



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADEMIE DE NANCY-METZ

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ NANCY I
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2004

Double

N° 10.04



THESE

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE
DENTAIRE**

Par

Joël ZIMMER

Né le 09 février 1974 à METZ (57)

Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire,
D'une population bénéficiant de la PASS
(Permanence d'Accès aux Soins de Santé)
Au Centre Hospitalier Saint Charles de TOUL

DB 30148

Présentée et soutenue publiquement le - 2 AVR. 2004

Examineurs de la thèse :

M. M. PANIGHI
M. A. FONTAINE
M. J.P. ARTIS
M. O. ARTIS

Professeur des universités
Professeur 1^{er} grade
Professeur 2^{ème} grade
Assistant

Président
Juge
Juge
Juge

BU PHARMA-ODONTOL



104 065993 2

ACADEMIE DE NANCY-METZ

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ NANCY I
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2004

N°

THESE

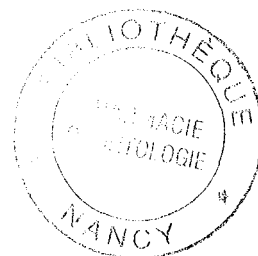
Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE
DENTAIRE**

Par

Joël ZIMMER

Né le 09 février 1974 à METZ (57)



Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire,
D'une population bénéficiant de la PASS
(Permanence d'Accès aux Soins de Santé)
Au Centre Hospitalier Saint Charles de TOUL

Présentée et soutenue publiquement le

DB 30448

Examineurs de la thèse :

M. M. PANIGHI
M. A. FONTAINE
M. J.P. ARTIS
M. O. ARTIS

Professeur des universités
Professeur 1^{er} grade
Professeur 2^{ème} grade
Assistant

Président
Juge
Juge
Juge

Assesseur(s) : Docteur C. ARCHIEN - Docteur J.J. BONNIN
Membres Honoraires : Pr. F. ABT - Dr. L. BABEL - Pr. S.DURIVAUX - Pr. G. JACQUART -Pr. D. ROZENCWEIG -
Pr. M. VIVIER
Doyen Honoraire : J. VADOT

Sous-section 56-01 Pédodontie	M. Mme Mlle Mlle	J. PREVOST D. DESPREZ-DROZ V. MINAUD-HELPER A. SARRAND	Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme Mlle Mme X X	M.P. FILLEUL A. MARCHAL M. MAROT-NADEAU	Professeur des Universités* disponibilité Assistant
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	M. Mlle M.	M. WEISSENBACH C. CLEMENT O. ARTIS	Maître de Conférences* Assistant Assistant
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. M. M. Mlle Mlle	N. MILLER P. AMBROSINI J. PENAUD S. DAOUT A. GRANDEMENGÉ	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie Et Réanimation	M. M. M. M. M. Mlle	P. BRAVETTI J.P. ARTIS D. VIENNET C. WANG G. PERROT A. POLO	Maître de Conférences Professeur 2 ^{ème} grade Maître de Conférences Maître de Conférences* Assistant Assistant
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. M. Mme	A. WESTPHAL J.M. MARTRETTE V. STUTZMANN-MOBY	Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistant
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. M. M. M.	C. AMORY A. FONTAINE M. PANIGHI J.J. BONNIN P. BAUDOT C. CHARTON M. ENGELS DEUTSCH	Maître de Conférences Professeur 1 ^{er} grade * Professeur des Universités * Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. M. M. M. M. Mlle M. M. M.	J.P. LOUIS C. ARCHIEN C. LAUNOIS J. SCHOUVER B. BAYER M. BEAUCHAT L.M. FAVOT K. JHUGROO B. WEILER	Professeur des Universités* Maître de Conférences * Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant Assistant Assistant
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle M. M.	C. STRAZIELLE B. JACQUOT C. AREND	Professeur des Universités* Maître de Conférences Assistant

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

A Notre Président :

Monsieur le Professeur Marc PANIGHI

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Henri POINCARÉ, NANCY-I

Habilité à diriger les Recherches par l'Université Henri POINCARÉ, NANCY-I

Professeur des Universités

Sous - Section : Odontologie Conservatrice - Endodontie

Vous nous faites le grand honneur d'accepter la
présidence de notre thèse.

Veillez trouver ici l'expression de nos remerciements
les plus sincères pour la qualité et le bon sens de votre
enseignement.

A Notre Juge :

Monsieur le Professeur Alain FONTAINE

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Professeur 1^{er} Grade

Sous - Section : Odontologie Conservatrice - Endodontie

Nous sommes sensible à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant spontanément de juger notre travail. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profond respect et de notre gratitude.

A Notre Juge et Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Paul ARTIS

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur de l'Université Louis PASTEUR de STRASBOURG

Habilité à diriger les Recherches par l'Université Henri POINCARÉ, NANCY-I

Professeur du 2^{ème} Grade

Sous - Section : Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation

Vous nous avez proposé spontanément de diriger notre travail et nous l'avez inspiré.

Nous avons toujours pu compter sur votre disponibilité et votre aide tout au long de nos études.

Au cours de notre stage clinique, vous avez su nous faire partager votre passion pour la dentisterie et en particulier pour la chirurgie buccale. Vous nous avez accordé votre confiance en nous accueillant au sein de votre cabinet en tant que chirurgien dentiste-adjoint.

Que ce travail nous permette de vous exprimer notre vive reconnaissance ainsi que notre sincère amitié.

A Notre Juge :

Monsieur le Docteur Olivier ARTIS

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistant Hospitalier Universitaire

Sous - Section : Prévention, Epidémiologie, Economie de Santé, Odontologie Légale

Nous sommes sensible à l'honneur que vous nous faites
en acceptant de juger ce travail.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de notre
amitié.

Remerciements :

A ma femme **Sophie** sans qui je ne serais là aujourd'hui, qu'elle voit en ce travail le témoignage de toute mon affection et de tout mon amour.

A mes parents pour leurs sacrifices et leur soutien

A mes frères et sœurs aînés : Catherine, Jean-Marc, Pascal

A mes beaux-frères Eric et Luc et mes belles-sœurs Ludivine et Isabelle

A mes neveux et nièces : Elodie, Emilie, Samuel et Noé

A mes beaux-parents : Jean-Pierre et Marie-Claude

Enfin, à tout le reste de la famille et à tous mes amis ...

INTRODUCTION :

Ces dix dernières années ont été marquées dans nos sociétés dites « développées » par une extension du champ d'exclusion, en particulier dans le domaine de la santé. De nombreuses études concernant les pathologies médicales et psychiatriques, liées à la précarité et à la misère, ont été menées en France comme en Europe, dans le but d'évaluer les besoins de santé des populations exclues du système sanitaire.

Cependant, les pathologies dentaires, qui ont une grande **prévalence** et une grande **incidence** dans ces populations très défavorisées, restent encore mal connues des équipes soignantes, alors qu'elles représentent un problème majeur de santé publique qu'il est urgent de traiter.

Les services de soins susceptibles d'accueillir ces populations sont en général les services hospitaliers (CHU, CHR, quelques CH). Les traitements ne sont malheureusement que des traitements d'urgence, car ces patients sont souvent dans l'incapacité, après intervention d'urgence, de poursuivre les soins nécessaires à une réhabilitation orale complète, soit parce qu'ils n'ont pas la couverture sociale nécessaire, soit par méconnaissance des démarches possibles pour l'acquérir. C'est pourquoi des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) ont été créés afin de mieux combattre l'ensemble des difficultés des patients en situation de précarité. Elles n'ont pas vocation à créer un dispositif, mais à évaluer les réussites locales, les manques, les compléments à apporter, en un mot, à coordonner et à améliorer l'efficacité du système sanitaire et social de manière à ce qu'il réponde mieux aux besoins (ne serait-ce déjà par la prise en charge de la douleur au niveau dentaire).

Au Centre Hospitalier Saint Charles de TOUL, une demande de soins dentaires était présente, en accord avec la tutelle, celle-ci a accepté le projet de mettre en place une consultation dentaire dans le but d'évaluer les besoins en santé dentaire.

PARTIE 1 : LA PROGRESSION DE LA PRECARITE EN FRANCE ET SES EFFETS SUR LA SANTE

1. LA PROGRESSION DE LA PRECARITE EN FRANCE ET SES EFFETS SUR LA SANTE :

Le haut comité de santé publique estime dans son rapport de février 1998, que le phénomène de précarisation est devenu aujourd'hui massif puisqu'on peut estimer qu'il représente **20 à 25 %** de la population totale vivant en France soit **12 à 15 millions de personnes**, dès lors qu'il manque une ou plusieurs des **sécurités essentielles** : (34)

- emploi,
- logement,
- cohésion familiale,
- éducation,
- qualification professionnelle,
- santé,

Chacun de ces éléments peut créer une vulnérabilité particulière aux événements de la vie et lorsque survient la maladie, beaucoup de personnes vivant dans une situation précaire connaissent des difficultés d'accès aux services sociaux de santé. C'est pourquoi ont été créés les PRAPS, les Programmes régionaux d'accès à la Prévention et aux Soins, **vingt six PRAPS** ont été élaborées en 1999 en 3 temps :

1- un état des lieux départemental et une synthèse régionale des difficultés d'accès à la prévention et aux soins

2- le choix de priorités, d'objectifs et la sélection d'actions régionales et départementales

3- la définition de procédures d'évaluation du programme et de ses actions.

Elle a mobilisé 10 000 acteurs sanitaires et sociaux de terrain directement concernés par ces problèmes. Les PRAPS ont ainsi encouragés les acteurs de la lutte contre les exclusions à s'engager sur le terrain sanitaire et incité les professionnels de la santé à s'interroger sur les inégalités d'accès au système de santé.

Le public qui apparaît prioritaire est celui des jeunes et la pathologie la plus fréquente est la santé mentale, les objectifs pour la période 2000 à 2002 étaient regroupés en 10 rubriques :

- 1- L'amélioration des capacités des services sociaux et de santé à accueillir, prendre en charge et suivre les problèmes de santé des personnes vivant dans des conditions précaires.
- 2- L'amélioration des conditions d'accès et de recours aux droits pour les personnes ayant des difficultés d'ordre social.
- 3- L'amélioration de l'accès des personnes vivant dans des conditions précaires aux dispositifs de prévention et de dépistage.
- 4- Le développement du travail en réseau des professionnels du sanitaire et social.
- 5- La création de conditions pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé mentale et de souffrance psychique des personnes, en particulier des jeunes, en situation de grande précarité.
- 6- Le développement d'une connaissance spécifique des trajectoires de la précarisation et des problèmes de santé des personnes vivant des situations de précarité.
- 7- L'amélioration de l'information et de la communication auprès des professionnels des personnes vivant en situation de précarité et du grand public.
- 8- Le lancement d'actions visant à accroître les capacités de chaque personne à prendre en charge sa santé quelle que soit sa situation sociale ou économique.
- 9- Une plus grande efficacité des dispositifs sociaux et de santé destinés aux personnes vivant des situations de grande précarité par une meilleure coordination avec les autres dispositifs publics.
- 10- La mise en œuvre d'actions spécifiques dirigées vers des groupes sociaux ou des pathologies particulières.

1.1. PAUVRETE, PRECARITE ET EXCLUSION SOCIALE (28)

« Des phénomènes mal connus sont nécessairement mal combattus. Et pour bien connaître, on ne peut borner son regard à la seule population pauvre et exclue visible. Il faut connaître les mécanismes qui génèrent la pauvreté, les processus qui permettent d'en sortir ; il faut aussi relier les phénomènes observés aux mécanismes globaux de production des inégalités et de la pauvreté, que ce soit au niveau du marché du travail, du système de protection sociale, de l'exercice des solidarités sociales et familiales. » (42)

Il existe sur la pauvreté des données chiffrées relativement nombreuses et des indicateurs élaborés. Il est possible de décrire le niveau, les évolutions, la composition de la population définie comme pauvre depuis 1970. Par ailleurs, des comparaisons entre les divers pays de l'Union européenne sont effectuées d'après des indicateurs homogènes depuis 1994.

Les mesures chiffrées de la pauvreté, malgré les progrès des connaissances statistiques, ont des limites. Les personnes les plus en difficultés sont difficiles à cerner dans les enquêtes générales, les indicateurs de la pauvreté correspondent à des définitions précises : ils sont des indicateurs d'inégalités de revenus. En revanche, ils ne permettent pas de visualiser diverses situations pouvant être à l'origine de la précarité et de l'exclusion comme :

- rupture familiale
- conditions de logement insalubre
- capital scolaire ou qualification professionnelle limitée
- fragilisation liée à la maladie

Le Haut Comité de la Santé Publique ajoute dans son rapport de 1998 : *« Ne voir et ne vouloir traiter que l'exclusion et la grande pauvreté revient à occulter le fait de la précarité, est la traduction d'un renforcement des inégalités sociales qui est devenu en quelques années le problème le plus considérable que la société française ait eut à affronter depuis longtemps ».*

Il est donc important de clarifier les concepts :

- **d'exclusion sociale** (limites définies par le droit),
- **de pauvreté** (limites définies par l'économie)
- **de précarité** (processus de fragilisation des sécurités essentielles emploi, logement, cohésion familiale, éducation, qualification professionnelle, santé)

On compte : - **0,3 millions de personnes** pour l'exclusion (0,4 à 0,5 %)
- **4,5 à 5 millions de personnes** pour la pauvreté (8 à 10 %)
- **12 à 15 millions de personnes** pour la précarité (20 à 25 %)

1.1.1. DEFINITIONS DE TROIS CONCEPTS (24)

1.1.1.1. La pauvreté

- Les mesures et les caractéristiques des ménages pauvres :

Il existe trois indicateurs chiffrés de la pauvreté. Les deux premiers sont mis au point et actualisés par l'INSEE, à partir d'enquêtes statistiques régulières ; le troisième est issu de sources administratives.

- un indicateur monétaire

Sont considérés comme pauvres, les ménages ou les individus dont les ressources sont inférieures à un seuil donné. En France, **le seuil de pauvreté correspond à la moitié du niveau de vie médian**. La médiane est la valeur qui sépare la population en deux parties égales. En se référant à l'enquête Revenus Fiscaux de l'INSEE de 1996, le nombre de ménages pauvres se situerait entre **1,7 et 1,8 millions** (soit entre 7,3 et 7,9 % des ménages). Ce qui représente **4,5 à 5,5 millions de personnes** (soit entre 8 à 10 % des individus, dont **1 000 000 enfants de moins de 14 ans** et un peu plus d'un million de jeunes gens qui ont entre 15 et 24 ans).

Le seuil de **grande pauvreté** correspond au tiers du niveau de vie médian. De 1983 à 1993, la grande pauvreté a régressé en France passant de **5,5 %** à **3,5 %** des ménages soit environ **1,5 millions** de personnes. Une telle évolution est en particulier à mettre au crédit de l'augmentation régulière du nombre de bénéficiaires des minima sociaux.

La mesure du taux de pauvreté est très sensible au seuil retenu comme le montre ce tableau ci-dessous :

Taux de pauvreté à différents seuils :

Seuil de pauvreté	40 % médiane	50 % médiane	60 % médiane
Taux de pauvreté	3 %	7,3 %	13,4 %

Rapport 2000 de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (données INSEE, enquête Revenus Fiscaux 1996)

Ce seuil de pauvreté correspond à un niveau de ressources monétaires **d'environ 534 € par mois en 1996 pour une personne seule**. Les ménages pauvres avaient en moyenne un revenu disponible de **420 €** par mois et par personne, alors que les ménages dépassant le seuil de pauvreté avaient en moyenne **1245 €** par mois et par personne.

La composition du revenu des ménages pauvres révèle une forte dépendance par rapport aux prestations sociales qui ne se limitent pas aux minima sociaux. Ceux-ci représentent en effet 16 % du revenu, alors que les prestations logement représentent 14 %, les retraites et autres transferts 22 %. Cependant, les revenus d'activité ne sont pas absents puisqu'ils pèsent près du tiers du revenu des ménages pauvres.

La pauvreté est fortement liée à l'absence ou à l'irrégularité de l'emploi. Une exploitation particulière de l'enquête « revenus fiscaux » a été effectuée sur des individus actifs de 17 ans et plus afin de mesurer la liaison entre leur activité et l'appartenance à un ménage pauvre. Les résultats font apparaître que le chômage joue un rôle majeur : le taux de pauvreté est en effet de 4% pour les personnes ayant occupé un emploi en continu depuis 12 mois et de 26 % pour celles qui ont été en permanence au chômage pendant la même période. Mais, la majorité des personnes actives pauvres occupent un emploi, 60%

d'entre eux occupent un emploi permanent dont 39% à temps complet, 17% alternent chômage et emploi, 23% au chômage.

En dehors d'éventuels épisodes de chômage, le caractère temporaire ou instable de la situation d'emploi, le temps partiel, l'absence de qualification, le fait de débiter dans sa vie professionnelle constituent autant de facteurs individuels tendant à augmenter le risque de pauvreté. Si la pauvreté peut s'expliquer par le type d'emploi occupé, la composition de la famille joue également un rôle, en particulier la présence d'un conjoint sans emploi. Un tiers des travailleurs pauvres sont dans ce cas, le taux de pauvreté parmi eux atteint 16 % alors qu'il n'est que de 2 % pour les travailleurs pauvres dont le conjoint occupe également un emploi.

Le taux de pauvreté est particulièrement élevé pour les familles monoparentales, dont le chef de famille est majoritairement une femme.

Taux de pauvreté des familles monoparentales en 1996 :

- 7,3 % pour l'ensemble des ménages
- 13,6 % si la femme est active
- 13,9 % si la femme est inactive

D'après ces données on pourrait se demander pourquoi le taux de pauvreté est sensiblement pareil que la femme soit active ou pas ? Seulement 30 % des femmes occupent un emploi à temps plein et 23 % ont un emploi permanent à temps partiel.

- un indicateur de « condition de vie »

Mis au point et calculé par l'INSEE, il ne se fonde pas sur une approche uniquement monétaire, mais sur diverses dimensions de la vie courante, pour lesquelles les ménages ressentent des difficultés :

- confort du logement,
- endettement,
- consommation,
- équipement.

La démarche la plus courante pour analyser la pauvreté en terme de condition de vie est d'isoler, parmi les ménages les plus en difficulté, une proportion proche du taux de pauvreté monétaire soit aux alentours de 10%.

28 indicateurs élémentaires de conditions de vie sont retenus et regroupés en grands domaines :

- difficultés budgétaires
- retards de paiement
- restriction de consommation
- conditions de logement.

Un indicateur global synthétisant l'ensemble des conditions de vie est également construit. A partir de ces données, on calcule pour chaque ménage une échelle globale de difficultés. Si l'on retient les ménages qui sont confrontés à un **cumul de 9 difficultés ou plus**, on retrouve en terme de conditions de vie (1999) **9 %** des ménages, pour **8 difficultés ou plus : 12,6 %**, pour **7 difficultés ou plus : 16 %**

Dans la majorité des cas, les caractéristiques des ménages pauvres en termes de conditions de vie se rapprochent de celles des ménages situés au dessous du seuil de pauvreté monétaire mais ces deux groupes ne se confondent pas.

La situation par rapport au travail détermine des probabilités plus ou moins élevées d'appartenir à un ménage pauvre en termes de conditions de vie :

- les ménages dont la personne de référence est chômeur font **cinq fois plus** souvent partie des ménages les plus en difficulté que ceux dont la personne de référence est active occupée ;

- ceux dont la personne de référence est employée ou ouvrier ont **trois fois plus** de risques de faire partie des ménages en difficultés que les cadres ou les professions intermédiaires, et presque **deux fois plus** que les agriculteurs et les commerçants.

D'autres facteurs interviennent :

- 25 % des familles monoparentales font partie des ménages les plus pauvres, contre 18 % des couples avec plus de deux enfants, 16 % des personnes seules et seulement 10 % des couples sans enfant ;

- 25 % des ménages dont un des membres a connu un **divorce** ou un **problème professionnel** ayant détérioré le revenu du ménage, ont des difficultés importantes de conditions de vie, contre 12 % n'ayant pas connu ces événements au cours des derniers mois ;

- 18 % des ménages dont un des membres a vécu un problème de santé grave ou un accident sont pauvres en termes de conditions de vie contre 12 % des autres ménages.

Enfin, dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants, **16,6 %** des ménages éprouvent des difficultés de conditions de vie, contre **10%** dans les unités urbaines plus petites. Les ménages locataires de leur résidence principale sont **trois fois plus** souvent concernés par les difficultés de conditions de vie que les propriétaires.

- un indicateur de « pauvreté administrative »

Cet indicateur chiffre le nombre de ménages qui relèvent de la solidarité nationale au titre des minima sociaux. Ces minima, au nombre de huit ont été créés progressivement pour combler des lacunes de la protection sociale :

- 1- Allocation supplémentaire d'invalidité (1930)
- 2- Minimum vieillesse (1956)
- 3- Allocation adulte handicapé (1975)
- 4- Allocation de parent isolé (1978)
- 5- Allocation de veuvage (1980)
- 6- Allocation de solidarité spécifique (1984)
- 7- Allocation d'insertion (1984)
- 8- Revenu Minimum d'Insertion (1988)
- 9- Revenu Minimum d'Activité (2003 ? - 2004 ?)

Ce qui fait, **390 €** pour une personne isolée percevant le R.M.I. au 31/07/2000 ; **550 €** par mois pour une personne seule pour le minimum vieillesse et pour l'allocation adulte handicapé.

Au 1^{er} janvier 2000, **3,2 millions d'allocataires** étaient concernés par les différents minima sociaux ; si l'on considère les conjoints et personnes à charge, **5,5 millions de personne vivaient à cette date dans un foyer allocataire d'un minimum social** (soit environ 10 % de la population). Les jeunes de moins de 25 ans n'ont pas le droit au R.M.I. et ne sont donc pas comptés dans cette définition, pas plus bien entendu que les personnes qui ne recourent pas à ces prestations par défaut d'information, ou refus des démarches administratives ou de l'assistance.

- Les évolutions de la pauvreté (31)

De 1970 à 1984, la proportion de ménages qui vivent au-dessous d'un seuil de 50% de niveau de vie médian tel que mesuré par les enquêtes Revenus Fiscaux a diminué ; cette proportion s'est ensuite stabilisée, pour remonter très légèrement entre 1990 et 1996.

Taux de pauvreté et nombre de ménages pauvres de 1970 et 1996

Années	Taux de pauvreté	Nombre de ménages pauvres	Seuil de pauvreté (€) pour une personne seule
1970	15,7 %	2 538 000	316 €
1975	12,6 %	2 221 000	372 €
1979	9,1 %	1 736 000	465 €
1984	7,1 %	1 435 000	480 €
1990	7,1 %	1 544 000	513 €
1996	7,3 %	1 673 000	522 €

Rapport 2000 de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (données INSEE, enquête Revenus Fiscaux 1996)

Le seuil de pauvreté augmente durant la période et correspond à la moitié du niveau de vie médian, pour une personne seule, il était en 1998 de **552 €** et en 2000 de **564 €**.

Si l'on se réfère au revenu moyen, l'évolution fait apparaître un autre phénomène : **le revenu moyen s'accroît beaucoup plus rapidement à partir de 1979 que le revenu médian**. Ce constat signifie qu'il y a eu, depuis cette date, ouverture de l'éventail des revenus vers le haut, c'est à dire une augmentation plus rapide des hauts revenus. Le revenu moyen est en effet sensible à la structure du haut de la distribution, alors que le revenu médian ne l'est pas. Des travaux récents de l'INSEE confirment et étayent le constat d'un accroissement relatif des inégalités de revenu primaire sur la période 1990-1996.

L'intensité de la pauvreté est définie par l'INSEE comme l'écart entre le niveau de vie moyen des pauvres et le seuil de pauvreté monétaire. Sur la période 1975-1996, le revenu moyen par unité de consommation s'est rapproché du seuil de pauvreté pour l'ensemble des ménages pauvres, mais à des rythmes différents pour les ménages de retraités et pour ceux de salariés : on constate en effet une nette amélioration de la situation des salariés pauvres depuis 1990, alors que celle des retraités pauvres reste plus élevée que celui des ménages de salariés.

