</sup>, les insuffisances du travail de prévention sont couramment évoquées par les professionnels de santé rencontrés. Des solutions et des voies d'amélioration sont, selon eux, à rechercher dans le renforcement en général du dispositif français en la matière. Très en amont des dispositifs d'accès aux soins et de suivi médical des personnes en situation de précarité, ces propositions sont seulement ici mentionnées. Ont notamment été évoqués :

- La nécessité de renforcer l'entourage sanitaire dès la petite enfance (« un vrai service public de la petite enfance ») ainsi que son suivi à l'enfance, à l'adolescence (renforcement du suivi médical et psychologique en milieu scolaire et universitaire) ;
- La nécessité de multiplier les interventions en matière d'éducation à la santé ;
- Le développement de dispositifs d'aide à la parentalité

---

<sup>20</sup> Inspection Générale des Affaires Sociales, Rapport public 2003, Santé, pour une politique de prévention durable.

b/ L'insuffisante lisibilité et le cloisonnement de l'action publique en matière sanitaire et sociale

L'ensemble des acteurs rencontrés met l'accent sur ce défaut majeur du système sanitaire et social français :

- renforcer la coordination des acteurs de la prise en charge, décroisonner les structures sociales, médico-sociales et sanitaires
- Affirmer la vocation sociale de l'hôpital. La construction d'une offre spécifique adaptée aux caractéristiques sociales des patients, amorcée avec le dispositif des PASS, doit être poursuivie, en développant notamment l'accueil non urgent à l'hôpital

## **B/ Globaliser la prise en charge et renforcer la pluridisciplinarité et la transversalité**

### **1. La prise en charge des personnes en situation de précarité sociale doit être globale et orientée vers un projet de vie...**

a/ La prise en charge doit être médico-socio-psychologique

- Les modes de prise en charge étudiés associent, sans division du travail trop rigide, des personnels médicaux (médecins généralistes et spécialistes), paramédicaux (infirmiers, psychologues) et socio-éducatifs (assistants sociaux) ;
- les besoins de santé des personnes en situation de précarité doivent être analysés dans toutes leurs dimensions médicales (somatiques et psychiatriques), sociales (logement, emploi) psychologiques et personnelles (image de soi, situation familiale).

b/ la prise en charge doit être tournée vers la construction d'un projet de vie, de réinsertion, afin d'éviter la logique de l'exclusion définitive

- les professionnels de santé ont un rôle de repérage de tous les besoins médicaux et sociaux, puis d'orientation vers des prises en charge ciblées et adaptées qui s'intègrent dans un programme de prise en charge médico-social personnalisé.
- Cette prise en charge personnalisée doit avoir pour finalité de réintégrer le plus tôt possible dans le droit commun les personnes en situation de vulnérabilité sociale



## **2. Ce qui suppose de renforcer la pluridisciplinarité des équipes et la transversalité des dispositifs**

a/ la pluridisciplinarité des équipes doit, dans ce cadre, être renforcée

- Les équipes doivent associer, dans une logique de complémentarité, les compétences des médecins, des psychologues, des infirmiers, des assistants sociaux et des secrétaires médicales et médico-sociales
- La formation continue des personnels doit faire l'objet d'un travail de programmation

b/ la transversalité des dispositifs doit être recherchée

- un partenariat avec les différents acteurs concernés, réunis dans le cadre d'une inter-professionnalité mêlant compétences médicales et sociales, doit être privilégié
- Une telle approche doit être intégrée dans une coordination et une transversalité constructive entre le médical et le social en décroissant ces deux systèmes

## **C/ L'autonomie de dispositifs fortement ancrés localement sera renforcée par la construction de dispositifs de mutualisation des expériences, de diffusion des bonnes pratiques**

### **1/ Les dispositifs et structures étudiés, souvent peu reproductibles, ont enclenché des dynamiques de projets qu'il convient de soutenir**

- tout réseau est fortement dépendant des personnes qui l'incarnent ; il en ressort une faiblesse de réseaux fort peu formalisés
- l'appui et le portage institutionnel est plutôt un facteur favorable (exemple de l'ASDES Nanterre et soutenu par le Conseil Général)
- favoriser les démarches de cofinancement sur projets