Intensité de la pauvreté : rapport du niveau de vie moyen
des ménages pauvres au seuil de pauvreté

Années	Ensemble des ménages pauvres	Ménages de retraités pauvres	Ménages de salariés pauvres
1975	73 %	82 %	68 %
1979	73 %	84 %	72 %
1990	78 %	87 %	76 %
1996	78 %	86 %	80 %

Rapport 2000 de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (données INSEE, enquête Revenus Fiscaux 1996) ex : en 1975, le niveau de vie moyen de l'ensemble des ménages pauvres représente 73 % du seuil de pauvreté

- Un taux de pauvreté proche de la moyenne européenne (29) (33)

La pauvreté monétaire en Europe (12 pays + Autriche et FINLANDE, la SUEDE ne participe pas encore à l'étude), fait l'objet de mesures régulières à l'aide d'une enquête sur un questionnaire harmonisé. Les données sur l'ensemble européen, datant de 1996, font apparaître un taux de pauvreté monétaire des ménages de 11.8 %. Les taux de pauvreté en Europe calculés avec les seuils nationaux s'établissent à 5-6 % pour les pays les moins touchés.

- Les limites de la connaissance statistique de la pauvreté

L'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale recense plusieurs types de limites à la connaissance statistique de la pauvreté.

Un certain nombre de personnes échappent aux enquêtes générales (exemple : les personnes accueillies dans des centres d'hébergement, dans des foyers, dans les prisons, dans les hôpitaux pour des séjours de longue durée, dans les maisons de retraite ne sont pas prises en compte dans les enquêtes ménages effectuées par l'INSEE qui ne concernent que les ménages en logement ordinaire).

En dépit des efforts effectués notamment pour le recensement de la population (disposition d'interprètes dans certaines zones, enquêtes complémentaires), les enquêteurs ne sont pas en mesure de lever la méfiance de certaines personnes (étrangers, notamment en situation irrégulière, habitants de cités et banlieues en difficulté), ou même de simplement toucher des personnes rencontrant de grandes difficultés avec l'écriture et la lecture, vivant en squat ou dans la rue, ou encore des gens très mobiles, habitant un temps chez des parents ou amis... c'est à dire de personnes qui sont en fait en très grande difficulté. La situation des demandeurs d'asile pose également problème du fait des délais de traitement de leurs demandes et des capacités d'hébergement collectif qui n'ont pas été prévues pour faire face à l'afflux de demandes. Selon l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale : *« Ces populations, non seulement sont visibles et peuvent alimenter l'incrédulité d'une opinion à laquelle on dit que la pauvreté diminue mais elles peuvent très bien s'accroître sans que les enquêtes puissent en prendre la mesure ».*

Les indicateurs chiffrés de la pauvreté présentent des limites mais surtout ils correspondent à une définition précise, ils sont des **indicateurs d'inégalités de revenus**. Or, le niveau de revenu n'est pas le seul critère pour définir la réalité de ce qu'est la vie dans la grande pauvreté :

« Ne se référer qu'au revenu occulte des aspects comme la qualité du logement, l'alimentation, la santé, la famille, ainsi que la dimension psychologique et relationnelle de la vie dans la pauvreté : celle-ci génère une souffrance morale, une déstructuration sociale, et un dénigrement de soi qui caractérisent tout autant cet état ».

1.1.1.2. La précarité (51)

Le Conseil économique et social a décidé, le 12 février 1985, de demander à sa section des Affaires sociales, présidé par René Teulade, de rédiger un rapport et de proposer un avis au gouvernement sur le thème **« Grande pauvreté et précarité économique et sociale »**.

Membre très actif de cette section depuis six ans, **le père Joseph WRESINSKI** (1917-1988, est la fondateur, en 1957, du Mouvement International de lutte contre la misère et l'exclusion) avait été désigné comme **rapporteur**. Il avait réussi à provoquer la réflexion des personnalités les plus diverses, qu'elles soient ou non déjà impliquées dans la lutte contre la pauvreté. En même temps, il avait mobilisé l'ensemble des forces du mouvement et avait fait appel aux principales associations déjà engagées dans la lutte pour nourrir son rapport.

L'originalité de ce rapport réside dans la présentation d'une analyse détaillée de la pauvreté persistante dans un pays riche et tient en plusieurs contributions majeures dont voici les définitions qu'il donne de la précarité et de la grande pauvreté :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des 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 ré-assumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ».

L'accent est mis sur la grande pauvreté en tant que déni des droits de l'homme. Il met aussi en évidence le lien très étroit qui existe entre misère et droits de l'homme. Quand on vit dans l'exclusion et dans la grande pauvreté, non seulement on perd logement, travail, ressources, santé, mais on perd aussi sa citoyenneté, la possibilité de voter, de participer à la vie associative et politique. Aussi la lutte contre la misère doit-elle être mise en oeuvre non pas comme une action charitable ou une œuvre sociale, mais comme un combat pour les droits de l'homme impliquant la co-responsabilité de multiples partenaires. C'est toute la société qui est concernée et pas seulement les pauvres et les travailleurs sociaux.

Ce rapport est exceptionnel aussi parce qu'il a été mené, non pas comme trop souvent, avec le seul point de vue des experts patentés, mais avec la collaboration de personnes, de familles et de groupes en situation de pauvreté, leur avis ayant été scrupuleusement pris en compte par le rapporteur. Comparé à d'autres documents sur la pauvreté, celui-ci a une force et une pertinence particulières, dues à la prise en considération du témoignage et de l'expérience de ceux qui connaissent la misère pour l'avoir vécue.

Proposition d'une politique globale de lutte contre la misère (51)

Le **rapport du père WRESINSKI** accorde une grande importance à l'interdépendance entre les différents domaines de la vie. Tout en présentant ainsi avec force ces propositions spécifiques à la santé, l'avis insiste sur la nécessité d'une cohérence d'ensemble, pour aboutir effectivement à une politique globale, assurant l'accès à des ressources suffisantes, à un logement décent, à une formation utile, à une citoyenneté effective. Il a donné une définition de la grande pauvreté et de la précarité, que les plus hautes instances internationales feront leur. Il a proposé une politique globale, cohérente et prospective prenant en considération notamment les problèmes de santé. Il a provoqué une mobilisation de l'administration en réaction à la pression des associations.

La notion de précarité est liée à celle d'insécurité. Chacune des insécurités qui peuvent affecter les individus correspond à différents processus de fragilisation ou de précarisation : précarisation de l'emploi et du travail, érosion des solidarités familiales, carences de qualification et de formation initiale, fragilisations dues à la maladie ou à une faible santé.

La particularité de chaque processus de précarisation est qu'il concerne une population particulière, hétérogène, et qu'il s'alimente directement des dysfonctionnements de l'ensemble de la société (exemple : précarisation de l'emploi et du travail qui s'alimente de la montée de l'incertitude économique). Mais, tous les salariés qui, à un moment ou un autre, acceptent des formes de contrats de travail juridiquement précarisés (contrat à durée déterminée, contrats d'insertion aidés par l'Etat, intérim) ou seront licenciés, ne basculeront pas dans la précarité. Une part de ces chômeurs retrouvera un emploi durable, utilisera l'offre de formation pour se réorienter et intégrer une nouvelle activité professionnelle et reconstruire sa sécurité salariale. Les trajectoires des individus s'infléchissent dès lors qu'une fragilisation dure et qu'elle se cumule avec d'autres fragilités, soit acquises précédemment, soit surgissant à l'occasion de difficulté principale. Ceux qui, au chômage, ne peuvent plus cacher des fragilités acquises ou latentes (la personne illettrée qui depuis vingt ans travaillait dans le bâtiment, la personne ayant des pratiques alcooliques répétées), ceux qui voient, à l'occasion du chômage, surgir d'autres fragilités, ceux dont le couple se brise (40% de risque supplémentaire de séparation pour les chômeurs de longue durée), ceux qui basculent dans la dépression, ceux-là voient leur risque de précarisation croître fortement.

En rassemblant les données statistiques disponibles et en considérant la précarité comme un processus longitudinal, le Haut Comité de la Santé Publique estime que ceux qui sont aujourd'hui touchés de manière objective par la précarité ou qui l'ont été récemment, représentent probablement de 12 à 15 millions de personnes. **La précarité, un combat quotidien pour 20 à 25 % de la population française.**

La situation de précarité est avant tout un combat contre des agressions dont la diversité a été soulignée : manque d'argent induisant déséquilibres de l'alimentation, économies sur le chauffage ou les vêtements, débrouille perpétuelle entre les huissiers et

les banques, violence au sein du monde du travail, menace perpétuelle du chômage, dédain ou éloignement de l'environnement familial ou social, environnement urbain dégradé, et souvent même souvenir de violences subies dans l'enfance, poids de situations d'échec scolaire et de déqualification sociale. Tous ces facteurs ne sont pas toujours réunis, mais plusieurs convergent généralement pour établir la situation de précarité.

Au delà des effets directs sur la santé de ces situations, bien souvent extrêmement négatifs, il faut se représenter la lutte perpétuelle que représente un tel mode de vie. L'épuisement dans ce combat contre un « provisoire qui s'éternise », la lutte sans espoir contre des systèmes de « double contrainte » dans lesquels sont enfermées des personnes vivant des révoltes politiquement inexprimables ou des situations bouleversant tous leurs codes de valeurs : *« La lutte quotidienne pour ne pas glisser sur une pente qui rapproche chaque jour de l'exclusion n'érode pas simplement le capital psychique : c'est le corps lui-même qui s'use et qui atteint ainsi des états de vulnérabilité aux maladies que les contraintes d'environnement et de comportement associées à l'exclusion ne pourront qu'aggraver. »*

1.1.1.3. L'exclusion sociale (41) (50)

Le terme « d'exclusion » induit une représentation qui oppose inclus / exclus. *« Ce qui est essentiel, et tous les travaux de recherche le soulignent, c'est que l'exclusion n'est pas isolée par une sorte de cordon sanitaire de ceux qui seraient insérés dans la société ; il y a un continuum de situations, un ensemble de positions dont les relations avec le centre sont plus ou moins distendues ».* (41)

Si l'exclusion est d'abord un processus social qui commence par une privation précise : « exclu de l'accès à l'emploi », « exclu du droit au logement », cette rupture ne devient dangereuse que parce qu'elle active et révèle d'autres fragilités présentes dans l'histoire de l'individu ou des populations. L'exclusion est en fait une réalité dynamique caractérisée par l'absence - pendant une période plus ou moins longue - de la possibilité de bénéficier des droits attachés à la situation sociale et à l'histoire de l'individu concerné. L'exclusion peut être économique (chômage de très longue durée), sociale (mères célibataires sans soutien familial ni social, personnes âgées isolées, jeunes déscolarisés, ...)

ou même indirecte (immigrés ou handicapés qui ne peuvent profiter des mêmes droits ni participer aux mêmes activités que les autres). L'exclusion pose bien d'autres problèmes que la seule absence de ressources financières qui peut toujours être compensée par différentes formes d'assistance. Le problème essentiel est que l'exclusion est intimement liée à des sentiments d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi qui entraînent une intense souffrance psychique et la difficulté à s'insérer dans un tissu relationnel. C'est également cette souffrance qui conduit au renoncement y compris des soins à son propre corps et finalement à l'adoption de comportements pathogènes qui aggravent une vulnérabilité souvent déjà importante aux maladies organiques et psychiques. (50)

Du fait des nombreuses définitions de l'exclusion, il est difficile d'estimer avec exactitude le nombre des exclus. D'après le Haut Comité de la Santé Publique, si l'on utilise une définition minimaliste et que l'on considère qu'un exclu est une personne qui malgré son état de pauvreté ne bénéficie pas - parce qu'elle n'en a pas le droit, qu'elle ignore ses droits ou qu'elle n'a même plus l'énergie de faire les démarches nécessaires - des possibilités d'aide (revenu, logement, école, santé) correspondant le plus à sa situation, on peut estimer le nombre d'exclus à environ 0,4 - 0,5 % de la population française soit au maximum 300 000 personnes résidant sur le territoire français.

1.1.2. ACCROISSEMENT ET DEPLACEMENT DES INEGALITES SOCIALES (37)

Après les années 60 et 70, caractérisées par une tendance à la réduction des inégalités entre catégories sociales, l'évolution s'est nettement inversée au cours des années 80 et 90. Tout autant qu'à l'accroissement des inégalités entre groupes sociaux, on a assisté en même temps, dans la période récente, à une reconfiguration de celles-ci avec notamment un glissement progressif des situations de pauvreté relative des générations les plus âgées vers les générations les plus jeunes. Ces dernières prennent en effet de plein fouet l'inversion de la tendance observée, tandis que les personnes âgées bénéficient toujours des acquis progressifs de la protection sociale de la période antérieure. Cette inversion peut s'observer dans de nombreux domaines, qu'il s'agisse des revenus, du patrimoine, de l'emploi, de la consommation, du logement, de l'école, des usages sociaux du temps, de la maîtrise de l'espace public, de la santé.

Ces différents aspects ne sont évidemment pas indépendants les uns des autres, ils entretiennent entre eux des relations étroites et complexes. Ainsi, pour ne prendre que ces deux exemples, les inégalités de conditions d'emploi et de travail ou les inégalités de conditions de logement ne sont pas sans rapport avec les inégalités face à la maladie et à la mort. De la même manière, des conditions de santé médiocres risquent de défavoriser socialement les individus concernés »

1.1.2.1. Inégalités sociales de revenus (5)

Concernant les revenus disponibles après redistribution (après déduction des prélèvements obligatoires et versement des prestations sociales), il apparaît parmi les salariés, que seuls les ménages de cadres ont vu leur niveau de vie s'accroître, celui des autres catégories stagnant, voire baissant, comme dans le cas des ouvriers non qualifiés : le rapport entre le niveau de vie moyen d'un ménage de cadre et celui d'un ménage d'ouvrier est passé de **2,44** en 1984 à **2,85** en 1994.

Parmi les indépendants, toutes les catégories ont amélioré leur situation, y compris les agriculteurs ; la situation relative de ces derniers s'est cependant dégradée par rapport à la moyenne des indépendants. Les ménages de membres de professions libérales ont vu leur niveau de vie s'accroître de près de 40 % en dix ans en termes réels.

La situation des retraités s'est aussi améliorée, poursuivant le mouvement antérieur : leur niveau de vie moyen semble désormais dépasser celui des actifs, du fait de pensions de retraite plus élevées, d'un taux d'activité féminine antérieure plus important, d'une plus grande fréquence de vie en couple permettant de cumuler deux pensions de retraite, mais avec de fortes disparités au sein d'une catégorie qui reste très hétérogène.

En définitive, le rapport entre les catégories extrêmes (cadres supérieurs-professions libérales/ouvriers non qualifiés) est passé de 2,9 à 4,2. D'autres indicateurs de disparité de niveau de vie confirment cette aggravation des inégalités de revenus. Ces rapports sont le résultat d'une double évolution : la dégradation relative de la situation de ceux qui étaient déjà les plus défavorisés et l'amélioration concomitante de la situation relative de ceux qui comptaient déjà parmi les plus favorisés.

1.1.2.2. Inégalités sociales de logement (1)

Les inégalités face au logement se sont aggravées durant les années 80 et 90. **Cinq millions de personnes (soit plus de 8 % de la population totale) ne disposaient pas en 1990 de logement ou de conditions de logement considérées comme " normales ".**

Aux exclus du droit au logement au sens strict, c'est à dire aux sans-abri (estimés à 600 000 par le Conseil de l'Europe en 1995), on peut ajouter les mal logés (les personnes vivant dans un logement insalubre), ceux qui occupent des logements de substitution (meublés, garnis, chambres d'hôtel, souvent insalubres, faute de pouvoir trouver mieux), ceux qui n'échappent aux autres situations que grâce à la solidarité familiale ou amicale, au prix souvent d'un surpeuplement des logements occupés (il s'agit aux deux tiers de jeunes de moins de 25 ans et on constate une sur-représentation des ouvriers).

1.1.2.3. Inégalités sociales d'éducation (4)

Les taux de scolarisation ont considérablement augmenté à tous les niveaux, mais la valeur sociale des diplômes baisse, l'usage de la formation et des titres scolaires en fonction de l'origine sociale reste très inégal et le moment de l'élimination se déplace. Les inégalités perdurent sous des formes renouvelées :

- parmi ceux qui connaissent un ou deux redoublement(s), au cours préparatoire ou au-delà, les deux tiers proviennent des catégories " défavorisées " (ouvriers, personnels de service ou inactifs). Ces dernières sont sous-représentées parmi ceux qui effectuent leur scolarité pendant la durée prévue, c'est à dire en cinq ans.

- Au collège, les deux tiers des élèves en difficulté deux ans après leur entrée sont originaires des milieux défavorisés. Plus de neuf enfants de cadres sur dix arrivent en quatrième générale sans redoubler, contre à peine plus d'un sur deux dans les catégories ouvrières et assimilées.

- En 1990, un enfant d'ouvrier avait 8,5 fois moins de chances d'obtenir un bac général qu'un enfant de cadre et 17 fois moins de chances d'avoir un bac C (scientifique).

Les inégalités dans le recrutement des étudiants restent très importantes. Toutes disciplines confondues, en 1997, les enfants d'ouvriers ont toujours **huit fois moins** de chances d'accéder à l'université que les enfants de cadres, **contre onze fois moins quinze ans plus tôt** et **vingt-huit fois moins trente ans plus tôt**.

Au début des années 90, dans les écoles d'ingénieurs et les écoles d'architecture, l'écart entre les chances d'accès des enfants d'ouvriers et de cadres va de 1 à 25. Il va même de 1 à 50 pour les écoles normales supérieures et de 1 à 73 pour les écoles de commerce.

La proportion des jeunes d'origine « populaire » envisagée de manière très large (père paysan, ouvrier, employé, artisan ou commerçant) dans quatre grandes écoles prestigieuses (Ecole polytechnique, Ecole normale supérieure, ENA, HEC) a beaucoup diminué depuis 40 ans : 29 % des élèves étaient d'origine " populaire " dans la première moitié des années cinquante, seulement 9% aujourd'hui. Les catégories les plus représentatives des couches populaires - les ouvriers et les employés - ne forment qu'une partie de cette catégorie dite « populaire » : un septième seulement dans le cas des élèves de Polytechnique. *« L'élite scolaire est donc bien le produit d'une élite sociale, elle l'est même de plus en plus ».*

Alain BIHR et Roland PFEFFERKORN concluent sur ces mots : *« Si la France est aujourd'hui 90% plus riche qu'en 1970 (inflation déduite), cet accroissement de la richesse est allé de pair avec une augmentation de la pauvreté en raison de l'aggravation considérable des inégalités de répartition de la richesse nationale ».* (4)

1.2. LES INTERACTIONS ENTRE LES PROCESSUS DE PRECARISATION ET LES PROCESSUS DE SANTE (22) (25)

A l'image des processus de précarisation, les rapports entre santé et précarité relèvent d'interactions multiples, où se mêlent des données sociales, des faits objectifs et des vécus subjectifs. Ces interactions s'inscrivent dans la durée, le temps étant une dimension essentielle de la santé comme de la précarité.

La santé n'est pas simplement un déterminant de la précarité, ni la précarité un déterminant de la santé comme le suppose tour à tour des modèles commodes mais réducteurs. Santé et précarité se conjuguent et contribuent mutuellement à creuser le passif d'un individu qui tente de faire face aux exigences d'une société où s'aggravent les inégalités.

1.2.1. LA SANTE, UN FACTEUR ET UN PRODUIT DU DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL (46)

La notion de santé, dans une approche de type santé publique, est tout aussi complexe et controversée que la notion de précarité. Comme pour la précarité, certaines définitions considèrent la santé comme un état alors qu'en revanche, d'autres sont plus sensibles à sa dimension de processus et de construction sociale.

Sans renoncer à la définition de l'O.M.S. de la santé de 1946 : *" état complet de bien être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité "*, celle-ci l'a fortement modulée en 1986, lors de l'adoption de la charte d'Ottawa pour parvenir à un *« état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. »* (43) La santé est donc perçue comme ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé, son ambition est le bien-être complet de l'individu.

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- se loger,
- accéder à l'éducation,
- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un écosystème stable,
- compter sur un apport durable de ressources,
- avoir droit à la justice sociale
- un traitement équitable.

Cette définition de la santé apparaît donc comme un outil particulièrement pertinent lorsque l'on doit étudier des phénomènes de santé directement liés à l'environnement social. Elle rappelle qu'avant d'être le produit de la qualité des services de soins, la santé est - sauf cas particuliers liés à la génétique ou la biologie - la conséquence du fait qu'une personne bénéficie ou non de droits fondamentaux qui devraient être ceux de toute société démocratique. En effet, contrairement à la vision biomédicale qui attribue principalement l'amélioration de la santé à la qualité des services de santé et aux progrès de la biotechnologie, l'état d'une population est le résultat de l'influence de nombreux facteurs déterminants. Cependant, l'étude de ces déterminants n'est pas simple du fait à la fois de leur multiplicité et des nombreux liens qui existent entre eux, ce qui rend difficile l'appréciation du rôle spécifique de chacun. A titre d'exemple, la pauvreté et la précarité agissent incontestablement comme des déterminants de l'état de santé, mais elles exercent également une influence forte sur d'autres déterminants ce qui rend difficile l'identification de ceux sur lesquels on peut agir.

Bien que l'on manque encore de données longitudinales indiscutables et d'outils de prévision, les premières analyses des effets de la précarité sur la santé, menées en France et dans d'autres pays font craindre une régression du niveau de santé des populations les plus fragiles, capable d'affecter la population générale et les générations futures. De nombreuses études partielles montrent en effet que 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 et agie, le niveau d'éducation, les conditions sanitaires de la petite enfance... qui sont eux-mêmes étroitement liés entre eux.

Par analogie avec le concept de « capital humain » tout se passe comme si l'individu disposait d'un « capital santé » mêlant la biologique et le biographique, sans cesse modifié par les événements positifs et négatifs de son existence, et bien entendu influencé par l'usage qui en est fait. Les formes actuelles de la précarité font peser sur ce « capital de lourdes hypothèques ».

Un des fils conducteurs pour comprendre les effets des processus de précarisation sur la santé des individus est celui de la souffrance psychique. Tous les acteurs de terrain qui côtoient les personnes en difficulté sont unanimes pour considérer ce symptôme comme central, par son intensité et sa fréquence :

En agissant directement et indirectement sur les conditions socio-économiques, l'environnement, le comportement mais aussi sur l'accès à la protection sociale et aux soins, les processus de précarisation opèrent à de multiples niveaux sur l'état de santé. L'un des modes d'action - sinon le principal - de la précarité sur la santé, est qu'elle fragilise l'équilibre psychique en créant chez l'individu un sentiment d'insécurité qui lui-même va conduire à un état d'anxiété plus ou moins marqué. Si la situation de précarité se prolonge et devient permanente, elle entraîne une dégradation de l'image de soi et un sentiment d'inutilité sociale qui débouchent progressivement sur une souffrance psychique dont les modes d'expression dépendent de l'histoire personnelle. Dans les situations extrêmes, on assiste à une diminution de la vigilance voire de l'intérêt par rapport à son propre corps conduisant alors à des comportements à risque, à la consommation excessive de produits licites ou encore à l'usage de drogues.

A l'initiative de la délégation interministérielle à la Ville (DIMV) et de la délégation interministérielle au RMI (DIMRMI), un groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale » s'est réuni de novembre 1993 à fin 1994. Les travaux de ce groupe - composé de représentants d'administrations centrales et de services déconcentrés, d'établissements publics concernés par le sujet, de professionnels de terrain et de chercheurs - ont fait l'objet d'un rapport : « Pauvreté, Précarité et Pathologies mentales : une souffrance que l'on ne peut plus cacher ». (36) (45)

Cette souffrance est mal identifiée et non traitée par les dispositifs sociaux et psychiatriques classiques. L'intervention globale est peu développée entre le social et le sanitaire.

Les objectifs

Le groupe de travail a poursuivi un triple objectif :

1- améliorer la connaissance et la compréhension de ces phénomènes de souffrance psychique des personnes en situation de précarité ;

2- mobiliser les institutions pour que ce problème soit pris en compte et que soit construit, à l'intersection des champs du social et du médical, un espace d'intervention commun ;

3- repérer les lieux de collaboration existant déjà au niveau local ainsi que les nouvelles pratiques de prévention en santé mentale répondant au problème.

Les conditions économiques et sociales de vie sont donc un déterminant fort de l'état de santé des populations : les études épidémiologiques vont toutes dans le même sens : plus on est pauvre, plus on est malade et plus on meurt jeune ; partout on constate que le plus fort prédicteur de la maladie physique et/ou mentale et de la mortalité prématurée est le niveau socio-économique du foyer.

Mais la Charte d'Ottawa rappelle également qu'il y a une relation circulaire entre la santé et l'environnement social : la santé est un produit du processus de développement mais elle est aussi l'un de ses déterminants majeurs :

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie.

1.2.2. L'AGGRAVATION DES INEGALITES SOCIALES FACE A LA MALADIE ET A LA MORT (28)

Les travaux de G. DESPLANQUES ont mis en évidence dès le début des années 1970 un fait majeur concernant la santé en France (et plus généralement celle des pays occidentaux). Ce fait, qui est aujourd'hui largement documenté, est l'inégalité sociale en termes de mortalité. En comparant la mortalité - ajustée sur l'âge - des différentes catégories socioprofessionnelles, il a montré qu'il y avait chez les hommes de 35 ans des différences d'espérance de vie considérables. Ceux qui vivent le plus longtemps se trouvent au sommet de l'échelle sociale, par le revenu ou par l'instruction (professions libérales, dirigeants d'entreprises, enseignants) alors que ceux qui ont l'espérance de vie la plus faible exercent des professions non qualifiées (manœuvres et travailleurs agricoles).

Evolutions des différences de mortalité entre les groupes socio-économiques
[évolutions des décès de 25 à 64 ans entre (1981-1983) et (1989-1991) -
Taux standardisés par âge]

	Variation des taux de décès		Surmortalité par rapport à la catégorie " cadres supérieurs-professions libérales "			
	(81-83) / (89-91)		(81-83)		(89-91)	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
Ouvriers et employés	- 2 %	- 8 %	2.5	1.1	3.0	1.5
Commerçants cadres moyens	1 %	- 3 %	1.3	0.9	1.6	1.4
Cadres supérieurs professions libérales	- 19 %	- 38 %	1.0	1.0	1.0	1.0

Source : Rapport 1998 du Haut Comité de la santé publique (34)
Les cadres supérieurs et professions libérales sont les référentiels

On dénombre tous les décès hommes et femmes pour chacune des deux périodes 1981-1983 et 1989-1991, et pour chaque groupe socio-économique on calcule la variation du taux entre ces deux mêmes périodes. Les cadres supérieurs et les professions libérales sont pris comme référentiels dans la partie droite du tableau.

Pour les ouvriers-employés, les taux de décès pour les personnes âgées de 25 et 64 ans, ont diminué de 2 % entre les deux périodes (1981-1983 et 1989-1991) la mortalité de ce groupe est trois fois plus élevée que celle des cadres supérieurs (2,5 fois, il y a 10 ans). L'observation ou l'évolution de la morbidité selon les groupes socio-économiques avant 65 ans montre que les taux de décès ont régressé plus rapidement ces dix dernières années dans les couches sociales les plus aisées que chez les ouvriers et ceci quelle que soit la pathologie en cause

Evolutions des différences de mortalité entre classes sociales
[évolution des décès du sexe masculin de 25 à 64 ans entre (1981-1983) et (1989-1991)
Taux standardisés par âge]

	Variation des taux de décès			Surmortalité par rapport à la catégorie " cadres supérieurs-professions libérales "					
	(81-83) / (89-91)			(81-83)			(89-91)		
	O-E	C-CM	CS-PL	O-E	C-CM	CS-PL	O-E	C-CM	CS-PL
Cancer poumon	+ 28 %	+ 35 %	- 3 %	2.7	1.2	1.0	3.6	1.6	1.0
Cancer VADS	- 5 %	- 15 %	- 29 %	7.6	2.4	1.0	10.2	2.9	1.0
Alcoolisme	- 25 %	- 33 %	- 23 %	9.6	3.4	1.0	9.3	3.0	1.0
Infarctus	- 14 %	- 11 %	- 47 %	1.5	1.0	1.0	2.5	1.6	1.0
Maladies CVH	- 18 %	- 21 %	- 38 %	2.5	1.4	1.0	3.3	1.8	1.0
Accidents circulation	- 14 %	- 2 %	- 29 %	2.1	1.2	1.0	2.6	1.6	1.0
Suicides	- 2 %	- 7 %	- 18 %	2.4	1.7	1.0	2.9	2.0	1.0

Source : Rapport 1998 du Haut Comité de la santé publique (34)

O-E : ouvriers et employés

C-CM : commerçants et cadres moyens

CS-PL : cadres supérieurs et professions libérales

Maladies CVH : maladies cérébro-vasculaires et hypertensives

En 20 ans, l'espérance de vie a augmenté pour toute la population, mais avec une croissance nettement plus marquée pour les plus favorisés. Ainsi, selon les chiffres de l'INSEE portant sur l'analyse de données de 1982 à 1996, l'espérance de vie des ouvriers de 35 ans est inférieure de 6,5 ans à celle des cadres et des professions libérales. (Pour les femmes, des inégalités d'espérance de vie existent également, mais les disparités sont plus réduites que pour les hommes à 35 ans, différence de 3,5 ans d'espérance de vie entre ouvrières et cadres-professions libérales). (7)

Entre ces deux extrêmes, le niveau de l'espérance de vie à 35 ans croît globalement en suivant la hiérarchie des catégories professionnelles : ouvriers, employés, commerçants, cadres - professions libérales. Un manœuvre a un risque trois fois plus élevé de mourir entre 35 et 65 ans qu'un ingénieur.

Entre 25 ans et 64 ans, la surmortalité des ouvriers et employés par rapport aux cadres et professions libérales concerne pratiquement toutes les causes de décès, en particulier les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les morts violentes. Si l'espérance de vie des catégories les moins favorisées s'alignait sur celles des cadres, 10 000 décès prématurés par an pourraient être évités.

Ces disparités françaises se retrouvent dans d'autres pays européens mais à un moindre degré. Ainsi, selon une étude européenne, la mortalité des hommes de 45 à 59 ans exerçant une profession « manuelle » est en France supérieure de 71 % par rapport à ceux ayant une autre activité. Dans les autres pays européens, cette surmortalité des travailleurs manuels s'échelonne seulement de 33 à 53 %. Si on prend en compte non plus la profession mais le niveau d'études, on observe également des disparités plus grandes en France que dans les autres pays, et ce pour les hommes comme pour les femmes.

La nature des maladies contribuant le plus à la surmortalité des «manuels» par rapport aux «non manuels» varie aussi selon les pays. La France se caractérise par une contribution importante des maladies liées à l'alcool (certains cancers et maladies de l'appareil digestif notamment).

Les inégalités sociales de santé commencent dès la naissance et s'incrument à chaque étape de la vie. (37)

Les différences sociales de mortalité s'observent dès le début de la vie. Selon les dernières données (deuxième moitié des années 80), la mortalité périnatale - c'est à dire dans les jours précédant et suivant la naissance - varie de 7,1 décès pour 1 000 naissances pour les enfants dont le père est cadre à 10,2 pour mille pour ceux dont le père est ouvrier (à noter cependant qu'en 20 ans, les disparités à ce niveau se sont nettement atténuées). Ces différences sont moins fortes pour la mortalité infantile, même si elles existent toujours.

Les différences sociales de mortalité au début de la vie ne concernent pas seulement la mortalité, mais aussi la prématurité, et le faible poids de naissance. Le risque de naître prématuré est 1,2 à 2 fois plus élevé si les parents se situent au bas de l'échelle sociale que s'ils sont cadres. Seule une petite partie de ces disparités sont explicables par les facteurs de risque classiques comme l'âge maternel, la parité, l'emploi, le tabac ou la surveillance prénatale.

Le faible poids de naissance est maintenant reconnu comme augmentant le risque de certaines des maladies les plus importantes à l'âge adulte, notamment les maladies cardio-vasculaires : les inégalités sociales de santé à la naissance peuvent donc avoir des conséquences à long terme.

Au moment de l'adolescence, les enquêtes mettent en évidence le fait que les problèmes de santé, de maturation somatique (taille, corpulence...) sont plus fréquents chez les plus modestes. A l'inverse, comme dans les autres pays francophones, la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis affecte plus les enfants de milieux favorisés. Les résultats montrent que les enfants de cadres déclarent plus fréquemment que les autres des symptômes dépressifs et une prise de médicaments contre la nervosité ou l'insomnie, alors que la tentative de suicide est plus souvent relatée par les enfants d'ouvriers.

Les rares données chiffrées sur les inégalités en matière de santé pour les personnes âgées résident dans la logique implacable qui frappent les plus déshérités tout au long de l'existence. Ainsi, une enquête a calculé, pour une population ayant pris sa retraite en 1972, que 10 ans après l'arrêt de l'activité professionnelle, 48 % des ouvriers étaient décédés contre 18 % des techniciens et des cadres.

- Inégalités sociales de santé, quatre exemples... (37)

Cancers

La mortalité par cancer fait également apparaître des différences sociales importantes, et comme pour les maladies cardio-vasculaires, elles concernent aussi bien la survenue du cancer que la létalité.

Peu de données existent en France, mais elles vont toutefois dans le même sens que la littérature internationale. La survie après cancer est en moyenne plus basse dans les catégories socioprofessionnelles plus défavorisées, et ce, quelle que soit la localisation des cancers. En revanche, le risque de survenue d'un cancer en fonction de la catégorie socioprofessionnelle dépend de la localisation du cancer. Ainsi, le risque est plus élevé dans les catégories socioprofessionnelles basses pour les cancers du poumon, des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, et du col utérin. Au contraire, le risque est plus élevé dans les catégories élevées pour le cancer du colon, et le cancer du sein. Cependant, pour cette dernière localisation, la relation semble s'inverser. Ces différences sociales d'incidence ne sont pas totalement expliquées par des différences dans les facteurs de risque, notamment ceux liés au mode de vie ; le rôle des expositions professionnelles intervient dans certains cancers, celui du recours au dépistage dans d'autres.

Maladies cardio-vasculaires

Au cours des vingt dernières années, la mortalité par maladie coronarienne a nettement diminué. Mais cette diminution a davantage bénéficié aux cadres qu'aux employés ou aux ouvriers. Ainsi, en 1990, chez les hommes d'âge actif, le risque de mourir d'un infarctus est multiplié par 1.8 pour un ouvrier et par 3.5 pour un employé par rapport à un cadre. Selon les données des registres MONICA (MONItoring trends and determinants in CArdiovascular disease), ces différences sociales de santé concernent aussi bien la survenue (incidence) des maladies (avec un risque particulièrement élevé pour les employés), que la létalité (mortalité des personnes malades), particulièrement élevée chez les ouvriers. Des facteurs comme les comportements ou les conditions de travail peuvent expliquer en partie les différences dans la survenue de la maladie, mais le recours aux soins préventifs et la prise en charge médicale ambulatoire contribuent probablement aussi aux différences de létalité.

Incapacités et handicap

Selon des données de l'INRETS (Institut National de Recherche sur les Transports et leur Sécurité), étude internationale coordonnée par l'OMS, les proportions de décédés et de blessés graves dans les accidents de la circulation, chez les conducteurs, sont nettement plus élevées chez les agriculteurs, les ouvriers et les chômeurs que dans les autres catégories.

Si la situation sociale influe sur la santé, la santé influe également sur les conséquences sociales de la maladie : ainsi, parmi les personnes devenues tétraplégiques à la suite d'un accident, le pourcentage de celles ayant un emploi après l'accident est d'autant plus élevé qu'elles ont un diplôme de niveau élevé.

Santé bucco-dentaire

La santé bucco-dentaire des enfants est le seul élément connu de la santé selon la situation sociale des familles. Des enquêtes nationales répétées depuis 1987 montrent une amélioration globale de l'état de santé dentaire des enfants. Cependant, il existe toujours des différences importantes selon la catégorie socioprofessionnelle des parents, aussi bien pour le nombre moyen de dents cariées, absentes, ou obturées que pour le pourcentage d'enfants indemnes de caries. En 1998, à 12 ans, **47 % d'enfants de cadres supérieurs** sont indemnes de caries, 43 % dans les catégories intermédiaires, contre **32 % seulement chez les enfants d'ouvriers**.

La santé bucco-dentaire des adultes présente les mêmes caractéristiques sociales que celles des enfants. Si ces inégalités sociales de santé peuvent résulter en partie de différences dans les pratiques de prévention individuelle (hygiène dentaire, alimentation...), l'accès aux soins préventifs ou curatifs précoces joue également un rôle, notamment en raison de leur coût : les données du CREDES (Centre de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) montrent que les soins dentaires sont ceux auxquels les personnes renoncent le plus fréquemment lorsqu'il y a renoncement aux soins pour des raisons financières. (3)

1.3. PROTECTION SOCIALE ET SYSTEME DE SOINS : VERS PLUS D'EQUITE ET D'EGALITE

Le gouvernement a lancé deux types d'actions qui permettront de lutter contre les inégalités sociales de santé :

- une action globale
- une action plus spécifique

1.3.1 UNE ACTION GLOBALE DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET DE LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS (7)

« En raison de la persistance des précarités et du caractère multidimensionnel du phénomène, et parce que tous les droits fondamentaux sont interdépendants et indivisibles, la lutte contre la grande pauvreté et l'exclusion sociale ne saurait atteindre l'efficacité nécessaire sans une volonté forte et sans une conception d'ensemble » (39)

Pour signifier l'ampleur du chantier à entreprendre et la diversité des domaines d'intervention, le rapport WRESINSKI (51) au Conseil économique et social avait, dès 1987, souligné la nécessité d'une loi d'orientation.

Une longue marche

Le 28 janvier 1992, le bureau du Conseil économique et social a confié à sa section des Affaires sociales la préparation d'un rapport sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté. Mme Geneviève de Gaulle Anthonioz, présidente du « Mouvement Atd Quart Monde », en a été le rapporteur. Ce travail a été effectué sous le contrôle du Conseil scientifique de l'évaluation. Il a impliqué des organismes de recherche indépendants, le Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie et le Centre d'Economie des Besoins Sociaux. La démarche d'évaluation s'est faite, d'une part, avec des personnes en situation de pauvreté (première fois que des personnes vivant dans la pauvreté sont associées directement à l'appréciation des politiques destinées à transformer leur condition), et d'autre part, avec les autres acteurs impliqués dans la lutte contre la pauvreté. Trois ans et demi de travail intensif ont été nécessaires pour relever ce défi. Les six cent trente-quatre pages du rapport et les cinquante-six pages de l'avis qui

sera voté par le Conseil économique et social sans aucune opposition constituent les travaux de référence pour comprendre la loi de lutte contre les exclusions. (51)

Au cours de la campagne des élections présidentielles de 1995, Jacques Chirac fait de « la réduction de la fracture sociale » un thème majeur de son programme. Sous le double pilotage de Jacques Barrot et de Xavier Emmanuelli, le gouvernement Juppé met en chantier un projet de loi relatif au renforcement de la cohésion sociale. La dissolution de l'Assemblée nationale par Jacques Chirac, en plein débat sur le projet de loi relatif au renforcement de la cohésion sociale, crée une profonde déception des associations qui ont été associées à la rédaction du projet de loi. Le nouveau premier ministre Lionel Jospin prend l'engagement de reprendre le chantier.

Dans son discours introductif à la première lecture du projet de loi (5 mai 1998), Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la Solidarité, a exprimé son refus de voir « *des hommes privés d'avenir et l'exclusion considérée comme le tribut à payer à la rentabilité de notre économie et à la compétitivité de la France sur le marché mondial* ».

La dignité apparaît au cœur de la loi dont l'objectif est d'abord de garantir l'accès effectif aux droits fondamentaux, tremplin vers la réinsertion sociale. Il s'agit ensuite de prévenir les exclusions et de mieux agir ensemble contre elles, en s'appuyant chaque fois que cela est possible sur des solutions de droit commun. Les droits communs et indivisibles figurant dans la loi concernent les domaines de l'emploi, du logement, de la santé et de la citoyenneté. Sont aussi mentionnés les droits fondamentaux dans les domaines de l'éducation, de la formation, de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance. Le gouvernement affiche donc sa volonté de faire progresser le droit à la protection de la santé, dans la droite ligne du préambule de la Constitution, selon lequel « *la Nation garantit à tous la protection de la santé* ».

Deux défis sont ainsi clairement identifiés :

- difficultés d'accès à la protection sociale,
- inadaptation des structures de prévention et de soins aux besoins des personnes en situation précaire.

Une loi sur la couverture maladie universelle doit répondre au premier défi, la loi contre les exclusions au second.

Le texte de loi (39)

C'est finalement le 29 juillet 1998 qu'a été promulguée la « loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions » comprenant cent cinquante-neuf articles. Son caractère d'orientation est très important, car il signifie que les principes et les ambitions qu'elle contient devront se trouver traduits par tous les textes qui suivront : aucun ne pourra y être contraire.

Cette loi dispose en son article premier que « *la lutte contre les exclusions est un impératif national* » et donc une obligation. Elle représente l'engagement de notre pays à se remettre en question, tant que les droits fondamentaux de chacun ne seront pas respectés, et à aller jusqu'au bout de la destruction de la misère.

Le principe fondateur du texte est le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains. Il passe par la recherche tenace d'un accès effectif de tous à l'ensemble des droits fondamentaux et par la volonté de considérer les plus démunis comme des partenaires, c'est à dire de privilégier les attentes et les projets des personnes par rapport au fonctionnement des structures et à la réussite des dispositifs.

1.3.2. UNE ACTION PLUS SPECIFIQUEMENT SANITAIRE QUI COMPORTE DEUX VOILETS COMPLEMENTAIRES :

- la mise en œuvre de la couverture maladie universelle (CMU) (loi du 27 juillet 1999) qui vise à faire disparaître les barrières financières à l'accès aux soins (38) ;

- les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), dont l'objectif est de mieux connaître l'ensemble des difficultés d'accès à la prévention et aux soins (organisationnels, psychologiques, culturels, sociaux, etc.) des personnes en situation de précarité afin de proposer des adaptations de notre système de santé réellement adaptées à leurs besoins.

1.3.2.1. La généralisation progressive de l'assurance maladie

Alors que le droit à la santé fait partie des droits fondamentaux consacrés par le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, en 1998, **un français sur sept** déclarait avoir renoncé à se soigner, faute de moyens financiers. En étendant à tous les résidents en situation régulière l'accès à un régime de base, la loi du 27 juillet 1999 achève un processus engagé en 1945 par les fondateurs de la sécurité sociale : l'assurance maladie pour tous.

Cette idée d'un droit de chacun à la sécurité sociale est l'aboutissement d'une longue évolution historique. Au cours des vingt dernières années, l'accès aux soins des plus démunis a été facilité par la généralisation progressive de l'assurance maladie, complétée par des dispositifs comme l'assurance personnelle, le RMI et la réforme de l'aide médicale.

Le 1^{er} janvier 2000, la loi portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) est entrée en vigueur. Elle vise, d'une part, à garantir l'accès effectif à l'assurance maladie de base et, d'autre part, à assurer une couverture complémentaire aux six millions de personnes qui y ont renoncé, faute de ressources suffisantes. (38)

L'accès effectif à la « CMU de base » concerne les quelques 700 000 personnes qui, avant la mise en place de la CMU, ne relevaient toujours pas d'un régime de base à partir des critères d'affiliation socio-professionnels traditionnels. Parmi elles, 150 000 étaient dépourvues de toute protection sociale et 550 000 étaient couvertes par le biais de l'assurance personnelle (50 000 acquittaient une cotisation. Les 500 000 autres voyaient leurs cotisations prises en charge par un tiers - caisse nationale des allocations familiales (CNAF), caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) pour les bénéficiaires d'une prestation familiale, soit par l'aide sociale (aide médicale des départements), soit encore par le Fonds de solidarité vieillesse ; ces mécanismes étaient stigmatisants et pouvaient entraîner, du fait de leur complexité, des ruptures de droit et des retards dans l'affiliation à la sécurité sociale).

Selon les estimations du gouvernement, la complémentaire en matière de santé devrait couvrir six millions de personnes (dont trois millions de foyers), soit 10 % de la population. Elle couvre les dépenses suivantes : le ticket modérateur, le forfait hospitalier (sans limitation) et la prise en charge des frais d'optique, **dentaires** et d'appareillage dans

la limite d'un plafond. Elle permet également aux jeunes d'avoir leur propre carte de sécurité sociale dès seize ans, facilitant ainsi l'accès aux soins des jeunes dont les liens sont rompus avec la famille.

Elle évite également en instaurant une application immédiate, toute avance de frais liés aux soins, y compris la part non remboursée par l'assurance maladie (notamment le ticket modérateur).

La CMU s'inscrit complètement dans la démarche engagée par les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), dans la mesure où elle favorise l'accès à la santé des personnes en situation de précarité en apportant gratuité, proximité, rapidité et simplification.

Aujourd'hui, au début de l'année 2004, le nombre de bénéficiaires de C.M.U. est évalué à **4,7 millions**, parmi eux 4 millions résident en métropole. Le taux le plus faible est en Haute Savoie, 2,8 % et le plus élevé dans les Bouches du Rhône 12,5%.

1.3.2.2. L'adaptation progressive du système de santé aux besoins des personnes en situation de précarité (32)

Indépendamment des facteurs limitants que sont, pour les personnes en situation de pauvreté et de précarité, l'accès aux droits et l'absence de couverture complémentaire, il existe d'autres limites à l'accès aux soins : les unes étant propres aux personnes elles-mêmes et les autres étant - malgré des efforts notables - dues au système de soins. Il y a trop souvent entre la personne qui certes, est malade mais souffre d'abord d'une mauvaise image d'elle-même et le système de soins une distance psychologique fondamentale qui ne permet pas un dialogue serein et qui bien souvent se traduit à la fois par une résistance du patient à aller consulter et une incapacité du système de soins (public ou privé) à prendre en charge les problèmes spécifiques.

S'ils s'inscrivent dans la continuité d'une logique enclenchée avec les programmes départementaux d'accès aux soins (PDAS) mis en place par la circulaire du 21 mars 1995, les PRAPS diffèrent toutefois des PDAS par leur **caractère obligatoire** et leur **niveau**

d'organisation régionale. En outre, les PRAPS comportent, au même titre que la dimension curative, une dimension préventive.

L'objectif de ces programmes est de mieux connaître la nature des difficultés d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité afin de proposer des ajustements de notre système de santé réellement adaptés à leurs besoins.

« L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé » (article 67). Cet objectif doit se concrétiser, en application de l'article 71, par l'élaboration de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Ces programmes visent à faire évoluer le dispositif de prévention et de soins afin de lui permettre d'apporter des réponses coordonnées suffisamment précoces et adaptées aux besoins des personnes en situation de précarité. Ces programmes, qui prennent appui, sur les compétences déjà acquises des programmes régionaux de santé et des plans départementaux d'accès aux soins des populations en situation précaire, vont s'inscrire également dans les actions menées par le fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire de la CNAMTS, les crédits régionalisés de promotion et d'éducation pour la santé, le fonds d'aide aux jeunes, la politique de la ville, l'alcoolisme, la toxicomanie, le sida.