### **2/ La construction de dispositifs-ressources permettrait de capitaliser les expériences, de diffuser les bonnes pratiques**

- La Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS) fournit, en matière de capitalisation des expériences, un excellent exemple : elle offre, sur son site internet, un guide méthodologique aux

associations qui souhaitent intégrer dans leur démarche une dimension « accès aux services de soins et de santé »<sup>21</sup>

## **D/ Renforcer l'effectivité du recours aux soins Le diagnostic émis par les professionnels rencontrés s'avère globalement positif mais des points doivent être améliorés :**

### **1/ Assurer le recours aux soins pour tous**

Certaines personnes ne recourent pas aux soins alors même qu'elles en ont besoin :

- personnes confrontées à une incompréhension des systèmes. Il convient donc de lutter contre les fausses représentations des usagers par une action informative renforcée relative aux dispositifs.
- personnes exclues du système du fait de la réglementation (« infra-Rmistés, effets seuil de la CMU, personnes en situation irrégulière en France depuis moins de trois mois, personnes sans domicile de rattachement). Il est intéressant de favoriser l'émergence de dispositifs pertinents par l'expérimentation (exemple : négociation de l'Antenne d'accueil médical, AAM d'une convention avec la mutuelle du personnel de l'association afin de créer un régime résidents intéressant qui permet aux personnes ne bénéficiant pas de la CMUC d'accéder à une mutuelle complémentaire).

### **2/ Simplifier les procédures administratives afin de permettre un rapide recours aux soins**

Une réflexion au sein de chaque institution est nécessaire pour simplifier les voies de transmissions des dossiers (exemple : lien direct avec le tiers payant à la polyclinique de Nanterre en voie de formalisation pour permettre un gain de temps dans la transmission des informations et des factures) et positionner les missions de chaque acteur.

### **3/ Favoriser l'expression d'une demande de soins**

L'essentiel de l'action de nombreux acteurs se concentre sur l'ouverture des droits des personnes comme condition de l'accès aux soins. Or, l'accès aux droits ne suffit pas à garantir l'accès aux soins car, en amont, les usagers peuvent ne pas avoir exprimé une demande de soins. Il est donc nécessaire d'aller au devant des personnes, de susciter,

---

<sup>21</sup> FNARS, Guide méthodologique de l'accompagnement santé, n°40, décembre 2006, <http://www.fnars.org/upload/ressource/r1169559468.PDF>

d'aider à la formalisation d'une demande de soins et, dès lors, d'adapter les structures aux personnes. Un accueil personnalisé tente de répondre aux besoins de la personne. Il faudrait notamment :

- mettre en place des lieux d'expression faciles d'accès (les lieux d'accueil sans RDV comme les PASS), multiplier les portes d'entrée qui existent dans les structures (exemple de l'AAM à travers l'urgence sociale, les foyers d'hébergement, les services sociaux généralistes, les services sociaux spécialisés, les organismes de santé), généraliser l'existence d'espaces privilégiés propices à la naissance du lien (cafétéria, fauteuils...)
- simplifier les prises de contact (exemple : numéro d'appel unique d'ADDISSA qui oriente les usagers vers la structure la plus adaptée à leurs besoins).
- adapter et actualiser en permanence les différents protocoles d'accueil et d'accroche thérapeutique aux demandes des usagers (raccourcissement des délais ; allègement).

## **E/ Assurer la continuité des soins**

Si le recours aux soins demeure globalement effectif, tous les professionnels rencontrés s'accordent à souligner la difficulté d'assurer un bon suivi. Il est impératif de nourrir une réflexion afin d'assurer la continuité des soins.