Les autres articles du volet santé de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions :

- L'article 73 réaffirme le rôle social des établissements de santé.
- L'article 74 prévoit le renforcement de l'accompagnement apporté par la PMI aux femmes enceintes et mères de famille, particulièrement les plus démunies.
- L'article 75 invite les Caisses Primaires d'Assurance-Maladie (CPAM) à se recentrer sur les populations exposées aux risques de précarité.
- L'article 76 prévoit la mise en place dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier, de *permanences d'accès aux soins de santé* (PASS), ouvertes à tous et visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

- L'article 143 porte sur la multiplication, au sein des établissements scolaires, des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, instances ouvertes aux élèves, aux parents et à la cité

- L'article 151 met l'accent sur la nécessité de nouvelles formations : « *Les établissements publics ou privés dispensant des formations sociales initiales, permanentes et supérieures contribuent à la qualification et à la promotion des professionnels et des personnels salariés et non salariés engagés dans la lutte contre l'exclusion...* »

Les formations sociales définies par le schéma national susmentionné assurent à la fois une approche globale et transversale et une connaissance concrète des situations d'exclusion et de leurs causes. Elles préparent les travailleurs sociaux à la pratique du partenariat avec les personnes et les familles visées par l'action sociale.

Circulaires d'application de la loi de lutte contre les exclusions et relatives à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité :

Concernant les soins à l'hôpital :

Au-delà de leur mission sanitaire, les hôpitaux ont une légitimité à intervenir en matière médico-sociale. Cette orientation est confirmée par la loi du 19 janvier 1994, qui étend les possibilités pour les établissements de santé publics et privés de créer et de gérer des structures de type médico-social. Par ailleurs, les hôpitaux publics sont régis par les principes fondamentaux du service public (continuité, neutralité, égalité) et, à ce titre, doivent garantir l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent, notamment en urgence, en dehors de toute considération sur la situation économique, sociale ou administrative du patient.

Ces dispositions ont été rappelées avec insistance par une série de circulaires ministérielles des 8 janvier 1988, 17 septembre 1993 et 21 mars 1995 : *"l'hôpital est soumis à des obligations de service public et doit rester un lieu privilégié où les plus démunis peuvent faire valoir leurs droits"*. (21)

La circulaire du 17 septembre 1993 (18) souligne que, dans les situations d'urgence, il appartient au directeur de l'établissement de prononcer l'admission après constatation de

l'état du malade par un médecin ou un interne de l'établissement, même en l'absence de toute pièce d'état civil ou de renseignement relatif aux modalités de prise en charge des frais de séjour. Cette circulaire réaffirme la mission sociale de l'hôpital et propose deux mesures :

- la mise en place de cellules d'accueil spécialisées pour aider les plus défavorisés à faire valoir leurs droits,

- la passation de conventions avec l'Etat destinées à assurer la gratuité des soins externes et des médicaments pour les personnes sans résidence stable, les services de l'Etat remboursant aux hôpitaux la dépense engagée.

Mais l'arrivée aux urgences des hôpitaux d'un nombre toujours croissant de malades en situation de précarité a nécessité la mise en place de structures d'accueil et de prises en charge médico-sociales (circulaire du 25 mai 1999 relative à la mise en place des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)) qui facilitent la circulation des personnes dans l'hôpital et l'accès aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins et d'accompagnement social par l'octroi de personnels supplémentaires, sociaux, administratifs, soignants ou médicaux, formés et sensibilisés aux situations de pauvreté. Ces dispositifs permettent une approche plus globale des personnes ainsi qu'un meilleur suivi de leur santé.

Concernant les réseaux : (13)

Les réseaux de soins ont pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité.

Ils peuvent associer des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale. Ils organisent un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention.

L'objet de cette circulaire est de rappeler les grandes règles auxquelles les réseaux doivent se conformer et les évolutions vers lesquelles ils doivent tendre. Elle précise également, pour les seuls réseaux relevant d'un financement de l'Etat, les modalités d'examen de leurs demandes de financement.

Elle envisage le passage de réseaux centrés sur le patient et le passage de réseaux par pathologie vers des réseaux polyvalents de proximité. Elle encourage le passage des soins vers la prévention, puis vers des actions de santé publique.

Le soutien de l'Etat, qui évoluera dans l'avenir, devrait permettre en quelques années à un grand nombre de réseaux d'atteindre une solidité et une stabilité nécessaires pour prétendre à d'autres modes de financement de leur action qui seront ouverts par voie législative et réglementaire.

Concernant l'annuaire santé - social : (12)

Cet annuaire est destiné à l'ensemble des acteurs de terrain professionnels ou bénévoles, appartenant à des structures publiques ou privées, qui participent à la lutte contre les exclusions dans leur région, dans des domaines aussi divers que les secours financiers, la santé, l'emploi, le logement, la formation.

Le principe de création de cet annuaire figure dans une circulaire qui stipule *« qu'afin de faciliter le travail en réseaux, les professionnels doivent pouvoir disposer d'un annuaire de l'ensemble des acteurs participant à la lutte contre les exclusions dans leur région »*.

Chaque document doit regrouper les acteurs du niveau régional ainsi qu'une déclinaison au niveau départemental, être facile à consulter et contenir des renseignements très pratiques. La réalisation de cet annuaire nécessite que chaque acteur puisse être interviewé afin d'obtenir, outre ses coordonnées précises, une définition courte de ses missions et ses possibilités d'intervention auprès des personnes en situation de précarité, notamment en urgence. Une mise à jour doit être effectuée au minimum tous les ans.

Au cours de l'année 1999, les informations à rassembler dans l'annuaire et ses principales caractéristiques techniques ont été mises au point par un groupe de travail sur la base de l'expérience pratique de trois DRASS. L'annuaire sera disponible sur Internet.

L'enjeu des Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes en situation de précarité est triple :

- un **enjeu de santé publique** puisqu'il s'agit de favoriser l'accès de tous au système de santé et ainsi d'améliorer l'ensemble des indicateurs de santé ;

- un **enjeu institutionnel** : faire évoluer le système de santé vers plus d'efficience par une meilleure prise en compte des besoins, par un fonctionnement plus partenarial, qui déterminent les conditions de protection de la santé de l'ensemble de la population, renforcer la dynamique régionale, en liaison avec les autres niveaux d'intervention (national, départemental, local) ;

- un **enjeu politique** : prévenir l'exclusion et doter notre pays d'un bon système de santé, égalitaire et équitable.

Dans un pays où l'état de santé global s'est considérablement amélioré depuis un siècle, la lutte pour le maintien de ces progrès qui restent fragiles doit être une priorité nationale qui réclame un engagement social de tous les secteurs de l'action publique et de la société civile. Prévenir la régression de l'état de santé des couches sociales les plus défavorisées et surtout de la jeunesse est un objectif dont le caractère éthique ne saurait échapper à l'ensemble de la société française.

**PARTIE 2 : ELABORATION DES PROGRAMMES
D'ACCES À LA PREVENTION ET AUX SOINS
(PRAPS)**

2. ELABORATION DES PROGRAMMES D'ACCES À LA PREVENTION ET AUX SOINS (PRAPS) (17)

Mieux coordonner les acteurs et les différents dispositifs socio-sanitaires est un des enjeux majeurs des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins. En effet, les problèmes auxquels les personnes en situation de précarité doivent faire face sont complexes, multiples et ils ne peuvent être circonscrits à un champ unique, tel celui de la santé.

La prise en charge globale des personnes en situation de précarité repose donc sur une approche transversale qui mobilise l'ensemble des acteurs du système socio-sanitaire, avec les personnes en situation de précarité elles mêmes. Par ailleurs, afin de ne pas buter sur l'empilement et la redondance des actions, une articulation du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins avec les différents dispositifs socio-sanitaires existants doivent être recherchée.

Après une présentation des différentes phases de l'élaboration des PRAPS, nous apprécierons dans quelle mesure le processus a permis de répondre ou non aux deux objectifs suivants :

- créer une dynamique partenariale entre les acteurs du système socio-sanitaire,
- coordonner les différents dispositifs socio-sanitaires.

La participation des personnes en situation de précarité à la réflexion sur leurs problèmes d'accès à la prévention et aux soins est un axe essentiel de la méthode d'élaboration des PRAPS. Elle a cependant trop rarement été mise en œuvre et devait faire l'objet d'un renforcement lors de l'élaboration, en 2002, des PRAPS de 2^{ème} génération.

2.1. ETAPES SUCCESSIVES DE L'ELABORATION DES PRAPS (19) (17)

L'élaboration des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins, dont la responsabilité a été confiée par la loi au Préfet de Région, s'est déroulée en plusieurs phases :

1) l'analyse partenariale de l'existant et des principaux dysfonctionnements de l'accès à la prévention et aux soins. Cette analyse a été effectuée par chaque département de la région avec les partenaires impliqués sur le thème santé-précarité. Elle a donné lieu à des rapports départementaux, puis à un rapport régional ;

2) la définition de priorités, d'objectifs et le choix des actions à mettre en oeuvre ;

3) la définition des procédures d'évaluation tant du programme que de chacune des actions qui le compose.

La circulaire demandait que la rédaction des programmes régionaux et des plans départementaux se fasse avant la fin de l'année 1999 selon le calendrier suivant : (19)

- analyse de l'existant (jusqu'en juin 1999),
- définition des objectifs et choix des priorités (été 1999),
- choix des actions à mener dans les différents départements de la région ainsi qu'au niveau régional (automne 1999).

Pour la grande majorité des régions l'élaboration des PRAPS a nécessité plus de temps. A la fin de l'année 1999, seuls 6 PRAPS sur les 26 étaient rédigés et avaient fait l'objet d'une validation officielle (avis favorable du Comité Régional des Politiques de Santé présidé par le Préfet de Région). 10 PRAPS supplémentaires ont été validés au cours du premier trimestre 2000, 5 au cours des mois d'avril et mai, 1 en octobre, 3 en décembre et 1 en février 2001.

1- Etat des lieux des difficultés d'accès à la prévention et aux soins

Cette étape préalable a donné lieu à des analyses départementales et à une synthèse régionale visant à mieux cerner :

- qui sont les personnes en situation de précarité et sur quels territoires vivent-elles ?
- quels sont les problèmes de santé prioritaires de ces personnes ?
- quelle est la nature des difficultés rencontrées par les personnes vivant en situation de précarité dans l'accès à la prévention et aux soins ?

Cette analyse de l'existant qui supposait de la part des services déconcentrés une fonction d'animation des partenaires, d'interpellation institutionnelle, d'expertise technique a été menée avec des méthodologies diverses (grille d'analyse élaborée par la région, renseignée par les départements ou analyse régionale qui complète des bilans départementaux hétérogènes dans leurs formes et leurs constats) et des partenaires plus ou moins nombreux.

2- Programme d'actions régionales et départementales pour 3 ans (2000-2002)

Sur la base des états des lieux, les régions et les départements ont enclenché la phase de programmation :

- définition de priorités,
- choix d'objectifs généraux et opérationnels,
- et mise en place d'un plan d'actions triennales.

3- La mise en place d'une procédure de suivi et d'évaluation des PRAPS

Une évaluation du programme et des actions semble prévue dans tous les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins.

Mais à ce stade des travaux, les modalités, les méthodologies envisagées sont précisées seulement dans un petit nombre de programmes régionaux.

2.2. LA CREATION D'UNE DYNAMIQUE PARTENARIALE

La mobilisation et la coordination des acteurs se sont organisées à partir de la mise en place de plusieurs instances et groupes de travail aux niveaux, national, régional, départemental et local.

2.2.1. DES PROGRAMMES INITIES ET SOUTENUS AU NIVEAU NATIONAL (38)

Depuis la création des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins par l'article 71 de la loi de lutte contre les exclusions, les services centraux se sont impliqués :

- **dans la préparation à l'élaboration des PRAPS** : définition du cadre institutionnel à mettre en place pour assurer la programmation régionale et départementale, conseils méthodologiques relatifs aux différents phases de la programmation (17) (19) (26)

- **dans un suivi et un soutien au travail d'élaboration des PRAPS par les services déconcentrés** : organisation de plusieurs réunions des coordonnateurs PRAPS visant à faire le point sur l'état d'avancement des programmes, publication d'un journal trimestriel de 8 pages intitulé « Action PRAPS » valorisant les différentes expériences régionales ;

- **dans un appui à la mise en œuvre des PRAPS**, renforcement des échanges entre services déconcentrés et centraux : rencontres nationales mais aussi interrégionales). (11)

2.2.1.1. Cadrage institutionnel et méthodologique

- l'élaboration des PRAPS repose sur la création de trois types d'instances :

- **un Comité Régional des Politiques de Santé (CRPS),**
- **un Groupe Technique Régional (GTR)**
- **des Groupes de Travail Départementaux (GTD)**

2.2.1.2. Suivi et soutien de l'élaboration des PRAPS

Le dispositif d'appui national, coordonné par les services de la Direction Générale de la Santé - Sous-Direction « Santé et Société », bureau « Santé des populations, précarité et exclusion » - a été assuré par deux groupes de travail :

- **un groupe de suivi des PRAPS** composé de **représentants des services centraux** (Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Délégation Interministérielle à la Ville, Délégation Interministérielle au RMI, Délégation Interministérielle pour l'Insertion des Jeunes, Protection Judiciaires de la Jeunesse, Education Nationale) **et des services déconcentrés** (les coordonnateurs PRAPS des régions Basse-Normandie, Centre, Pays de la Loire et Lorraine) ;

- **et un groupe d'experts extérieurs à l'administration** composé de médecins de santé publique, d'élus locaux, de sociologues, d'économistes, de chercheurs.

Afin d'appuyer les services déconcentrés dans leur mission d'élaboration des PRAPS, le dispositif d'appui national a organisé des **rencontres nationales avec les coordonnateurs régionaux des programmes à 4 reprises au cours de l'année 1999**. L'objet de ces rencontres était de faire le point sur l'état d'avancement des programmes, sur les problèmes rencontrés, sur les projets en cours. Ces journées ont favorisé les échanges entre les coordonnateurs et ont ainsi contribué à mutualiser les connaissances et les expériences menées.

Au cours de ces journées, les coordonnateurs PRAPS ont exprimé en particulier le souhait d'être mieux formé sur la méthodologie de programmation. Des séances de formation ont donc été organisées à l'Ecole Nationale de la Santé Publique. Chaque année, il a également été organisé une réunion avec les personnes qui dans les DDASS comme dans les DRASS étaient chargées de l'élaboration des PRAPS.

Afin de mieux faire connaître les PRAPS et de valoriser le travail accompli dans les régions, il a été décidé de créer un journal trimestriel de 8 pages intitulé " Action PRAPS ". Ce bulletin a vu son tirage s'accroître en fonction de la demande de différents acteurs. Le numéro de juin 2000 a été tiré à 30 000 exemplaires dont 15 000 diffusés avec la lettre de la Délégation Interministérielle à la Ville. Un numéro spécial tiré à 15 000 exemplaires (avec une version en anglais) a été édité en décembre 2000 à l'occasion du colloque européen sur « **l'accès aux soins des plus démunis** » qui s'est tenu le 16 décembre, Cité des Sciences de la Villette.

2.2.1.3. Suivi et mise en œuvre des PRAPS

Ce travail d'animation nationale, de soutien à la dynamique initié par les services déconcentrés s'est poursuivi en 2000 au cours de la première année de mise en œuvre des PRAPS.

L'élaboration des PRAPS a mobilisé environ 10 000 acteurs, aussi la circulaire insiste sur la nécessité de maintenir une mobilisation importante de ces acteurs dans la phase de mise en place opérationnelle des PRAPS. Elle souligne l'intérêt d'une disponibilité suffisante du coordonnateur PRAPS qui joue un rôle clé dans la conduite d'un tel programme. Enfin, elle précise la procédure de suivi national des crédits. (11)

2.2.2. DES PROGRAMMES ELABORES ET MIS EN ŒUVRE PAR DES ACTEURS REGIONAUX, DEPARTEMENTAUX ET LOCAUX

Concrètement, dans les régions, la **dynamique partenariale** s'est organisée à partir de la mise en place de **trois types d'instances** :

- le **Comité Régional des Politiques de Santé (CRPS)** dont la mission est de suivre l'élaboration et la mise en œuvre des PRAPS. Présidé par le Préfet de région, ce comité assure le pilotage politique du PRAPS. Il valide les priorités, les objectifs et les actions du PRAPS.

- **Le Groupe Technique Régional (GTR)** est chargé de la coordination de la préparation du PRAPS et de la programmation au niveau régional, en étroite collaboration avec les groupes de travail départementaux. La circulaire du 23 février 1999 précise que ce groupe *"a vocation à rassembler les points de vue de l'ensemble des institutions, disciplines, professionnels, et des départements"* mais sa composition est laissée à l'initiative des DRASS. Il élabore les documents à présenter au comité régional des politiques de santé.

- **Les groupes de travail départementaux (GTD)**, constitués sous la responsabilité du Préfet de chaque département, ils réunissent des acteurs du tissu associatif et des représentants des principales institutions locales concernées par les PRAPS. Les correspondants départementaux des PRAPS ont été chargés d'animer la phase de diagnostic local des difficultés d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité et aujourd'hui ils doivent mettre en œuvre les actions du PRAPS avec l'ensemble des partenaires institutionnels et de terrain.

2.2.2.1. Le Comité Régional des Politiques de Santé (CRPS)

- *Cadre législatif et réglementaire*

Ce comité est créé par l'article 71 de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions : *« Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins est établi après consultation d'un comité, présidé par le représentant de l'Etat dans la région ou le représentant de l'Etat dans la collectivité territoriale de Corse »*. (39)

Le décret du 29 décembre 1998 précise le rôle et la composition de ce comité :

- assurer tout d'abord le rôle de comité de pilotage du PRAPS et, pour ce faire, valide les grandes orientations du PRAPS et les objectifs proposés par le Groupe Technique Régional (GTD) (article 1). Il a donc pour **mission de suivre l'élaboration et la mise en œuvre des PRAPS**. Il doit être consulté sur les méthodes d'évaluation du programme et être tenu informé des résultats de ces évaluations. En outre, l'article 2 charge ce comité d'exercer **une mission générale de concertation, de suivi et d'évaluation pour la mise en œuvre des Programmes Régionaux de Santé** établis au vu des propositions de la Conférence Régionale de Santé (CRS). (26)

- assurer que les difficultés des personnes les plus démunies sont bien prises en compte dans les programmes régionaux de santé. A cette fin, il doit associer à ses travaux un représentant du jury de la CRS et des représentants des organismes et des professionnels qui participent à ces programmes. (27)

Ce comité se substitue ainsi au comité permanent de la conférence régionale de santé (20). Le ministère de l'emploi et de la solidarité a voulu ainsi éviter un empilement de structures rassemblant à peu près les mêmes personnes pour conduire des actions fortement liées les unes aux autres. Il est présidé par le Préfet de région. Le mandat des membres est de trois ans, renouvelable et comprend :

- le **Préfet de région** ;
- le **Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales** dont les services assurent le secrétariat ;
- le **Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation** ou son représentant ;
- un représentant de chacune **des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales** de la région ;
- le **Recteur d'Académie** ou son représentant ;
- un représentant du **Conseil régional** désigné par son Assemblée ;
- un représentant de chaque **Conseil Général** désigné par son Assemblée ;
- deux représentants des **communes** désignés par l'association des maires la plus représentative ;
- un représentant de l'**Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie** proposé par son président ;
- le **délégué régional du fonds d'action sociale** pour les travailleurs immigrés et leurs familles, ou son représentant, dans les régions où il existe une délégation régionale de ce fonds ;
- **d'autres représentants de services de l'Etat, d'associations et des personnes qualifiées** peuvent, sur invitation du Président du comité, participer aux travaux du comité en fonction de l'ordre du jour ;

Ce comité fait appel en tant que de besoin à toute personne qualifiée, en particulier aux **coordonnateurs des programmes régionaux de santé (PRS)**.

- fonctionnement du Comité Régional des Politiques de Santé dans les régions

Dans les régions, les comités régionaux des politiques de santé ont été institués au cours de l'année 1999 ; ils se sont réunis deux à quatre fois depuis. **Le décret du 29 décembre 1998** offrait : *« La possibilité - sur invitation du Préfet de Région - d'ouvrir cette instance à des représentants d'associations, de services de l'Etat et à toute personne qualifiée. »*

Globalement, la composition du comité régional des politiques de santé fait apparaître que l'instance a été peu ouverte :

- aux comités régionaux d'éducation sanitaire,
- aux observatoires régionaux de santé,
- aux associations qui oeuvrent au quotidien pour les personnes démunies (leur expérience étant précieuse pour renforcer l'efficacité des programmes et prendre en compte les réalités locales). Ces acteurs ont plutôt été impliqués au niveau des groupes techniques régionaux (GTR) ou au niveau des groupes de travail départementaux (GTD).

Le CRPS (Comité Régional des Politiques de Santé) peut jouer un rôle important dans la définition d'une politique régionale de santé. La régionalisation de la politique de santé nécessite de s'appuyer sur une instance rassemblant les financeurs de la politique de santé. Par la qualité de son animation et l'implication de ses membres, le comité régional des politiques de santé peut être porteur de cette dynamique de régionalisation qui favorise la prise en compte des problèmes prioritaires des populations et la mobilisation des acteurs.

2.2.2.2. Le Groupe Technique Régional (GTR)

Le Groupe Technique Régional (GTR) est chargé de l'interface entre le comité régional des politiques de santé (CRPS) et les groupes de travail départementaux (GTD).

Il élabore la synthèse régionale des besoins à partir des analyses de l'existant réalisées dans les départements et des informations qu'il recueille au niveau régional. Il propose ensuite au comité régional des politiques de santé des objectifs et une

programmation d'actions à mettre en œuvre. Il synthétise enfin les résultats et les évaluations des actions mises en œuvre dans les départements et au niveau régional.

Il a vocation à rassembler les points de vue de l'ensemble des institutions, disciplines, professionnels, et des départements. Sa composition est laissée à l'initiative des Directions régionales des Affaires Sanitaires et Sociales. Deux types de groupes techniques régionaux existent :

- les uns ne sont constitués que de représentants des DDASS et DRASS,
- les autres ont rassemblé autour des représentants des DDASS et DRASS, les acteurs les plus divers de l'action sanitaire et sociale, essayant d'être aussi représentatifs que possible.

2.2.2.3. Les Groupes de Travail Départementaux (GTD)

La loi précise que le département est l'échelon d'analyse de l'existant et celui de la mise en œuvre des actions de santé.

Des groupes de travail départementaux (GTD) ont donc été constitués sous la responsabilité du Préfet de chaque département. Ces groupes, coordonnés par un membre du groupe technique régional (GTR), doivent réunir des représentants des Conseils Généraux, des organismes d'assurance maladie, des établissements assurant le service public hospitalier, des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, ainsi que des associations et des organismes concernés par la problématique santé-précarité. La concertation peut être démultipliée à un niveau infra départemental puisque c'est à ce niveau que l'implication des acteurs de la politique de la ville ou des représentants des réseaux de santé de proximité est la plus aisée.

Le niveau départemental permet l'élaboration d'un plan départemental d'accès à la prévention et aux soins intégrant l'analyse départementale de l'existant, les objectifs régionaux, des objectifs départementaux spécifiques. En effet, les actions départementales doivent être conformes aux objectifs régionaux ou aux objectifs départementaux qui n'auraient pas été définis par le comité régional des politiques de

santé mais qui correspondraient à des besoins locaux. Ces actions départementales doivent également intégrer les autres programmes d'action qui sont menés, notamment dans le cadre du dispositif RMI (actions d'insertion et cellules d'appui) et dans les dispositifs d'urgence sociale (errance des jeunes, lits d'hébergement pour soins, accueil d'urgence, centres d'hébergement et de réinsertion sociale).

Finalement, l'élaboration des PRAPS s'est faite grâce à un va et vient d'informations entre les échelons locaux, départementaux et régionaux à savoir :

- une analyse de l'existant (diagnostics départementaux et synthèse régionale),
- le choix de priorités, la définition d'objectifs
- la sélection d'actions régionales et départementales
- la mise en place d'une procédure d'évaluation du programme

Les travaux menés localement avaient pour mission de faire émerger les difficultés en matière d'accès à la prévention et aux soins. Grâce à ces travaux, des bilans (ou diagnostics) départementaux ont été produits. Le Groupe Technique Régional en a fait la synthèse et a complété par une analyse proprement régionale. Le bilan et les pistes de travail ont été soumis au Comité Régional des Politiques de Santé et conformément à ses missions, le comité a exprimé ses priorités. Les Groupes de Travail Départementaux élaborent leurs plans départementaux d'accès à la prévention et aux soins conformément aux objectifs régionaux ou aux objectifs départementaux spécifiques. Les documents produits sont adressés au groupe technique régional pour permettre la définition et l'évolution du programme. Les objectifs départementaux spécifiques et leur déclinaison en termes d'actions sont adressés pour information au comité régional des politiques de santé.

L'échelon départemental a été celui du repérage des difficultés d'accès à la santé des personnes en situation de précarité, il est aujourd'hui celui de la mise en œuvre des programmes. **L'échelon régional** est celui de la synthèse des problèmes repérés par les départements, celui de la formulation du PRAPS de 1^{ère} génération (2000-2001-2002). Dans cet exercice nouveau d'élaboration partagée d'un programme de santé publique, il faut souligner le rôle central des coordonnateurs PRAPS. Ils ont participé à un travail

fondamental pour l'amélioration des performances de notre système sanitaire : celui de la fédération des énergies et des moyens.

2.2.3. LA COORDINATION AVEC LES AUTRES DISPOSITIFS SOCIO-SANITAIRES

Outre l'ambition de conjuguer les compétences d'acteurs d'horizons professionnels différents, l'élaboration des PRAPS devait - afin de ne pas nuire à la cohérence du système socio-sanitaire - se soucier de leur articulation avec les autres dispositifs ou schémas existants.

Cette coordination des dispositifs est ainsi inscrite dans les objectifs prioritaires d'une majorité de PRAPS.

2.2.3.1. PRAPS et Schémas Sociaux

- L'articulation des PRAPS avec les nouveaux schémas sociaux

Le **Schéma Accueil, Hébergement, Insertion (AHI)** propose d'organiser les multiples services et structures assurant l'accueil et l'hébergement d'urgence, les **Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)** et les entreprises ou associations participant à l'insertion par l'activité économique. Ces schémas créés par l'article 157 de la loi de lutte contre les exclusions procèdent, tout comme les PRAPS, d'une démarche ascendante des travaux : ils sont élaborés à partir de constats et d'initiatives de terrain. Ces schémas intègrent les problèmes de l'urgence sociale et de l'insertion mais la santé y est également présente, notamment par une recherche de l'expression des besoins des usagers. Les PRAPS font parfois référence à ces schémas et la réflexion menée pour l'élaboration du PRAPS pourrait être utilisée lors de l'élaboration du schéma Accueil, Hébergement, Insertion (AHI). En effet les populations concernées par le schéma AHI ont un état de santé souvent dégradé. Le système de prévention et de soins est rarement soucieux de la qualité de la réponse qu'il apporte à ces populations.

La création des **Commissions Départementales de l'Action Sociale d'Urgence (CDASU)**, prévue par l'article 154 de la loi de lutte contre l'exclusion (39), permet la

réunion d'acteurs institutionnels (Etat, Conseil Général, CCAS, CAF, organismes de sécurité sociale, ASSEDIC...) et associatifs qui ont pour objectif commun d'assurer la coordination des aides et l'examen global de la situation des personnes. Après avoir réalisé un répertoire exhaustif des aides, les acteurs sociaux constituent un réseau de référents dans chaque institution et service, et recherchent ensemble des solutions aux situations les plus complexes ou les plus difficiles.

En mars 1999, une circulaire de la délégation interministérielle à la famille a préconisé le développement de **réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents pour les soutenir dans leur rôle éducatif**. Dans le **PRAPS d'Alsace** on peut lire que cette forme de prévention primaire a trouvé une adhésion rapide et massive, autant dans les associations familiales que dans le milieu scolaire et périscolaire, les CAF, les CCAS, les services sociaux et les centres socioculturels. En effet, la problématique est transversale et met en jeu tous les champs sociaux où évoluent l'enfant et les parents. Le rôle des parents est essentiel pour la santé des enfants et des jeunes. Soutenir les parents aujourd'hui, c'est prévenir les problèmes de santé de l'enfant ou du jeune demain.

- L'articulation des PRAPS avec les dispositifs sociaux antérieurs à la loi de lutte contre les exclusions

Ces nouveaux dispositifs doivent trouver leur place dans des ensembles déjà actifs, avec lesquels ils s'articuleront d'autant plus facilement que leurs acteurs travaillent en réseau ou en interaction régulière. Ainsi, les **Programmes Départementaux d'Insertion (PDI)**, dispositif fondamental du RMI, concernent aussi les usagers des structures d'accueil ; les actions développées en direction des familles recoupent certains domaines d'intervention de la politique de la ville ; les **fonds d'aide aux jeunes (FAJ)** s'inscrivent dans l'ensemble des dispositifs de l'insertion, de l'emploi, du logement et de la santé. Pour l'Alsace, les **Plans Départementaux d'Aide pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD)**, régulièrement évalués et révisés dans les deux départements, prennent en compte les données des PDI et peuvent cibler des groupes sociaux particuliers (nomades sédentarisés, familles nombreuses à faibles revenus...), tout en recherchant la mixité sociale qui est un objectif constant de la politique de la ville et de l'intégration des personnes d'origine étrangère.

Ces différents programmes ne peuvent être élaborés et mis en œuvre que par la coopération institutionnelle donnant toute sa place à la démarche associative. Coopération institutionnelle car de nombreux fonds sont alimentés par le Conseil Général, les villes et l'Etat, les services sociaux départementaux et municipaux en étant les principaux acteurs ; coopération associative car les associations sont porteuses d'initiatives, proches des usagers et promotrices d'actions inscrites dans les différents programmes. La coordination des programmes se fait souvent au plus près des usagers.

2.2.3.2. Coordination des PRAPS avec les autres dispositifs sanitaires

- PRAPS et PRS (Programmes Régionaux de Santé) (8) (9) (44)

Ils sont le prolongement opérationnel des Conférences Régionales de Santé (CRS) qui ont pour mission d'établir les priorités de santé publique de la région et de faire des propositions pour améliorer l'état de santé des populations. Les Programmes Régionaux de Santé favorisent la mobilisation, la concertation et la coordination des pouvoirs publics, des institutions et des associations. Ils impliquent, dans la mise en œuvre des solutions, les personnes, leurs familles, leurs milieux de vie et les professionnels avec lesquels ils sont en relation. **Le PRAPS est un programme régional de santé dont la seule particularité est d'être imposé à toutes les régions par la loi et non pas issu d'une analyse régionale des problèmes prioritaires.**

Selon les coordonnateurs PRAPS, **les deux tiers des thématiques des PRAPS sont également abordées dans le cadre d'un Programme Régional de Santé.** La moitié des PRAPS indique que l'alcool est un thème prioritaire et qu'il est déjà abordé dans le cadre d'un Programme Régional de Santé. Ceci pose la question de l'articulation des actions et des financements des PRAPS et des PRS.

- Thèmes prioritaires du PRAPS faisant par ailleurs l'objet d'un Programme régional de Santé

Approche par problèmes de santé : Alcool, Mal être, VIH / VHB / VHC / MST, Toxicomanie, Tabac, Alimentation, Saturnisme, Cancer, **problèmes dentaires**

Approches par groupes de personnes : Santé des jeunes, Personnes âgées, Chômeurs, Santé des détenus, RMIstes

Autres thèmes : Périnatalité, Education pour la santé Formation des professionnels, Lieux d'écoute, Accès aux soins Hôpitaux / PASS Actions transversales, Planification familiale, Médicaments, Accès aux droits / CMU

- *PRAPS et SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) (40)*

L'article L 712-1 associe le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) à la carte sanitaire, afin « *de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé* ». L'article L 712-3 définit le rôle du schéma par rapport à la carte. Le schéma détermine la répartition géographique des installations et activités de soins qui permettrait d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population. Les schémas d'organisation sanitaire peuvent être révisés également à tout moment et obligatoirement tous les cinq ans.

La circulaire du 26 mars 1998, définit les objectifs et les principes généraux pour la révision des schémas régionaux

- le SROS s'inscrit dans une approche globale de la santé, en partant de la stratification des **besoins** de la population pour s'affranchir d'une approche exclusivement centrée sur l'offre hospitalière existante,

- le SROS doit être resserré sur quelques priorités : les thèmes retenus résultant, soit des travaux de la Conférence Régionale de Santé, soit d'une volonté de corriger des dysfonctionnements déjà constatés,

- le SROS doit être tourné vers l'action, être opérationnel et efficace,

- le SROS doit prévoir les modalités de mise en œuvre par les contrats d'objectifs et de moyens, la délivrance des autorisations, les incitations financières, l'agrément des réseaux de soins,

- le SROS doit avoir une légitimité démocratique et professionnelle,
- le SROS doit comprendre la mise au point d'un dispositif d'évaluation.

Par exemple, le **S.R.O.S. de 2^{ème} génération** (portant sur les années 2000-2004) de la région **Lorraine**, arrêté par le Directeur de l'Agence Régionale d' Hospitalisation le 13 juillet 1999, aborde parmi les thèmes spécifiques répondant aux orientations nationales, **l'accès aux soins des plus démunis**. La mise en place des PASS fait donc l'objet d'un des volets du SROS.

2.2.4. FINANCEMENT DES PRAPS

- DRASS
- La CNAMTS par l'intermédiaire de fonds dont elle dispose
- Le FNPEIS (Fond National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire)
- Les contrats de villes (volet santé)
- PDI (Plan Départementaux d'Insertion)

L'URCAM (Union régionale des Caisses d'Assurances Maladie) est un partenaire actif des PRAPS, car elle élabore les programmes (par les GTR - groupes de travail régional) et les évalue (par un comité scientifique).

PARTIE 3 : LES PASS
(PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE)

3. LES PASS (PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE) (10) (14) (15) (16) (18) (39)

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 prévoit la création de Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier.

Mises en place, dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS - art. 76), **les PASS sont des cellules de prises en charge médico-sociales destinées à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins d'accueil et d'accompagnement social. Elles ont également pour fonction d'accompagner les personnes en difficulté dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits sociaux.**

Les hôpitaux ont été confrontés, ces vingt dernières années à la précarisation des conditions de vie d'un nombre massif de malades : il s'en est suivi des difficultés dans leur accès aux soins et à la prévention aux conséquences dommageables tant pour les personnes qu'en terme de santé publique. Aux premières alertes et initiatives des associations humanitaires ont répondu progressivement la mise en place de dispositifs de prise en charge des malades précarisés au sein des hôpitaux ainsi que des mesures législatives et réglementaires.

Plus récemment, la loi de lutte contre les exclusions et la mise en œuvre de **CMU** (Couverture Maladie Universelle) sont venues renforcer les capacités du service public à répondre aux difficultés d'accès aux soins et à la prévention des malades.

La mise en place des PASS dans les hôpitaux permet de repérer les personnes en difficulté, de les prendre en charge sans délais, de les aider à récupérer les droits sociaux et comme objectif principal les réintégrer au plus tôt dans le système de soins de droit commun. Ces principes, simples au premier abord, requièrent en fait auprès de personnes fragilisées par la vie et la maladie, de mettre en place des dispositifs appropriés, développer des savoir-faire qui ne sont pas encore communs dans nos hôpitaux et enfin de

s'adapter à des demandes souvent vécues comme contradictoires avec l'organisation hospitalière traditionnelle.

La généralisation de la CMU devrait permettre de réduire les difficultés d'accès aux soins dans les hôpitaux. La précarité est une tendance lourde dans nos sociétés qui affecte des personnes aux parcours multiples et chaotiques et pour qui malheureusement, les mesures législatives et réglementaires mettent du temps à régler l'ensemble des problèmes qui se posent à eux. L'exemple du RMI et de la généralisation de la couverture sociale aux bénéficiaires montre bien qu'entre la décision politique et l'accès effectif au droit des personnes qui réellement le nécessitent, il y a un écart d'autant plus grand qu'on s'adresse à des publics fragilisés.

3.1. CADRE DE LA MISSION (18)

Le 24 Juin 1999, sous la Direction des Hôpitaux, composée d'un directeur d'hôpital, de deux praticiens hospitaliers dont un Professeur des Universités ayant tous, selon leurs fonctions respectives, une expérience de terrain de la création de tels dispositifs, la méthodologie a consisté en des visites sur le terrain qui se sont échelonnées entre le 08 octobre 1999 et le 24 mars 2000, dans les **22 régions** de l'hexagone. Ces visites ont été précédées d'une prise de contact avec les ARH et DRASS afin :

- de déterminer les sites hospitaliers à visiter
- d'établir les contacts avec les personnes concernées
- d'organiser des réunions avec des représentants des DDASS, DRASS, ARH ainsi qu'avec les personnels des hôpitaux concernés par la mise en place des PASS.

Lors des visites des sites, des groupes de travail ont élaboré sur place une grille d'évaluation. A l'issue de ces rencontres a été réalisé un rapport d'appréciation de chaque situation régionale. Il fallut ensuite faire face :

- aux obstacles rencontrés à la mise en place des PASS
- aux initiatives originales existantes, ou en projet, sur le terrain
- à la validation des dispositifs

L'objectif était d'essayer de déterminer de façon plus précise : (16)

- quels doivent être les principes concrets régissant la création des PASS ?
- comment les PASS doivent s'insérer dans les dispositifs plus larges de lutte contre l'impact de la précarité sur la santé, tant en terme de programme que de stratégies ?
- comment assurer la pérennisation au sein de l'institution hospitalière ?

3.2. CONTEXTE

La montée de la pauvreté et de la précarité s'est traduite en plusieurs années par l'arrivée aux portes de nombreux hôpitaux, en particuliers des urgences, d'un nombre croissant de malades :

Parmi ceux-ci, nombreux sont ceux qui connaissent des difficultés d'accès au système de droit commun :

- soit du fait d'une absence ou d'une insuffisance de couverture maladie, que la CMU devrait venir combler en partie.
- soit du fait de difficultés d'accès aux praticiens de ville : prédominance du secteur 2, inégalités de répartition géographique.
- soit du fait de difficultés aux consultations hospitalières, spécialisées et sur rendez-vous, qui impliquent un recours médical en amont qui en assure un usage adapté et dans des délais raisonnables.

Dans un premier temps, seules les associations humanitaires ont pris en charge ces publics et ont témoigné de leur exclusion sanitaire. Depuis le début des années 90, des initiatives de terrain au sein des hôpitaux se sont développées, confortées par des décrets et circulaires des pouvoirs publics aboutissant à la loi de lutte contre les exclusions. Ces dysfonctionnements dans l'accès aux soins touchent également l'accès à la prévention.

La précarité et la pauvreté exigent donc des adaptations structurelles, des changements de mentalités et des modifications des pratiques professionnelles.

La loi d'orientation à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 a prévu la prise en compte de la précarité par le système de santé, avec l'affirmation d'une nouvelle mission de l'hôpital, la lutte contre l'exclusion sociale par la mise en place de **Permanence d'Accès aux Soins de Santé** (PASS). Plus largement, cette mission s'intègre dans la mise en œuvre de Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) (16) (18)

Les PASS, au sein des hôpitaux, ont pour objectif d'offrir aux personnes vulnérables s'adressant aux hôpitaux des dispositifs visibles **d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation** et de **soins**. Une partie des publics en situation précaire nécessite une prise en charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux et les actions de santé ne doivent pas se limiter aux soins curatifs mais doivent accorder une place essentielle au suivi, à la prévention et à la promotion de la santé. Une telle mise en œuvre ne peut se réaliser que par un travail en réseau.

Ainsi, l'hôpital sera l'un des acteurs engagés dans la prévention et la lutte contre les exclusions dont la coordination devra être assurée par le comité départemental de coordination des politiques de préventions et de lutte contre les exclusions.

L'hôpital doit veiller à la bonne prise en charge des personnes qui se présentent à ses portes ou qui lui sont signalées, quelle que soit l'origine de ce signalement.

Les actions hospitalières prenant en compte la dimension médico-sociale des personnes les plus démunies s'harmoniseront, dès lors, avec l'ensemble des acteurs oeuvrant dans ce domaine : associations, médecins libéraux, professions para-médicales, DRASS, Conseils Régionaux, DDASS, Conseils Généraux, CCAS, CRAM et CPAM.

On peut notamment ici rappeler la dimension sociale de la mission des secteurs de psychiatrie qui induit un travail en partenariat continu avec les acteurs sociaux, pour la prise en charge des populations psychiatrique et séjours en hébergement social.

L'objectif est donc le repérage, la prise en charge médicale et sociale, la facilitation des accès effectifs aux droits et l'intégration dans un réseau sanitaire et social d'amont et d'aval des personnes en difficulté.

Elles sont adossées à des consultations de médecine en premier recours, sans rendez-vous à des horaires élargis et en dehors de l'urgence, ouvertes à toutes et à tous. Il ne s'agit en aucun cas de filières ou de guichets pour les « pauvres ». Grâce à un dispositif simple et souple de repérage de difficultés, elles facilitent sans préalables, l'accès de chacun aux consultations et au plateau technique, ainsi qu'à l'ensemble des médicaments disponibles dans les pharmacies hospitalières. Il est insisté dans la loi et la circulaire, sur le rôle des PASS vis-à-vis des femmes démunies à la recherche de prévention en matière de contraception ou d'IVG ou d'accueil pour leurs enfants.

3.3. CONSTATS (14)

Le nombre de PASS actuellement existantes et fonctionnelles recensées, indépendamment de leur type et qualité peut être estimé à une moyenne maximum de 4 par région, ce qui situerait à un maximum de 90 les PASS effectivement opérationnelles. Bien entendu il existe des projets de PASS qui sont très supérieurs à ce chiffre.

La plupart des PASS, actuellement fonctionnelles, préexistaient à l'existence de la loi de juillet 1998 et de ses décrets d'application. Les PASS fonctionnelles consécutives à la loi, aux circulaires ainsi qu'aux subventions afférentes semblent encore très exceptionnelles. Cette comptabilité tient compte de l'ensemble des hôpitaux où l'établissement a pris une initiative concernant la prise en compte des malades en situation de précarité et non les seuls hôpitaux affichant réellement un dispositif intégré.

Sur le plan qualitatif la nature des PASS, leur type de fonctionnement, les réseaux qui y sont attachés, leur localisation dans les établissements, les catégories de personnes impliquées (administratifs, soignants, travailleurs sociaux, médecins) sont variés selon les régions et au sein même de ces régions. Cette variété est certes le reflet de la diversité des situations : CHU, CHR, CH, hôpitaux de zones urbaines et hôpitaux ruraux ; régions

affectées par la crise et régions plus préservées. Mais ces données objectives sont loin de rendre compte de l'hétérogénéité des réponses et des dispositifs.

1°- Un engagement des tutelles hétérogène

Le premier constat est la **grande inégalité de l'engagement des tutelles** ARH, DRASS et DDASS sur ces sujets. Celles-ci sont le fait d'un certain nombre de facteurs.

Une part de ces hétérogénéités est probablement en rapport avec l'importance du problème rencontré sur le terrain. Néanmoins, l'absence ou le retrait de l'engagement, n'est pas proportionnel à la gravité des problèmes rencontrés.

Là où les Conférences Régionales de Santé ont fait de la question des liens entre **précarité et santé** une priorité, souvent déclinée selon des problèmes de santé ciblés : psychiatrie, problématique mère-enfant, pathologie des adolescents, pathologies des migrants, il s'en suit en général une stratégie de travail au niveau des DRASS et des ARH qui viennent conforter, soutenir voire solliciter des engagements personnels.

Le délai entre, l'adoption de la loi par le parlement, la mise en route des circulaires d'application par les administrations, leur intégration dans les projets des agences régionales et la mise en œuvre effective au niveau des établissements, est en règle générale un peu longue. Des attitudes attentistes semblent prévaloir sur la prise d'initiatives lorsque la mise en œuvre repose sur la seule logique institutionnelle et n'est pas portée par des acteurs hospitaliers individuellement entreprenants.

2°- Les PASS : des modèles divers

Nous avons pu repérer **trois types de dispositifs** existants. Cette typologie pourra être précisée ultérieurement par des critères objectifs. Nous pouvons distinguer ainsi :

- des PASS internes :

Il s'agit de PASS situées soit au sein de polycliniques médicales ou de consultations de médecine générale, soit auprès des urgences, mais en général distinctes de l'activité d'urgence proprement dite.

Les personnes repérées aux divers points de l'hôpital : guichets de paiement, infirmières d'accueil de consultations, voire service des urgences, sont adressées à ce dispositif, qui en général a une forte composante médico-sociale et administrative. C'est au niveau de la consultation sociale que sont délivrés des bordereaux de circulation permettant un accès gratuit à l'ensemble des consultations de l'hôpital ainsi qu'au plateau technique.

Une procédure de délivrance des médicaments est parfois organisée au sein de la pharmacie hospitalière, mais c'est loin d'être la règle. Les pharmaciens hospitaliers sont alors fortement impliqués dans la procédure. Ce type de PASS est retrouvé notamment à l'hôpital St. Antoine, AP/HP (PASS Baudelaire), à l'hôpital St. Louis, AP/HP (PASS Verlaine), au Centre d'Albret du CHU de Bordeaux, à l'espace Lionnois du CHU de Nancy, PASS du CHU André Grégoire de Montreuil, PASS au CHR de Besançon, PASS au CHU de Clermont Ferrand, PASS au CHU Valenciennes.

Ces dispositifs se différencient par le degré de formalisation des protocoles de repérage et d'accès au système de soins hospitalier des personnes en difficulté. L'information au sein de l'établissement et a fortiori à l'extérieur de l'établissement, en dehors en général du réseau d'associations spécialisées qui y ont recours pour leurs bénéficiaires, est extrêmement variable et encore assez peu développée. Ce n'est pas une activité que les hôpitaux affichent, revendiquent et promeuvent, mais au contraire qu'ils développent en général dans "une discrétion de bon aloi", car elle n'est pas dans la logique de l'hôpital de haute technologie.

- des PASS externes

Ce type de dispositifs est plus particulièrement rencontré lorsque les établissements hospitaliers, CHU ou CHR, sont établis à distance de la ville. Ces PASS sont situées au niveau du centre ville, dans des locaux ad hoc, juridiquement dépendants de l'hôpital et qu'ils partagent avec des associations.

Le personnel hospitalier est mis à disposition des PASS, souvent en association avec des médecins généralistes de ville qui bénéficient de vacations (2 à 4 par semaine). Il existe assez souvent un personnel polyvalent (infirmières, travailleurs sociaux),

travaillant à mi-temps PASS, à mi-temps au niveau d'un service hospitalier, ce qui permet une intégration de cette activité à l'activité de l'institution. Des véhicules de l'hôpital sont à la disposition des PASS pour transférer les malades à l'hôpital.

Dans les projets les plus élaborés (CHU de Poitiers, CH de Chambéry), un multipartenariat réunit l'établissement hospitalier, les associations caritatives et la municipalité, et le dispositif associe à des degrés variables l'hébergement, la restauration à prix modiques, les soins et le travail social. Dans ces cas-là l'hôpital bénéficie d'une tête de pont, qui permet d'intégrer les personnes en difficulté qui ne pourraient y accéder pour des raisons culturelles, financières ou sociales.

Ces PASS travaillent véritablement en réseau, elles ont une forte implication locale, avec des activités type consultations pour adolescents, programme de réduction des risques, programme auprès des sans abri et ont des liens forts avec les associations de malades du SIDA ou de malades du cancer.