### **1/ Favoriser le souci d'une prise en charge continu au delà de l'accès aux soins**

- Assurer une pérennité des personnels dans le suivi des personnes afin d'instaurer une relation de confiance
- Instaurer une visite médicale quasi obligatoire pour toutes les personnes intégrant un établissement permettant de développer l'accès aux soins.
- Limiter les facteurs de suivi médical aléatoire (interventions multiples réparties dans l'espace et le temps, délais pour le plateau technique, les spécialistes...) en instaurant par exemple un guichet unique pluridisciplinaire donnant lieu à des « fiches liaison » assurant le suivi.
- Assurer la traçabilité du suivi des personnes (transmission entre les professionnels)

## **2/ Développer une mise en réseau des différents acteurs prenant en charge une personne**

- Développer des systèmes d'information comme celui du service de Santé Mentale et Exclusion Sociale (SMES) de Saint Anne en lien avec les activités de formation, information, concertation<sup>22</sup>.
- Favoriser la complémentarité des actions d'acteurs majeurs plutôt que la concurrence (exemple des associations MDM et MSF)
- Articuler des réseaux de santé, pour être efficace, avec l'hôpital sans être centré sur lui et favoriser une vraie pluridisciplinarité afin que tous les acteurs y trouvent leur intérêt.

## **3/ Favoriser une meilleure gestion des transitions vécues par les usagers**

Souvent, le passage entre l'hospitalisation et l'extérieur est difficile à gérer. Il convient d'encourager le développement de structure de transition (exemple : Département des Conduites Addictives du Centre Hospitalier Guillaume Régnier à Rennes au sein duquel une activité « hôpital de jour » est envisagée pour mieux gérer les périodes de transition). Dans le même ordre d'idées, des Lits halte soins santé seraient à promouvoir pour éviter des hospitalisations successives alors qu'il aurait suffi de structures intermédiaires pour assurer un rétablissement.

## **F/ Evaluation**

Il est indispensable de mettre en place une évaluation des politiques, des dispositifs et des pratiques professionnelles évoquées précédemment afin de s'assurer de leur efficacité et de les améliorer. L'évaluation doit prendre en compte les points de vue des usagers, des professionnels et des institutions concernés. Un appui technique adapté pour évaluer les actions de chaque acteur doit être ainsi élaboré.

- Recueil auprès des professionnels utilisateurs d'informations ayant trait au temps consommé pour comprendre et remplir les documents administratifs (demandes de prise en charge Assurance Maladie ou Maison Départementale du Handicap)
- Recensement systématique des initiatives issues de la communauté et du milieu associatif, selon un format et un système qui permettent d'en faire le bilan à l'échelon des besoins de la population.

---

<sup>22</sup> Voir notamment le rapport d'activité 2004 du service SMES, Centre Hospitalier Sainte-Anne.

---

## Bibliographie

---

BAZIN (F.), PARIZOT (Isabelle), CHAUVIN (Pierre.), « Déterminants psychosociaux des inégalités de la santé. Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001 », *Sciences sociales et santé*, N:3, 2006, pp. 11-31.

BAZIN F, PARIZOT (Isabelle), CHAUVIN (Pierre), « Original approach to the individual characteristics associated with forgone healthcare . A study in underprivileged areas, Paris region, France, 2001–2003 », *European Journal of Public Health*, Volume 15, Number 4, Pp. 361-367.

CHAIX B, CHAUVIN (Pierre), *Les déterminants contextuels et spatiaux des modes de recours aux soins*, Rapport scientifique à l'Action Concertée Incitative "Terrains, techniques, théories ; travail interdisciplinaire en sciences humaines et sociales", Paris, Inserm U707, Décembre 2004, 68 p.

CHAIX B, CHAUVIN (Pierre), « Influence du contexte de résidence sur le comportement de recours aux soins. L'apport des méthodes d'analyse multiniveaux et spatiales », *Questions d'Economie de la Santé*, n°104, décembre 2005.

CHAUVIN (Pierre), PARIZOT (Isabelle), *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, INSERM, Paris, 2005, 325p.

DECLERCK Patrick, *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Plon, 2001.

ENA, Séminaire « Les politiques de santé », Groupe n° 5 « Les inégalités de santé », Promotion 2002-2004

HIRSCH Martin, *Au possible nous sommes tenus : Rapport de la Commission Familles, Vulnérabilité, Pauvreté*, 2005

IGAS, Rapport public annuel 2003, *Santé, Pour une politique de prévention durable*

GALLIE D, PAUGAM (Serge), *Précarité et intégration sociales*, Rapport pour la Commission Européenne, Direction Générale de l'emploi, Bruxelles, EORG, octobre 2002, 169 p.