Que ce soit l'ensemble du dispositif qui s'appelle PASS ou que la PASS ne constitue qu'un maillon de la chaîne, peu importe : ce qui est à souligner c'est l'existence d'un réseau fonctionnel au plus près des personnes malades en situation de difficulté et qui permet d'établir un véritable lien, tant en amont qu'en aval avec l'établissement hospitalier, ses services et son plateau technique.

Ce dispositif est animé par un comité de pilotage qui regroupe l'ensemble des partenaires intra et extra-hospitaliers. La plupart des PASS externes constituent des dispositifs à type de réseaux de proximité intégrés, assurant des tâches de **santé**, des tâches **sociales** et des tâches de **solidarité**. Dans ce contexte, l'hôpital n'avait aucun mal à trouver sa place, de soin et de prévention, sans déborder sur d'autres activités qui étaient assurées par les partenaires correspondants. Les divers problèmes des personnes simultanés ou associés, peuvent être pris ainsi en charge sans rupture. Il faut néanmoins veiller dans ce type de dispositif à ce que l'hôpital ne se décharge pas de sa mission sur les associations de terrain. Et que la PASS ne soit pas une simple antenne d'une association humanitaire avec laquelle l'hôpital a des liens distendus et incertains.

- Il existe un troisième dispositif qualifié de PASS interne/externe

Il s'agit en général de situations où l'hôpital est utilisé par les personnes sans-abri comme hébergement de jour voire même de nuit. Dans certains établissements, des initiatives ont été prises afin d'intégrer sur place spécifiquement ces personnes sans abri qui venaient spontanément s'héberger au sein de l'établissement. Dans ces dispositifs où la composante sociale est prédominante, avec un service social adapté, qui sert de lien entre les quartiers sensibles proches de l'hôpital et le service hospitalier. Un certain nombre de médiateurs (type emploi jeune) qui assurent la continuité de suivi des personnes, sont employés dans ces structures.

Ces dispositifs, en général très ciblés sur les sans-abri lors de leur création, tendent à élargir leur compétence à des situations de précarité plus diverses rencontrées auprès des personnes tout venant à l'hôpital.

Il existe aussi des PASS spécialisées, par exemple de soins dentaires : CHU de Toulouse-Lagrange ou CHU de Bicêtre

3°- Un engagement fort des acteurs sur le terrain : quand on veut on peut. Aucune PASS qui ne repose sur un engagement déterminé des acteurs de terrain : service social toujours, médecins souvent, cadre infirmiers plus rarement, direction hospitalière et CME, obligatoirement, si on veut que les dispositifs se pérennisent. Les acteurs sont aujourd'hui confortés par l'environnement législatif et réglementaire mais comme nous le savons, ce n'est pas suffisant pour développer et pérenniser un tel type de pratique qui exige de nouvelles façons d'agir au sein de l'hôpital : ouverture sur la cité, prise en compte de la trajectoire de précarité et de vie des malades, soins de santé primaires intégrant la dimension sociale et administrative des malades. Partout où des PASS existent, existent des trésors de savoir-faire adaptés et décloisonnés. Reste à les formaliser et à les transmettre.

3.4. PROPOSITIONS

1°) Déterminer les besoins

Précisée dans une circulaire, la mise en place d'une PASS doit être précédée d'une phase d'évaluation des besoins concrets de l'établissement. (18)

Cette évaluation doit comporter une phase d'évaluation interne à l'hôpital. Une étude sur une durée de quelques semaines au maximum au niveau des urgences permet de préciser rapidement :

- le type de clientèle qui a accès à l'hôpital par le canal des urgences, le type de problématique médicale et de santé posée
- le pourcentage de ces personnes qui relèvent d'une prise en charge au niveau d'une PASS et du mode de consultation, autres que les urgences, type consultations de premier recours.

Cette phase comporte évidemment également un bilan au niveau de l'activité des services sociaux et des frais de séjour (évaluation des créances non recouvrées et des difficultés de paiement aux caisses).

Cette évaluation interne à l'hôpital doit être complétée par une phase d'évaluation externe auprès des services sociaux de la ville, des associations d'hébergement et des associations médicales humanitaires, du SAMU social. Cette double évaluation des besoins est indispensable avant de pouvoir définir un dispositif adapté aux nécessités locales de l'établissement.

2°) Connaître les textes législatifs et réglementaires concernant l'accueil et la prise en charge des personnes démunies au sein des établissements hospitaliers.

Il existe un réel manque d'information des personnels concernés et ce quelles que soient les causes de ce déficit d'information. La Direction des Hôpitaux devrait mettre à la disposition des ARH et des DRASS, ainsi que des diverses DASS et établissements hospitaliers, un fascicule regroupant les textes législatifs de base concernant le rôle des hôpitaux dans la lutte contre les exclusions.

Il serait également nécessaire de constituer un vade-mecum PASS contenant des modèles de projets, des procédures d'évaluation, le rôle des divers acteurs, ainsi que l'intégration de la PASS au niveau du programme régional d'accès à la promotion et à la santé.

3°) Développer des consultations de Médecine Générale : « consultations de premier recours », ou de « soins primaires » sans rendez-vous à horaires élargis. (32) (43)

Tant dans l'expérience des dispositifs les plus anciens que dans les créations plus récentes, l'existence des PASS reposent sur l'ouverture, au sein de l'hôpital, de consultations sans rendez-vous en dehors de l'urgence et ouvertes à tous. Les personnes qui relèvent des dispositifs PASS sont des personnes qui, en général, sont à distance du système de soins, et qui présentent des difficultés de recours au médecin praticien de ville (difficultés géographiques, d'horaires, raréfaction de médecins de secteur 1 dans certaines zones). Ces personnes recourent donc à l'hôpital. Or, pour elles la seule porte d'accès ouverte qui existe à l'hôpital est celle des urgences. C'est donc là qu'ils viennent frapper, là qu'ils s'adressent, là qu'ils sont accueillis et reçus. Ce sont, dans ce cadre, les pratiques de l'urgence qui dominent : c'est-à-dire une pratique médicale reposant sur l'élimination de l'urgence vitale et une sélection des risques les plus graves au détriment des problèmes de santé, ou des pathologies intriquées, qui sont reléguées au second plan. Il est difficile au sein de l'urgence d'intégrer des problèmes médicaux et sociaux, de répondre à des symptômes présentés par le malade et de pratiquer le dépistage de problèmes de santé ou de pathologies chroniques, d'assurer la prise en charge de pathologies intriquées dans des contextes sociaux, de vie et parfois culturels très divers et difficile à vivre par les malades. **C'est pourquoi le développement de ce type de consultations, au sein des hôpitaux, est bien entendu ouvert à tous et non spécifique des malades en précarité.**

Ces consultations devraient se dérouler sur des horaires élargis, développer une capacité à prendre en charge des pathologies diverses souvent associées et de s'intéresser à des objectifs de santé publique issus des Conférences Régionales de Santé (CRS). De nouvelles pratiques médicales devraient être développées, intégrant le dépistage et l'orientation de problèmes d'addictions aux médicaments, aux produits illicites, à

l'alcool ; les problèmes de santé des adolescents ; les problèmes de malnutrition chez les enfants ; les problèmes de la violence conjugale subie par les femmes ou de violence familiale subie par les enfants ; le problème d'isolement des vieillards, **et le problème dentaire**. Cette liste est loin d'être exhaustive, elle a simplement pour but de recenser un certain nombre de problèmes de santé que nous avons rencontrés et qui pourraient enrichir ces pratiques de premier recours et de soins primaires.

Ces consultations peuvent être situées au sein d'une Polyclinique, au sein d'un service de Médecine Interne, voire au sein d'un service d'Urgence ou dans un local extérieur à l'hôpital mais relié à lui. Il faut simplement noter qu'il ne s'agit pas de médecine d'urgence mais d'un autre type de pratique médicale. Il faut en effet du temps pour gérer, surtout lors de la première consultation, ces pathologies.

Ces consultations peuvent associer praticiens hospitaliers et médecins de ville. Le dispositif PASS doit se greffer sur ces consultations de soins primaires.

4°) Construire une PASS, le dispositif doit comporter :

- un système d'accueil et de repérage des situations de détresse
- des consultations médicales
- des consultations sociales
- la délivrance d'une fiche de circulation permettant l'accès au plateau technique et la délivrance gratuite de médicaments.

- Le repérage des situations de détresse

Il serait utile d'avoir une personne d'accueil et d'orientation, sur le modèle de celle qui existe au sein des urgences, et qui organise l'accueil des consultations sans rendez-vous. Celle-ci pourrait avoir comme fonction :

- de recenser la demande médicale et les problèmes de santé associés
- de proposer un entretien systématique avec le travailleur social
- de disposer d'indicateurs d'alerte (sécurités essentielles) tels que le logement, le travail, la famille, mais aussi les organismes ou les institutions qui adressent le malade, la protection sociale effective du malade, les

ressources financières qui lui permettent de s'alimenter. Autant d'indicateurs qui doivent être au mieux déterminés par l'équipe de la PASS, adaptés à la situation locale, afin d'être simples et reproductibles, ce qui permettra de bien utiliser auprès de chaque malade se présentant au sein de ces consultations. Nous rappelons que ces consultations étant ouvertes à tous ne regroupent pas uniquement des malades devant bénéficier du dispositif PASS.

Des systèmes de repérage peuvent également exister au niveau des caisses, mais en général celles-ci ne repèrent que les malades ayant des problèmes de couverture sociale effective. Une formation de ce personnel est indispensable.

La consultation médicale, sociale et l'accueil par la personne d'orientation devraient être effectués sur un site unique, concentré, afin que les divers professionnels puissent confronter leur connaissance et ainsi avoir une approche globale du patient.

- La consultation médicale

Il s'agit de développer une médecine de soins primaires et de premier recours à travers une approche globale et transversale. Ceci est valable tant pour la médecine générale que pour la médecine dentaire).

La consultation médicale doit permettre :

- de répondre aux symptômes présentés par le malade
- de dépister les pathologies graves ou urgentes
- d'évaluer le risque absolu lié à la situation socio-économique du patient et à sa trajectoire de vie (sur le modèle du risque absolu cardio-vasculaire)
- de dépister des pathologies associées :
 - dépendances (alcool, drogues illicites, psychotropes)
 - pathologies virales chroniques : VIH, VHC, VHB
 - tuberculose
 - violences conjugales

- de faire l'état sur la situation de prévention, et développer des stratégies d'information et d'éducation pour la santé
- d'évaluer la situation globale du malade, c'est-à-dire la maladie, la trajectoire de vie et de précarité et les stratégies thérapeutiques adaptées, en particulier lorsqu'il s'agit de pathologies chroniques.

Lors de cette consultation médicale il faudra évaluer la capacité du malade à se prendre en charge : capacité à revenir en consultation, à comprendre les prises en charge ou les recours aux spécialistes, à observer les thérapeutiques et prescriptions médicales. Il faut savoir que ces consultations constituent une opportunité essentielle dans la trajectoire de la maladie, mais également dans la trajectoire de vie du malade en situation de précarité.

- La consultation sociale

Il est très important que la consultation médicale et la consultation sociale puissent se faire, en tout cas lors de la première consultation, le même jour, de façon parallèle, quel que soit d'ailleurs l'ordre de priorité de ces consultations qui doivent se faire plus en fonction des possibilités que d'un schéma dogmatique.

La consultation sociale doit comporter :

- une évaluation de la situation de précarité
- une évaluation : du logement, des ressources financières, du rapport au travail, de l'environnement familial, professionnel, amical et culturel, du réseau social
- une évaluation de la couverture sociale et de la couverture médicale effective, de l'existence ou non d'une assurance complémentaire des vraies causes de l'inexistence d'une couverture sociale, des délais de récupération possible.
- une évaluation de la capacité de prise en charge par le malade de sa situation sociale.

Une définition d'un plan de travail en fonction de la personne, adaptée tant à la ou aux pathologies qu'elle présente, qu'à sa situation de précarité, et qu'au type de traitement nécessaire, ainsi qu'à ses capacités de prise en charge.

C'est au niveau du travailleur social que se fait la délivrance d'une fiche de circulation qui permet d'accéder aux examens complémentaires, et à la pharmacie hospitalière.

- La fiche de circulation :

Elle permet d'accéder au plateau technique de l'hôpital et aux divers examens complémentaires nécessités par l'état du malade. Bien entendu, ces prescriptions doivent être faites, comme pour tout malade, et comme pour n'importe quel malade, dans un souci de rapport coût/bénéfice, en tenant compte des informations attendues de ces examens et des coûts qu'ils représentent pour la collectivité. Il faut savoir que la charge financière des examens complémentaires est toujours très réduite dans les divers dispositifs que nous avons pu visiter.

Au sein des PASS, la procédure de délivrance de médicaments est gratuite au niveau de la pharmacie hospitalière, qui organise les modalités et la durée de cette délivrance.

La mise en place d'une PASS nécessite une coopération étroite avec les pharmaciens de l'hôpital. Au mieux, ils mettront à disposition des équipes médicales en charge des PASS, un document avec les médicaments disponibles à la pharmacie de l'hôpital et leur coût réel par unité ou par traitement. La coopération des pharmaciens est également nécessaire car lors de la délivrance des médicaments il est nécessaire pour certains malades d'avoir une délivrance accompagnée avec des explications complémentaires en fonction de leur vie quotidienne : nombre de repas, difficultés à garder les médicaments en lieu sûr, ou à les conserver quand ceux-ci nécessitent des méthodes de conservation telle que le froid.

Le rôle des pharmaciens hospitaliers dans la délivrance et l'observance des thérapeutiques est essentiel en particulier pour ce type de malades.

- Le comité de pilotage

Toute PASS doit comporter un comité de pilotage intégrant médecins, pharmaciens, administrateurs, cadres infirmiers et services sociaux, si possible ouvert aux associations et services sociaux partenaires. Ces comités fonctionnent et se pérennisent dans la mesure où ils ne se contentent pas d'un suivi administratif ou financier, mais qu'y sont discutés, au cas par cas, les situations des malades qui posent ou ont posé problème dans leur accès aux soins à l'hôpital.

5°) Travailler en réseau

Ce principe rejoint la nécessité du comité de pilotage ouvert à l'extérieur. Ce réseau n'est pas forcément un réseau spécialisé pour les malades en situation de précarité, mais intègre dans ses fonctions, ses objectifs et ses stratégies la dimension de la précarité et de la difficulté d'accès aux soins. Il s'agit d'un réseau composé de professionnels de santé, d'associations, tant d'hébergement que d'aides aux personnes en difficulté et d'associations médicales humanitaires, dispensaires municipaux et un réseau qui intègre des représentants, ou qui au moins a des connexions avec les divers services de l'État, ou les services régionaux de santé.

6°) Evaluer les PASS : toujours

L'évaluation implique la définition d'objectifs. Au départ les PASS ont été validées sur leur capacité à récupérer les droits effectifs de couverture médicale pour les malades consultants, et il a été montré que 50% des personnes ayant recours à ce qui ne s'appelait pas PASS à l'époque, mais en avait tous les caractères, et 60% au bout de un an, récupèrent effectivement des droits sociaux. Maintenant que la CMU existe, des objectifs plus précis doivent être déterminés, à la lumière desquels il faudrait évaluer l'efficacité d'un tel type de dispositif : récupération de la capacité à être pris en charge dans le service des droits communs et sortie du circuit des urgences hospitalières ou des dispensaires associatifs.

L'évaluation doit s'intéresser à l'efficacité sociale et financière. Pour cela il faudra procéder à :

Une amélioration du codage des diagnostics d'activités de consultations : en effet si l'on ne veut pas pénaliser le développement des activités ambulatoires et le développement de la mission sociale de l'hôpital, et que l'on veut également être capable d'évaluer et de piloter ce type d'activité, ce travail est indispensable.

De même il est indispensable de développer le recueil des activités médicales et sociales, actes et coûts des examens complémentaires, des médicaments délivrés à titre gratuit.

Divers outils de pilotage ont été mis en place dont il importerait d'évaluer la pertinence avant de la généraliser à l'ensemble des PASS : un outil commun d'évaluation et de pilotage est un objectif indispensable.

7°) Faire connaître les PASS : encore et encore

Il nous est apparu que la PASS de TOUL reste peu connue au sein même de l'établissement, elle est d'ailleurs beaucoup plus connue à l'extérieur. 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. Le service public et les établissements participant au service public hospitalier relèvent, de par la loi maintenant, de ce type de responsabilité et il est de leur rôle d'en informer les usagers, les malades et le personnel. Des modalités spécifiques d'information, à travers les associations spécialisées et les canaux appropriés, doivent être pensées.

8°) Former : sans cesse

En ce qui concerne les médecins et les chirurgiens dentistes :

Développer l'enseignement de la prise en charge des patients en situation de précarité :

1 - Au cours du premier cycle des études médicales en correspondance avec le responsable de l'enseignement des sciences sociales de santé publique. Prendre conscience, à travers les données de différentes études, de la précarité.

2- Au cours du 2^e cycle, par la création d'un module de sensibilisation à la médecine de soins primaires ou médecine communautaire et des soins buccaux dentaires d'urgence (savoir reconnaître et traiter l'essentiel, sachant qu'il y a peu de chance que le patient ne revienne)

3- Au cours du 3^e cycle, en développant des modules d'enseignement de la médecine générale et dentaire centrés sur la prise en charge des patients en situation de précarité ou en situation sociale difficile.

9°) Réfléchir, adapter, innover

S'il est une conclusion est à retenir, c'est la richesse des initiatives qui ont surgi dans les hôpitaux pour répondre aux enjeux posés par les malades en situation de précarité.

Si les initiatives restent encore limitées, les projets sont multiples et les réflexions des acteurs de terrain foisonnent.

Le cadre des PASS est un cadre large qui doit permettre aux établissements de s'adapter aux réalités de l'environnement de l'hôpital, et ne cherche pas à faire passer ces réalités par une nouvelle porte étroite.

Faciliter et favoriser les capacités d'innovation des hôpitaux afin de répondre pratiquement aux situations fluctuantes des personnes en précarité ; aux difficultés des nouveaux publics qui apparaissent fragilisés par la vie, les progrès techniques et les migrations, nous semblent indispensable. Pour cela faudrait-il encore solliciter, promouvoir et soutenir les innovations dans l'organisation de nouvelles pratiques médico-sociales au sein des hôpitaux et non seulement les innovations technologiques ou scientifiques.

Il nous apparaît que la prise en charge par les hôpitaux des personnes précarisées par leur état de santé et leur trajectoire de vie n'en est encore qu'à ses débuts. Nombre d'inhibitions sont encore à vaincre et de préjugés à combattre afin que les établissements s'engagent sans réserves dans ce qui n'est après tout qu'une de leurs responsabilités de santé publique.

L'engagement des tutelles est incontournable pour que réussissent les P.A.S.S., or, le problème existe aussi bien dans les C.H.U. des grandes villes que dans certaines zones rurales de petites ou moyennes villes. Certes l'échelle n'est pas la même, mais les réponses appropriées doivent être élaborées et mises en place partout.

PARTIE 4 : ETUDE DES BESOINS EN SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

4. ETUDE DES BESOINS EN SOINS ET PROTHESES DENTAIRES : (30)

Les dix dernières années ont été marquées, dans nos sociétés dites « développées », par une extension du champ d'exclusion, en particulier dans le domaine de la santé. De nombreuses études concernant les pathologies médicales et psychiatriques liées à la précarité et à la misère, ont été menées en France comme en EUROPE. Cependant, les pathologies dentaires qui ont une grande **prévalence** et une grande **incidence** dans ces populations très défavorisées, restent encore mal connues des équipes soignantes, alors qu'elles représentent un problème majeur de santé publique qu'il est urgent de traiter.

4.1. MATERIEL ET METHODE

L'objectif principal de cette étude a été d'évaluer les besoins en santé bucco dentaire d'une population défavorisée, étudiée dans le cadre de la P.A.S.S. (Permanence d'accès aux soins de santé), à l'hôpital Saint Charles de TOUL.

L'enquête a été réalisée entre le 01-01-2002 et le 31-12-2002. Pour chaque patient, un interrogatoire administratif, médical ainsi qu'un examen bucco dentaire ont été pratiqués.

Les consultations ont au lieu chaque vendredi matin dans un des bureaux des consultations externes de l'hôpital, des plateaux composés d'un miroir, d'une sonde et d'une précelle nous ont été mis à disposition par l'hôpital.

La PASS de TOUL a débuté en avril 2000. Depuis ces quatre années passées, le nombre de nouveaux cas par an ne cesse de croître :

- en 2000 : 50
- en 2001 : 78
- en 2002 : 189
- en 2003 : 262

Entre 2000 et 2003, la population de la PASS a été multipliée par plus de 5.

Population :

La population retenue est celle fréquentant l'hôpital de TOUL dans le cadre de la P.A.S.S.

Les critères d'inclusion de la population :

- patients entrant dans le cadre de la PASS, dont le dossier a été ouvert entre le 01-01-2002 et le 31-01-2002
- patients n'ayant pas de couverture sociale (AME, CMU, Sécurité Sociale)
- être âgés de plus de 15 ans, dans le but de coïncider avec les études dont la première tranche d'âge est entre 15 et 24 ans

Le nombre de nouveaux patients pour 2002 était de 189, 127 patients ont été retirés de l'étude pour les raisons suivantes :

- 61 patients qui possédaient une couverture sociale (AME, CMU ...)
- 38 patients âgés de moins de 15 ans
- 18 patients qui ne se sont jamais présentés à la consultation

Au total, **72 patients** ont servi de support à l'étude.

Recueil des données : (annexe 1)

- les données administratives : nom, prénom, sexe, date de naissance, adresse
- les données médicales : pathologies générales (cardiaques, endocriniennes, hépatiques, rénales, digestives, neurologiques, hématologiques, infectieuses, traitement par radiothérapie), suivi et traitement en cours, le terrain (tabagisme, suspicion d'éthylisme, immunodépression, allergie), antécédents chirurgicaux.
- les données dentaires : schéma dentaire (nous nous sommes inspirés de la fiche du Service Accueil Santé du C.H.U. de NANCY), indice de plaque (PLI), indice gingival (GI), nombre de couples masticatoires (molaires - prémolaires) et date de la dernière visite chez le dentiste.

Le schéma dentaire

- 0 : dent saine
- 1 : dent cariée ou non nécessitant une obturation
- 2 : dent cariée ou non nécessitant un soin endodontique
- 3 : dent nécessitant une extraction chirurgicale
- 4 : dent soignée (obturation sur une ou plusieurs faces)
- 5 : dent obturée nécessitant soit de refaire l'obturation soit de confectionner une couronne
- 6 : dent couronnée
- 7 : appareil amovible résine ou stellite
- 8 : dent définitive non remplacée
- 9 : dent de sagesse incluse, canine incluse, agénésie, ou extraite pour raison orthodontique

L'indice PLI : indice visuel d'évaluation de la plaque bactérienne

- 0 : absence de plaque (détermination à l'œil)
- 1 : plaque visible à la sonde
- 2 : plaque visible à l'œil, sans saignement
- 3 : plaque abondante

L'indice GI : indice de mesure de l'indice gingival

- 0 : gencive saine
- 1 : gencive avec liseré rouge, gingivite
- 2 : présence de tartre

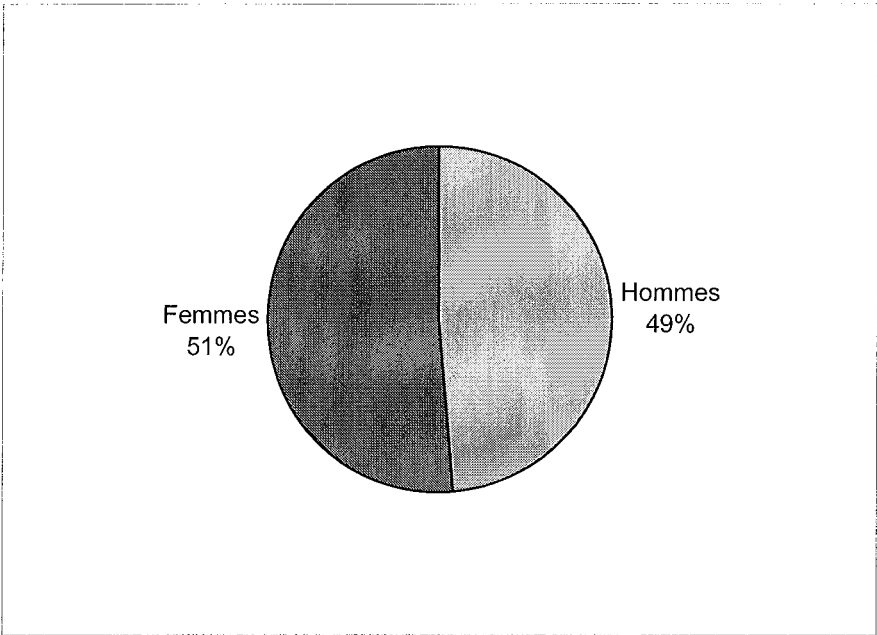
Nombre de couples molaires - prémolaires : on considère un couple lorsqu'une prémolaire ou une molaire a une antagoniste, le **score maximum** pour une bouche étant de **8**.

4.2. RESULTATS

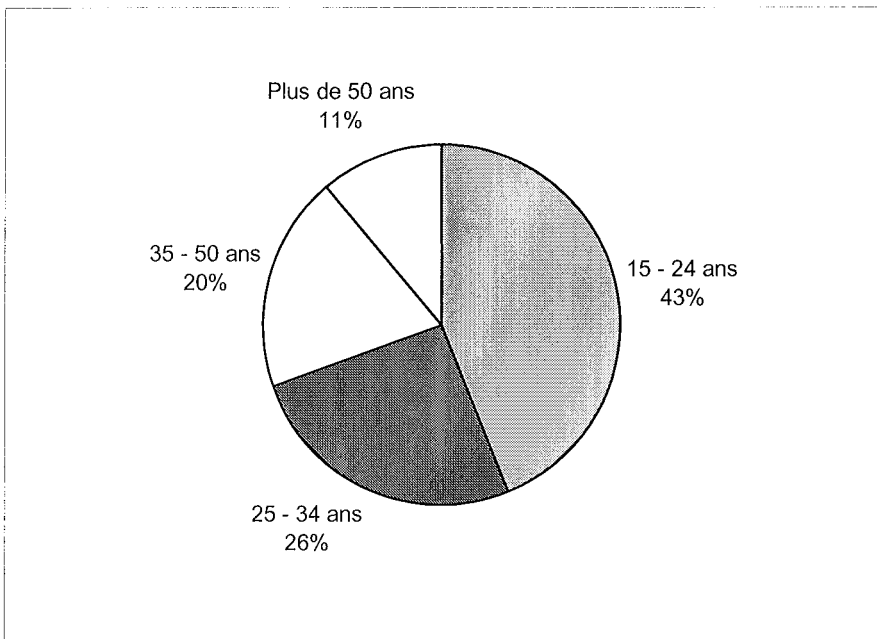
Caractéristiques de la population :

L'ensemble des nouveaux cas de la P.A.S.S. pour 2002 s'élève à 189 patients. Après nettoyage de la base de données, **72 patients** servent de support à l'étude, qui se divise en 35 hommes dont la moyenne d'âge est 34,80 ans (écart type 15,24 ans) et en 37 femmes dont la moyenne d'âge est 31,41 ans (écart type 12,82 ans. La répartition est de 49 % d'hommes et 51 % de femmes.

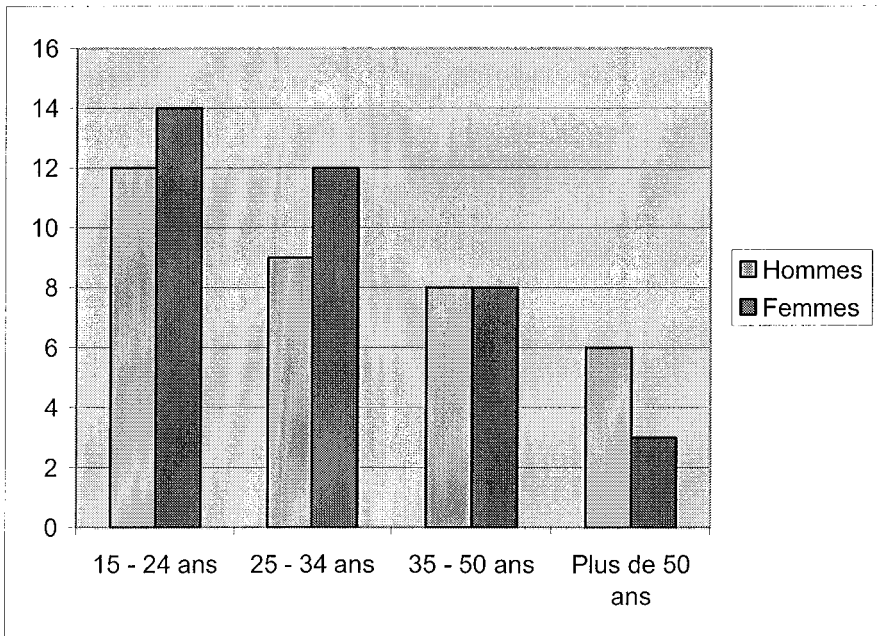
- Répartition des patients de la P.A.S.S. en 2002 suivant le sexe :



- Répartition des patients de la P.A.S.S. en 2002 suivant l'âge :



- Répartition des patients de la P.A.S.S. en 2002 suivant le sexe et l'âge :



Résultat de l'évaluation de l'état bucco dentaire :

- Besoin d'au moins un soin urgent :
 - 62 % des patients de la PASS
 - 31 % des patients de la population générale

Tableau 1 : Nombre moyen de dents saines par sexe et par tranche d'âge

Hommes	Femmes	15-24 ans	25-34 ans	35-50 ans	+ 50 ans
16,3	15,6	17,3	16,4	15,1	12,6

Tableau 2 : Nombre moyen de dents nécessitant des soins conservateurs (caries, endodontie), C

Hommes	Femmes	15-24 ans	25-34 ans	35-50 ans	+ 50 ans
4	5,1	4,4	4,9	5,9	3,6

Tableau 3 : Nombre moyen de dents absentes non remplacées (PASS), A :

Hommes	Femmes	15-24 ans	25-34 ans	35-50 ans	+ 50 ans
4,74	4,35	2,35	3,81	5,44	7,62

Tableau 4 : Nombre moyen de dents absentes non remplacées (population générale)

Hommes	Femmes	15-24 ans	25-34 ans	35-50 ans	+ 50 ans
***	***	0,52	1	1,42	2,62

Tableau 5 : Nombre moyen de dents couronnées et obturées, O :

Hommes	Femmes	15-24 ans	25-34 ans	35-50 ans	+ 50 ans
2,5	3,1	2,5	3,0	3,0	3,2

Tableau 6 : Nombre moyen de dents nécessitant une extraction

Hommes	Femmes	15-24 ans	25-34 ans	35-50 ans	+ 50 ans
2,4	1,6	2,6	2,0	1,0	2,3

Tableau 7 : Nombre moyen d'appareil amovible trouvé en bouche

Hommes	Femmes	15-24 ans	25-34 ans	35-50 ans	+ 50 ans
0	0	0	0	0	0

Tableau 8 : Indice CAOD

Indice moyen	C	A	O	CAOD
Hommes	4,03	4,74	2,46	11,23
Femmes	5,10	4,35	3,11	12,56
15 - 24 ans	4,42	2,35	2,54	9,31
25 - 34 ans	4,86	3,81	3,00	11,67
35-50 ans	5,25	5,44	3,00	13,68
+ 50 ans	3,55	7,62	3,22	14,33

Besoins en soins parodontaux

Tableau 9 : Indice de Plaque (en pourcentage de patients %)

PLI (indice de plaque)	0	1	2	3
Hommes	43 %	11 %	29 %	17 %
Femmes	54 %	22 %	11 %	13 %
15 - 24 ans	38 %	27 %	20 %	15 %
25 - 34 ans	52 %	14 %	10 %	24 %
35-50 ans	69 %	13 %	5 %	13 %
+ 50 ans	44 %	12 %	22 %	22 %

Tableau 10 : Indice Gingival

GI (indice gingival)	0	1	2
Hommes	48 %	7 %	45 %
Femmes	51 %	3 %	46 %
15 - 24 ans	35 %	8 %	57 %
25 - 34 ans	48 %	0 %	52 %
35-50 ans	75 %	0 %	25 %
+ 50 ans	22 %	0 %	78 %

Tableau 11 : Nombre de couples masticatoires (molaires - prémolaires) : le score maximum étant de 8

	Nombre de couples masticatoires moyens
Hommes	4,84
Femmes	4,84
15 - 24 ans	5,65
25 - 34 ans	4,86
35-50 ans	3,75
+ 50 ans	2,75

Tableau 12 : Date de la dernière consultation chez un dentiste

	Population de la PASS	Population générale (CREDES)
Moins d'un an	34 %	47 %
1 à 2 ans	14 %	24 %
2 à 5 ans	20%	16 %
5 à 10 ans	17%	7 %
+ 10 ans	15%	6 %

4.3. DISCUSSION : (2) (3) (30) (35)

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'état de santé bucco-dentaire des personnes en situation de précarité et ainsi d'évaluer les besoins en soins dentaires. Il serait judicieux d'essayer de déterminer les facteurs qui pourraient expliquer leurs recours ou non aux soins dentaires.

Il nous apparaît que la prise en charge par les hôpitaux des personnes précarisées par leur état de santé et leur trajectoire de vie n'en est encore qu'à ses débuts. Nombre d'inhibitions sont encore à vaincre et de préjugés à combattre afin que les établissements s'engagent sans réserves dans ce qui n'est après tout qu'une de leurs responsabilités de santé publique.

L'engagement des tutelles est incontournable pour que réussissent les P.A.S.S., or le problème existe aussi bien dans les C.H.U. des grandes villes que dans celles de moyenne et faible densité. Certes l'échelle n'est pas la même, mais les réponses appropriées doivent être élaborées et mises en place partout.

L'enquête réalisée montre sans surprise que les personnes démunies fréquentant les P.A.S.S. ont un état de santé bucco-dentaire moins bon que la population générale. Elle révèle également que cet état de santé se dégrade vite avec l'âge.

Le nombre de dents saines (absence de tout traitement ou de pathologie carieuse) représente en moyenne la moitié des dents (16,3 dents en moyenne chez les hommes et 15,6 dents en moyenne chez les femmes)

Le nombre de dents absentes non remplacées passe de 2,3 en moyenne pour les 15-24 ans à 7,6 pour les plus de 50 ans, par rapport à la population générale où la moyenne passe de 0,52 à 2,62.

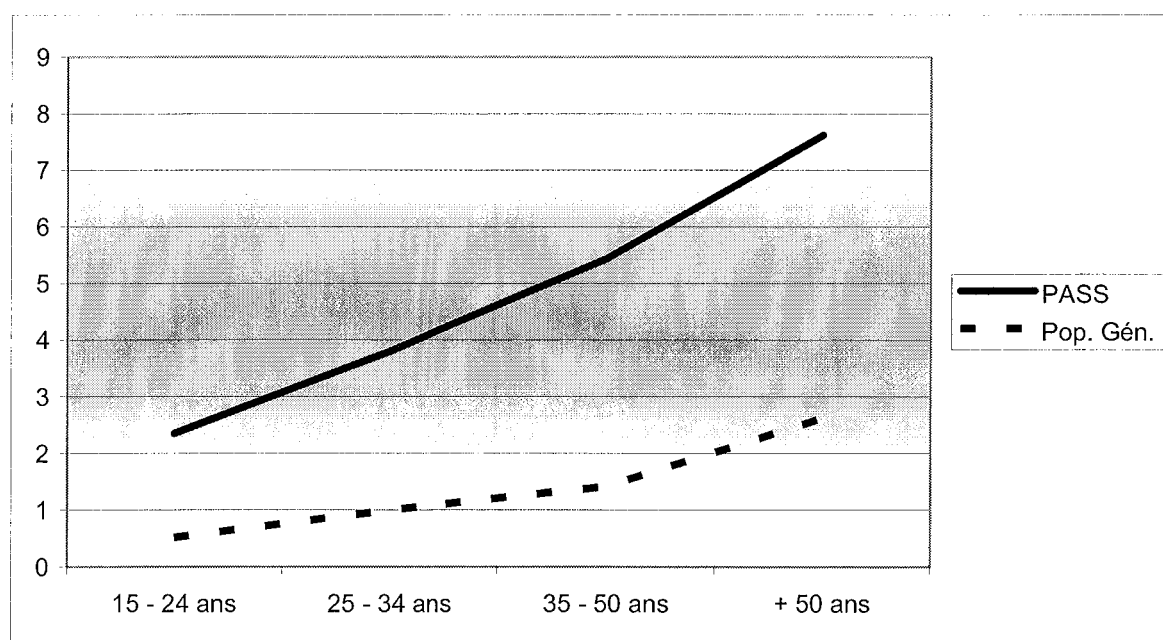
52 % des personnes interrogées sont de nationalité étrangère, il est d'ailleurs frappant de constater que leurs problèmes dentaires sont moins importants que ceux des français (3,2 dents absentes contre 5,7 en moyenne).

- L'état se dégrade fortement avec l'âge

76 % des personnes déclarent avoir au moins une dent manquante (hormis les dents de sagesse ou autres dents incluses) non remplacée, contre 33% dans la population générale. L'écart suivant les classes d'âge se creuse rapidement.

Le nombre moyen de dents manquantes non remplacées (tableau 3) passe de 2,35 (pour les 15 - 25 ans) à 7,62 (pour les plus de 50 ans), alors que dans la population générale (tableau 4) il passe de 0,52 à 2,62 seulement. Parmi la population de la PASS, **76 %** d'entre eux ont **au moins une dent manquante** (à l'exception des 3^o molaires) contre **33 %** dans la population générale.

Variation du nombre de dents absentes non remplacées dans la population générale
Versus la population de la PASS



Les hommes ont plus de dents manquantes en moyenne (4,74) que les femmes (4,35)

- Un besoin urgent de soins :

72 % des patients observés ont besoins de soins dentaires urgents

90 % d'entre eux ont des besoins en soins conservateurs

62 % ont des besoins de soins chirurgicaux (au moins une extraction)

45 % ont des besoins de soins prothétiques fixes ou amovibles

45 % ont des besoins de soins parodontologiques (motivation à l'hygiène, prévention et détartrage).

Au total, 33% ont des besoins qui se trouvent dans chaque catégorie, à la fois des soins conservateurs, chirurgicaux, prothétiques et parodontaux. Cette nécessité est d'autant plus importante que l'âge augmente puisqu'elle ne représente que 26 % pour les moins de 34 ans et 38 % pour les plus de 45 ans.

- de trop rares visites quand elles seraient nécessaires

34 % des patients (28 % d'hommes et 47 % de femmes) déclarent avoir consulté un chirurgien-dentiste durant l'année écoulée, alors que ce taux est proche de 50 % dans la population générale. Seulement 5 % nous ont avoué qu'ils seraient venus spontanément sans convocation. C'est une des raisons expliquant la faiblesse de leurs recours aux soins dentaires et donc à l'aggravation de leurs problèmes dentaires. Près d'un tiers n'a pas vu de chirurgien-dentiste depuis plus de 5 ans contre seulement 15 % en population générale.

Il semblerait que plus le besoin en soins est important, plus le recours aux soins est faible.

- un coefficient masticatoires très insuffisant :

Les besoins en prothèse adjointe sont énormes puisqu'en considérant (comme la sécurité sociale auparavant) que 5 couples molaires-prémolaires (sur les 8 possibles) sont nécessaires pour avoir une mastication acceptable, il apparaît dans l'étude que dès 25 ans, la mastication est insuffisante (< 5), à 35 ans très insuffisante (< 4) et au-delà de 50 ans médiocre (< 3).

Au vu du tableau 7, ce constat est évident puisqu'il nous montre qu'aucun patient ne porte de prothèse adjointe.

- Prévention et motivation à l'hygiène

Le tableau 9 témoigne néanmoins que les patients ont une bonne hygiène pour la moitié d'entre eux (PLI=0 : absence de plaque). Ceci se confirme dans le tableau 10 qui nous montre pratiquement une absence totale de gingivite (GI=0), donc un brossage régulier.

L'indice de plaque le plus élevé (PLI=3) se retrouve chez les 25-34 ans (25 % de la population), en revanche, le score le meilleur (PLI=0) se constate chez les 35-50 ans (70% de la population)

Les plus jeunes (15-24 ans) ne se brossent pas assez bien les dents, un effort de prévention et d'apprentissage au brossage devrait plus toucher cette population.

- Explication de refus des soins :

Seulement 5 % des patients seraient venus spontanément, les autres invoquent différents motifs de refus :

- la peur d'avoir mal (90 %)
- ne consulter qu'en urgence (douleur insoutenable et insupportable) (85 %)
- l'aspect financier (68 % des patients) deux fois plus qu'en population générale
- les soins dentaires sont secondaires et inutiles (20 %)

CONCLUSIONS

Des gens sont dans le besoin, certains sont pauvres, voire très pauvres, d'autres sont dehors (S.D.F.) et d'autres en situation irrégulière (des « sans-papiers »).

Il existe bien des aides : - AME (aide médicale de l'état)
 - CMU (Couverture Mutuelle Universelle)

Il existe aussi des : - des PRS (Plan Régional pou la Santé)
 - des PRAPS (Plan Régional pour l'Accès à la prévention
 et aux Soins)
 - des lois ...

Malgré tout ce qui est mis en œuvre, certains n'y accèdent toujours pas, lorsqu'ils arrivent à l'hôpital, ils sont rejetés. La PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) s'adresse à ces gens.

Il faut donc leur donner les soins urgents et les inclure dans un dispositif de soins à plus long terme existant, donc les insérer dans un système de type CMU.

Au CH Saint Charles de TOUL, à plusieurs reprises, des patients se sont présentés à la PASS pour des problèmes dentaires. Du fait de l'incompréhension des interlocuteurs les recevant, tous les examens et soins possibles, à l'exception des soins dentaires leur ont été administrés, le problème de communication est crucial avec ces populations.

A NANCY, la PASS se situe au centre Lionnois qui envoie ces patients au C.H.U. pour la prise en charge des soins dentaires. La aussi, dans un hôpital public, les patients se sentent rejetés, seuls les soins d'urgences et éventuellement extractions et soins conservateurs leur sont proposés à l'exclusion des soins prothétiques. Ne serait-ce pas possible, dans le cadre de la PASS, de la CMU ou d'un autre système de prendre en charge la réalisation de ces prothèses ? C'est à notre avis le rôle du service public d'aider les plus démunis dans le respect de la loi et de la réglementation.

Cette non prise en charge trouve sans doute son explication dans la multiplicité des lois, décrets, arrêtés et circulaires en tout genres, avec de nombreux sigles (PRS - PRAPS - ARH - DRASS - DDASS - SROS - PASS - CCAS ...).

La difficulté principale de la prise en charge de ces patients réside dans la définition exacte du rôle de chaque organisme ainsi que de ses obligations et de ses responsabilités.

La misère humaine est incommensurable, même dans un pays développé comme la France, avec des mesures comme l'A.M.E., la C.M.U., dont on s'est tant glosé, on s'aperçoit que la Couverture Mutuelle Universelle n'est pas si universelle que cela et que des structures comme les PASS sont indispensables pour toucher certaines populations exclues des autres structures.

Le problème dentaire n'a pas été pris en compte, dans une société où l'exclusion se fait sur l'apparence et l'esthétique. Les demandeurs d'emplois au sourire « édenté » sont très peu retenus par les employeurs potentiels.

Le nécessité de réduction des coûts de santé, l'enveloppe globale des hôpitaux, fait que le geste dentaire se réduit la plupart du temps au geste d'urgence. Sachant que la réinsertion passe aussi par la réhabilitation dentaire, la cohérence du système de la PASS voudrait que la prise en charge des actes prothétiques soit assurée.

C'est pourquoi, la PASS montre son utilité dans la prise en charge des personnes exclues des autres systèmes pour, d'une part assurer la prise en compte des urgences quelles qu'elles soient et d'autre part l'aiguillage des patients vers des structures capables d'assurer leur réhabilitation physique et leur réinsertion dans la communauté.

Annexe 1

ETAT CIVIL

- Nom / Prénom :

- Date de naissance :

- Tranche d'age : ☐15-24 ☐25-34 ☐35-50 ☐+50

- Adresse :

- Dernière consultation : ☐ < 1 ☐ 1 à 2 ☐ 2 à 5
☐ 5 à 10 ☐ + de 10

SUIVI ET TRAITEMENT MEDICAL

- Traitement(s) en cours :

TERRAIN

- **Tabagisme** : oui / non

- **Ethylisme** : oui / non

- **Immunodépression :**
 - ❑ VIH
 - ❑ Greffé (ciclosporine, ...)
 - ❑ Traitement immunosuppresseur (Corticoides, chimiothérapie, radiothérapie, ...)

- **Allergie :**
 - ☐ Médicaments. Lesquels :
 - ☐ Métaux :
 - ☐ Iode :
 - ☐ Autre(s) :

PATHOLOGIES ASSOCIEES

- **Cardiaques :**

- Endocriniennes :

- ☐ Diabète insulino-dépendant
- ☐ Diabète non insulino-dépendant
- ☐ Pathologie thyroïdienne
- ☐ Autres :

- Hépatiques

- ☐ Hépatite virale : A, B, C : Année :

- Rénales

- ☐ Insuffisance rénale
- ☐ Hémodialyse

- **Digestive**

- ☐ Ulcère gastrique, duodénal
- ☐ Antécédents de douleurs gastriques

- **Neurologie**

- ☐ Epilepsie
- ☐ Antécédent d'accident vasculaire cérébral

- **Hématologie**

- ☐ Hémophilie type :
- ☐ Troubles de l'hémostase
- ☐ Autres (thrombopénie, Anémie...)

- **Infectieus**

- ☐ Mononucléose infectieuse (MNI)
- ☐ Tuberculose
- ☐ Autres (ORL, ...)

- Radiothérapie

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

- **Généraux :**

- ☐ Anesthésie générale :
- ☐ Anesthésie dentaire locale :
- ☐ Prothèse valvulaire :
- ☐ Prothèse de hanche :
- ☐ Autre :

- **Odonto-stomatologiques**

- PLI: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

- GI: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

- Nb de couples masticatoires :

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

AHI :	Accueil, Hébergement et Insertion
AME :	Aide médicale de l'Etat
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASSEDIC :	Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
CAF :	Caisse d'Allocation Familiale
CCAS :	Centre Communal d'Action Social
CDASU :	Commissions Départementales de l'Action Sociale d'Urgence
CEBS :	Centre d'Economie des Besoins Sociaux
CHRS :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CMU :	Couverture Mutuelle Universelle
CNAMTS :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREDES :	Centre de Recherche et de Documentation en Economie de Santé
CRPS :	Comité Régional des Politiques de Santé
CRS :	Conférence Régionale de Santé
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
FAJ :	Fonds d'Aide aux Jeunes
FNPEIS :	Fond National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire
GTD :	Groupe de Travail Départemental
GTR :	Groupe de Travail Régional
PASS :	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PDALPD :	Plan Départemental d'Aide pour le Logement des Personnes Défavorisées
PDAS :	Plan Départemental d'Accès aux Soins
PDI :	Programme Départementaux d'Insertion
PRAPS :	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS :	Programme Régional de la Santé
RMA :	Revenu Minimum d'Activité
RMI :	Revenu Minimum d'Insertion
SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
URCAM :	Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladies

PRAPS de LORRAINE

Objectif général du programme : dans un délai de trois ans, permettre aux personnes en difficultés un accès au système de droit commun dans les domaines de la couverture sociale, de la prévention et des soins afin d'améliorer leur état de santé, par une meilleure connaissance des problèmes de santé liés à la précarité et par une plus grande coordination des acteurs.