GALLIE D, PAUGAM (Serge), *Social precariousity and social integration*, Report for the European Commission, based on Eurobarometer 56.1, october 2002, 186 p.

LEBAS (Jacques), CHAUVIN (Pierre), KOUCHNER (Bernard) / préf., *Précarité et santé*, Médecine-Sciences, Flammarion, Paris, 1998, 299p.

PARIZOT (Isabelle), *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Lien Social, PUF, Paris, 2003, 296p.

PARIZOT (Isabelle), « La prise en charge des malades démunis : entre univers médical et univers humaniste », in PAUGAM (Serge), *Repenser la solidarité. Vers un nouveau contrat social ?*, Lien social, PUF, 2007, 992 p.

PARIZOT (Isabelle), CHAUVIN (Pierre), Firdion JM, Paugam S. *Santé, inégalités et ruptures sociales dans les zones urbaines sensibles d'Ile-de-France*, Synthèse de recherche pour l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, Paris, 2003, 45 p.

PARIZOT (Isabelle), CHAUVIN (Pierre), « Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol.51, n°6, 2003: 577-588.

PARIZOT (Isabelle), PECHOUX S, BAZIN F, CHAUVIN (Pierre), *Enquête sur la santé et le recours aux soins dans les quartiers de la Politique de la Ville du 20ème arrondissement de Paris*, Rapport pour la Mission Ville de la Préfecture de Paris. Paris, Inserm U444, Mai 2004, 203 p.

PAUGAM (Serge) / dir., MARTIN (Claude), SCHWEYER (François-Xavier), *L'exclusion l'état des savoirs*, Editions La Découverte, Paris, 1996, 583p.

PERETTI-WATEL (P.), « Lien social et santé en situation de précarité : état de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide », *Economie et statistique*, 2006, N:391-392, pp. 115-130.

QUESEMAND ZUCCA Sylvie, *Je vous salis ma rue. Clinique de la désocialisation*, Stock, 2007

### **Prise en charge par l'hôpital**

AMEISEN (Jean-Claude), « L'hôpital face à l'exclusion », *Hôpitaux magazine*, janvier 2007.

SCHWEYER (François-Xavier), « Les hospitaliers et la solidarité : la fin des évidences », in PAUGAM (Serge), *Repenser la solidarité. Vers un nouveau contrat social ?*, Lien social, PUF, 2007, 992 p.

HIRSCH (Emmanuel), BALTASSAT (Jean-Daniel) / collab. , *Soigner l'autre : L'éthique, l'hôpital et les exclus*, Belfond, 1997, 236p.

### **Prise en charge médecins libéraux**

CHABROL Arlette, *Le médecin face à la précarité*, Revue de l'Ordre des médecins, N° 10, Décembre 2005, disponible sur [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr), consulté le 8 mai 2007.

CHADELAT Jean-François, *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*, Rapport au ministère de la santé et des solidarités, 30 novembre 2006 disponible sur internet

DESPRES Caroline, NAIDITCH Michel, *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard de patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire, étude par testing dans 6 villes du Val de Marne, réalisée à la demande du fonds CMU*, Rapport final Mai 2006.

ELGHOZI Bernard, « Le médecin généraliste et les publics en difficulté » in *Précarité et santé*, Jacques LEBAS, Pierre CHAUVIN, Paris, Flammarion, Médecine Sciences, 1998, p. 259 à 270.

*Evaluation de la loi CMU*, Rapport N° III réalisé en application de l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 par le Fonds CMU, Janvier 2007, disponible sur [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr), consulté le 8 mai 2007.

HUE Bertrand, *Un médecin libéral peut-il refuser de voir un patient ?*, Le droit à l'information, 17 juillet 2006, disponible sur [http://www.droit-medical.net/article.php?id\\_article=60](http://www.droit-medical.net/article.php?id_article=60).

*Le 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, Dr Michel DUCLOUX (rapporteur), 5 juin 1999

Médecins du monde, « Je ne m'occupe pas de ces patients » Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale Etat dans dix villes de France, octobre 2006, 42 pages.