Préalable : Améliorer la connaissance et l'analyse de l'état de santé et du recours aux soins des publics en situation de précarité

1. Définir des indicateurs communs permettant de décrire la situation sociale, l'état de santé, les comportements de recours aux soins.
2. Formaliser, valider et mettre en œuvre une grille d'indicateurs communs (santé, social).
3. Coordonner le recueil de données afin d'en faire une analyse et de le partager avec les décideurs et les acteurs.
4. Donner les moyens aux usagers de s'exprimer sur leurs besoins de santé.

Priorité n° 1 : Améliorer la coordination des acteurs

1. Définir dans chaque département un ou plusieurs territoires de coordination des acteurs, permettant de couvrir l'ensemble du département.
2. Promouvoir le rôle des établissements de santé dans le domaine de la coordination.
3. Améliorer la connaissance et la lisibilité des interventions des différents acteurs (formalisation des réseaux)
4. Donner les moyens suffisants à ces lieux de coordination

Priorité n° 2 : Permettre l'accès aux droits pour tous

1. Améliorer l'information dans le domaine de l'accès aux droits (information auprès des publics, des professionnels de santé, des acteurs sociaux et médico-sociaux, des associations caritatives)
2. Organiser et diversifier les relais locaux pour accompagner les personnes dans leurs démarches. Identifier dans chacun de ces relais un référent.
3. Former les relais locaux de façon régulière, afin d'intégrer les évolutions réglementaires.

4. Mettre en place un dispositif de veille des dysfonctionnements (avec les acteurs et les usagers) et d'évaluation (interne à l'assurance maladie)
5. Être attentif aux difficultés de certains publics : personnes d'origine étrangère, en situation irrégulière, travailleurs indépendants, agriculteurs en difficulté, personnes victimes de l'effet de seuil, en particulier les personnes âgées isolées bénéficiaires du F.N.S.
6. Améliorer la lisibilité des dispositifs spécifiques, et les coordonner afin d'assurer une égalité de traitement des usagers
7. Favoriser l'accessibilité géographique par la présence physique de la C.P.A.M. dans les structures d'accueil et d'insertion, par la mise en place d'antennes mobiles, le redéploiement des services de conseils généraux.

Priorité n° 3 : Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

1. Développer et assurer la pérennisation des lieux d'accueil, d'écoute et de soins décentralisés en utilisant les structures existantes
2. Faciliter la prise en charge financière des frais de transport vers les lieux de prévention et de soins.
3. Pour toute personne nécessitant un accompagnement médico-social, aider les professionnels à la réalisation d'une évaluation globale initiale. Le projet de soins cohérent, coordonné et adapté qui est ainsi établi est négocié avec la personne
4. Renforcer les dispositifs de prise en charge des addictions (tabac, alcool, toxicomanies, médicaments) en fonction de besoins à évaluer. Ces dispositifs peuvent être ambulatoires (équipes de rue), en hospitalisation de jour... Ils doivent s'appuyer sur une sensibilisation des hôpitaux généraux, des médecins généralistes en lien avec les équipes d'alcoologie et de liaison. Leurs modalités de fonctionnement doivent être lisibles pour l'ensemble des acteurs
5. Adapter les modalités d'intervention des structures de prévention et de soins en favorisant la sortie des soignants des structures. Le contact direct avec les publics au plus près de leurs lieux de vie permet d'atteindre un second objectif qui est une meilleure connaissance de leurs besoins par les équipes soignantes
6. Intégrer dans les projets des établissements et des services la prise en charge des personnes en situation de précarité.

Priorité n° 4 : Développer les actions d'éducation à la santé et de prévention au sein des dispositifs d'insertion sociale et professionnelle

1. Intégrer dans la durée l'éducation à la santé en terme de valeur et d'attitude dans les dispositifs d'insertion sociale et professionnelle. Pour atteindre cet objectif des formations à l'approche globale de la santé doivent être développées en privilégiant une démarche participative
2. Capitaliser et communiquer. Les expériences d'éducation à la santé doivent être mieux connues de façon à mutualiser les expériences.
3. Faciliter pour les acteurs sociaux le développement d'actions d'éducation à la santé par une aide au montage de projets, une planification pluriannuelle, une transversalité avec les actions d'insertion, une territorialisation.
4. Réaliser des actions de prévention dans une démarche de santé publique prenant en compte les besoins de santé identifiés et les demandes des personnes concernées dans leur diversité

Priorité n° 5 : Développer la prise en charge médico-sociale au sein et autour des établissements de santé

1. Tous les établissements de santé (publics et P.S.P.H.) doivent avoir au moins un travailleur social. Les missions des travailleurs sociaux doivent être mieux identifiées.
2. Une P.A.S.S. (au moins) est créée par bassin de santé. Des P.A.S.S. spécialisées (psychiatrie, maternité) peuvent être créées en fonction des besoins. Ces P.A.S.S. ne doivent pas se substituer aux missions qui incombent à l'ensemble des établissements de santé : lutte contre l'exclusion sociale, sectorisation psychiatrique et psychiatrie de liaison, urgences psychiatriques, coordination de la prise en charge des femmes pendant la grossesse et au cours de la période post natale. Enfin, il faut rappeler que des permanences d'orthogénie adaptées aux personnes en situation de précarité doivent être installées dans l'ensemble des P.A.S.S.
3. Les établissements élaborent un projet global de prise en charge des personnes en situation de précarité, prévoyant notamment le repérage des personnes pouvant être en difficulté dans l'ensemble de l'établissement ; les modalités d'intervention du travailleur social ; les modalités de participation des différents services à la prise en charge des plus démunis ; les possibilités de bilan médical, psychologique ; l'organisation de la continuité des soins ; les dispositifs prévus pour réintégrer le patient dans le droit commun ; les modalités d'accompagnement des personnes au sein de l'hôpital vers les structures extérieures, des structures extérieures vers l'hôpital ; les modalités de collaboration avec les partenaires extérieurs : formalisation du réseau ; les besoins identifiés avec les partenaires en terme de consultations externes, avancées, délivrances de médicaments ; le projet de formation des personnels.

4. Des conventions sont passées entre les établissements de santé et les D.D.A.S.S. prévoyant la prise en charge de consultations externes, de médicaments, et d'examens complémentaires.
5. Une double évaluation doit être réalisée, chaque année : évaluation interne à l'hôpital (activité de la P.A.S.S. mais aussi au niveau de tout l'établissement : connaissance du public en situation de précarité identifié au sein de l'hôpital, analyse de l'activité du service social, prise en compte par les services de la dimension sociale) ; évaluation D.R.A.S.S. / D.D.A.S.S. (élaboration d'une grille standardisée de recueil d'information pour évaluer l'activité de la P.A.S.S., impact de la P.A.S.S. dans l'amélioration de l'accès aux droits et aux soins : évaluation avec les partenaires, nombre de projets d'établissements et de contrats d'objectifs et de moyens qui ont intégré l'accueil des personnes les plus démunies à l'hôpital).
6. Les modalités de valorisation de l'activité sociale doivent faire l'objet d'un travail en concertation D.R.A.S.S. / D.D.A.S.S. / Etablissements de santé (P.M.S.I.).

Priorité n° 6 : Renforcer les compétences des acteurs pour une prise en charge globale des personnes en situation de précarité

1. Développer des actions de sensibilisation des professionnels de santé aux problèmes liés à la précarité
2. Sensibiliser les acteurs sociaux et médicaux à l'approche multi-culturelle : perceptions de la santé, perceptions des structures de soins, problèmes multiples d'accès à la prévention et aux soins
3. Développer des actions de sensibilisation des acteurs sociaux aux réponses aux problèmes de santé des plus démunis
4. Encourager les formations territorialisées notamment en recherchant des financements complémentaires
5. Favoriser le développement de plates-formes de services, d'échanges de savoir sur des sites prioritaires.
6. Prendre en compte dans les formations initiales et continues, les aspects des effets de la précarité sur la santé : formation initiale des médecins, professions para-médicales, travailleurs sociaux.

Priorité n° 7 : Développer la prise en compte de la santé dans les politiques d'insertion sociale et professionnelle

1. Développer la présence de professionnels de santé au sein des cellules d'appui RMI et les dispositifs d'insertion pour les jeunes afin d'améliorer le repérage des difficultés, de diagnostic et afin de mettre en place des actions adaptées.
2. Mettre en place des commissions santé sur les sites politique de la ville.
3. Prendre en compte la santé dans les politiques d'insertion des populations d'origine étrangère, dans les plans départementaux d'accueil des gens du voyage, dans la lutte contre l'illettrisme. Des difficultés spécifiques d'accessibilité, de perception de la santé doivent être prises en compte de façon à développer des outils adaptés
4. Prendre en compte la santé dans les CHRS, les CADA, les foyers d'accueil. Les difficultés de santé doivent être mieux identifiées de façon à en tenir compte dans le contrat passé avec la personne et de façon à mettre en place des actions adaptées
5. Prendre en compte la santé dans les dispositifs de coordination des aides financières (CASU). La CMU ne va pas répondre à l'ensemble des difficultés d'accès aux soins. Des dispositifs spécifiques d'aide à l'accès à une mutuelle, seront peut-être conservés ou se mettront en place ; des prises en charge de soins ou de prothèses onéreux seront recherchées. Les CASU mises en place dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions ont pour mission de coordonner les aides et d'apporter un outil d'observation sur les difficultés financières. Elles pourront être utilisées de façon à identifier les difficultés dues aux effets de seuil.

Priorité n° 8 : Développer la prise en compte de la souffrance psychique

1. Identifier la souffrance psychique dans tous les lieux où elle s'exprime. L'objectif est de sensibiliser à l'importance de l'écoute, et de former les acteurs à cette écoute et au dépistage
2. Organiser et évaluer avec l'ensemble des acteurs d'un territoire une prise en charge partagée
3. Diversifier les réponses (loisirs, culture, sport...) en s'assurant de la qualité des projets : respect des principes éthiques, participation du corps médical... La prise en charge de la souffrance psychique est l'affaire de tous les acteurs. Tous les supports doivent être utilisés pour recréer du lien, favoriser l'expression, la créativité
4. Être particulièrement attentif aux publics très éloignés de l'insertion ayant une ancienneté dans les dispositifs, ainsi qu'aux personnes isolées (personnes âgées, mères isolées)

Priorité n° 9 : Mobiliser l'ensemble des partenaires sur la prise en compte des problèmes de santé des jeunes (18 fiches)

1. Améliorer l'accès aux droits, notamment l'accès à la prise en charge des frais dentaires et d'optique : les jeunes ont été jusqu'alors très mal informés sur leurs droits (dispositifs mis en place par les Conseils Généraux et les CPAM) ou ont bénéficié de mesures très différentes d'un territoire à un autre. Il s'agit donc ici plus particulièrement de développer l'information.
2. Développer l'éducation à la santé dans tous les lieux d'accueil et de formation en favorisant la participation des publics
3. Former les acteurs sociaux à une approche nouvelle de la santé, et à une démarche permettant d'aller vers les jeunes éloignés de l'insertion.
4. Développer des modalités innovantes de prévention et d'accompagnement vers les soins, en particulier en favorisant la coordination des partenaires autour des jeunes
5. Développer une réflexion interdépartementale sur les besoins de santé des jeunes, à partir de la connaissance de leur état de santé, à partir de l'expression de leurs besoins et de l'évaluation des actions mises en place.
6. Travailler par objectifs pluriannuels.
7. Développer des formations spécifiques en santé publique sur la santé des adolescents et des jeunes.

Priorité n° 10 : Améliorer les procédures d'élaboration des projets santé précarité et leur évaluation

1. Elaborer un dossier type de présentation de projets multifinanceurs pour aider les acteurs au montage de projets et aider les financeurs à la prise de décision.
2. Organiser l'évaluation des actions dans le cadre d'une programmation et avec des outils standardisés.
3. Organiser la communication sur les actions pour mutualiser les compétences et les expériences.

BIBLIOGRAPHIE :

1- AMOSSE T., DOUSSIN A., FIRDION J.-M., MARPSAT M. et ROCHEREAU T.

Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire

PARIS, CREDES, septembre 2001, 85p

2- BANCHEREAU C., BROÏDO M., ROCHEREAU T.

L'état de Santé bucco-dentaire et le recours au chirurgien dentiste selon les caractéristiques sociodémographiques

PARIS, CREDES, Enquête santé et protection sociale, 24 octobre 2002

3- BEYNET A., MENAHEM G.

Problèmes dentaires et précarité

PARIS, CREDES, question n° 48, février 2002

4- BIHR A., PFEFFERKORN R.

Déchiffrer les inégalités

PARIS, SYROS, 1999

5- BREUIL-GENIER Pascale,

Inégalités de revenus et de redistribution : évolutions 1970-1996 au seins des ménages salariés

PARIS, INSEE, France portrait social, 2000-2001

6- CASTEL R.

Les métamorphoses de la question sociale

PARIS, Gallimard, 1995, 813p

7- CHAMBAZ Ch.

La pauvreté en France et en Europe

PARIS, INSEE, n° 533, juillet 1997

Circulaires

8- Circulaire DGS/DS6D n°2002/100 du 19 février 2002 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS), visant à préparer les PRAPS de deuxième génération (2003-2004-2005-2006).

9- Circulaire DGS/SD6D N° 2001/396 du 3 août 2001 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire

10- Circulaire DH/AF1/AS/CD N° 08240 du 27 juin 2000 relative à la délégation de crédits pour les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) créées en 2000

11- Circulaire N° DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire

12- Circulaire DAGPB/DAS/DGS n° 2000-364 du 8 juin 2000 relative au projet d'annuaire des acteurs de la lutte contre les exclusions.

13- Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux

14- Circulaire DH/AF1/AS N° 99-542 du 4 octobre 1999 relative à l'évaluation des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) installées en 1998 et 1999 et mise en place des PASS en 2000

15- Circulaire DH/AF1 n° 427 du 29 juillet 1999 relative à la délégation de crédits pour les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) créées en 1999

16- Circulaire DH/AF1 n° 05960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

17- Circulaire DGS/SP2 n° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place des PRAPS

18- Circulaire DH/AF1 DGS/SP2 DAS/RV3 N°736 du 17 décembre 1998 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 (mise en place des PASS)

19- Circulaire DGS/DAGPB/DAS n° 98/568 du 8 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre de la loi d'orientation contre les exclusions sur les exercices 1998 et 1999 : action sociale et santé publique PRAPS

20- Circulaire DGS/SP1 n° 97-731 du 20 novembre 1997 relative aux conférences régionales de santé et aux programmes régionaux de santé

21- Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 9508 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies

22- COLLET M., MENAHEM G., PARIS V., PICARD H.
Précarités, risqué et santé
PARIS, CREDES, question n° 63, janvier 2003

23- Colloque national de Santé Publique
Education à la santé et précarité : la santé dentaire en question
PARIS : UFSBD : 31 janvier 2002

24- Communiqué du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE)

septembre 2000, Rapport 2000,
PARIS, La documentation Française, 2000

25- DEBIONNE François Paul

La santé passe par la dignité - l'engagement d'un médecin
PARIS, Les éditions Quart Monde, 2000

Décrets

26- Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique

27- Décret n° 97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé et notamment l'article R 767.6

28- DESPLANQUES G., NEYRET G., ROTH N.

Pauvreté, Précarité, Exclusion
PARIS, CNIS, n° 42, mars 1988, 76 p

29- DRESS

La protection des personnes à bas revenus dans les pays européens
Etudes et Résultats, n° 19, juin 1999

30- DUPAS Cécile

Précarité et accès aux soins : quelles solutions pour répondre aux besoins prothétiques ?
Th. Chir. Dent. : NANTES : 2001

31- GAULEJAC (de) V.

Les sources de la honte
PARIS, Desclée de Brouwer, 1994, 286p

32- GULLOUX K. et al.

Pratiques en santé précarité : la santé publique à l'épreuve du terrain
PARIS, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1997, 229p

33- EUPHA

Ten Priority fields for public health in Europe
SFSP 2000

34- Haut Comité de Santé Publique (HCSP)

La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé

RENNES, Editions ENSP, février 1998, 368p

35- HASSOUN D.

Précarité et état bucco-dentaire

PARIS, CREDES, décembre 1998

36- LAZARUS A., STROHL H.

Pauvreté, Précarité et Pathologies mentales, une souffrance que l'on ne peut plus cacher

Rapport du groupe de travail ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale

PARIS, DIMV-DIMRM, 1995

37- LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H. (INSERM),

Les inégalités sociales de santé

PARIS, INSERM, La découverte, 2000, 448p

Lois

38- Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

39- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions et notamment son article 71

40- Loi n° 91- du 31-07-1991 relative aux SROS

41- MAISONDIEU J.

La fabrique des exclus

PARIS, Bayard, 1997, 258p

42- Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale,

Rapport 2000,

PARIS, La documentation Française, 2000

43- OMS, Fonds des nations unies pour l'enfance

Les soins de santé primaires

Conférence internationale sur les soins de santé primaires

GENEVE, OMS, 1979

Ordonnances

44- Ordonnance du 24 avril 1996 relative aux Programmes Régionaux de Santé (PRS)

45- ORESPERE

Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion
Points de vue et rôle des acteurs de la clinique psychosociale
Recherche-action, décembre 1999

46- PAUGAM S.

Rapport du CERC n° 109,
Précarité et risque d'exclusion en France
PARIS, La documentation française, 1993, 169p

47- Site INTERNET - Ministère de la santé

<http://www.sante.gouv.fr/>

48- Site INTERNET - Ministère de l'emploi, de la solidarité

<http://www.emploi-solidarite.gouv.fr/>

49- TOURRAINE A.

Face à l'exclusion
Revue Esprit, n° 169, 1991

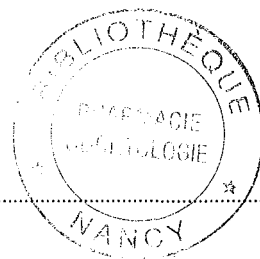
50- VIDAL-NAQUET Pierre

Détresse et urgence sociale Rapport de la MRIE, 1999
PARIS, La documentation Française, 2000

51- WRESINSKI J.

Grande pauvreté et précarité économique et sociale
PARIS, Journal Officiel, 1987

TABLE DES MATIERES :



INTRODUCTION :	1
1. LA PROGRESSION DE LA PRECARITE EN FRANCE ET SES EFFETS SUR LA SANTE :	3
1.1. PAUVRETE, PRECARITE ET EXCLUSION SOCIALE	5
1.1.1. DEFINITIONS DE TROIS CONCEPTS	6
1.1.1.1. La pauvreté	6
- <i>Les mesures et les caractéristiques des ménages pauvres :</i>	6
- <u>un indicateur monétaire</u>	6
- <u>un indicateur de « condition de vie »</u>	8
- <u>un indicateur de « pauvreté administrative »</u>	10
- <i>Les évolutions de la pauvreté</i>	11
- <i>Un taux de pauvreté proche de la moyenne européenne</i>	13
- <i>Les limites de la connaissance statistique de la pauvreté</i>	13
1.1.1.2. La précarité	14
1.1.1.3. L'exclusion sociale	17
1.1.2. ACCROISSEMENT ET DEPLACEMENT DES INEGALITES SOCIALES	18
1.1.2.1. Inégalités sociales de revenus	19
1.1.2.2. Inégalités sociales de logement	20
1.1.2.3. Inégalités sociales d'éducation	20
1.2. LES INTERACTIONS ENTRE LES PROCESSUS DE PRECARISATION ET LES PROCESSUS DE SANTE	22
1.2.1. LA SANTE, UN FACTEUR ET UN PRODUIT DU DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL	22
1.2.2. L'AGGRAVATION DES INEGALITES SOCIALES FACE A LA MALADIE ET A LA MORT	26
1.3. PROTECTION SOCIALE ET SYSTEME DE SOINS : VERS PLUS D'EQUITE ET D'EGALITE	32
1.3.1 UNE ACTION GLOBALE DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET DE LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS	31
1.3.2. UNE ACTION PLUS SPECIFIQUEMENT SANITAIRE QUI COMPORTE DEUX VOLETS COMPLEMENTAIRES	34
1.3.2.1. La généralisation progressive de l'assurance maladie	35
1.3.2.2. L'adaptation progressive du système de santé aux besoins des personnes en situation de précarité	36

2. ELABORATION DES PROGRAMMES D'ACCES À LA PREVENTION ET AUX SOINS (PRAPS)	43
2.1. ETAPES SUCCESSIVES DE L'ELABORATION DES PRAPS	44
2.2. LA CREATION D'UNE DYNAMIQUE PARTENARIALE	46
2.2.1. DES PROGRAMMES INITIES ET SOUTENUS AU NIVEAU NATIONAL	46
2.2.1.1. Cadrage institutionnel et méthodologique	46
2.2.1.2. Suivi et soutien de l'élaboration des PRAPS	47
2.2.1.3. Suivi et mise en œuvre des PRAPS	48
2.2.2. DES PROGRAMMES ELABORES ET MIS EN ŒUVRE PAR DES ACTEURS REGIONAUX, DEPARTEMENTAUX ET LOCAUX	48
2.2.2.1. Le Comité Régional des Politiques de Santé (CRPS)	49
- Cadre législatif et réglementaire	49
- fonctionnement du Comité Régional des Politiques de Santé dans les régions	51
2.2.2.2. Le Groupe Technique Régional (GTR)	51
2.2.2.3. Les Groupes de Travail Départementaux (GTD)	52
2.2.3. LA COORDINATION AVEC LES AUTRES DISPOSITIFS SOCIO-SANITAIRES	54
2.2.3.1. PRAPS et schémas sociaux	54
- L'articulation des PRAPS avec les nouveaux schémas sociaux	55
- L'articulation des PRAPS avec les dispositifs sociaux antérieurs à la loi de lutte contre les exclusions	55
2.2.3.2. Coordination des PRAPS avec les autres dispositifs sanitaires	56
- PRAPS et PRS (Programmes Régionaux de Santé)	56
- Thèmes prioritaires du PRAPS faisant par ailleurs l'objet d'un Programme régional de Santé	56
- PRAPS et SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire)	57
2.2.4. FINANCEMENTS DES PRAPS	58
3. LES PASS (PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE)	60
3.1. CADRE DE LA MISSION	61
3.2. CONTEXTE	62
3.3. CONSTATS	64
3.4. PROPOSITIONS	69
1- Déterminer les besoins	69
2- Connaître les textes législatifs	69
3- Développer les consultations de Médecine Générale	70
4- Construire une PASS	71
5- Travailler en réseau	75
6- Evaluer les PASS : toujours	76
7- Faire connaître les PAS : encore et encore	76
8- Former : sans cesse	76
9- Réfléchir, adapter, innover	77

4. ETUDE DES BESOINS EN SOINS ET EN PROTHESES DENTAIRES :80

4.1. MATERIEL ET METHODE81

 - population81

 - Recueil des données81

4.2. RESULTATS83

 - Caractéristiques de la population83

 - Résultat de l'évaluation de l'état bucco dentaire85

4.3. DISCUSSION88

CONCLUSION93

ANNEXE 1 : FICHE CLINIQUE95

ANNEXE 2 : DEFINITION DES SIGLES96

ANNEXE 3 : PRAPS DE LORRAINE97

BIBLIOGRAPHIE 104



FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Jury : Président : M. PANIGHI – Professeur des Universités
 Juges : A. FONTAINE – Professeur de 1^{er} Grade
 J.P. ARTIS – Professeur de 2^{ème} Grade
 O. ARTIS – Assistant Hospitalier Universitaire

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

présentée par : **Monsieur ZIMMER Joël**

né(e) à: **METZ (Moselle)**

le **09 février 1974**

et ayant pour titre : **«Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire d'une population bénéficiant de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) au Centre Hospitalier Saint-Charles de TOUL»**

Le Président du jury,



Pr. M. PANIGHI



Autorise à soutenir et imprimer la thèse N° 1373

NANCY, le 25 février 2004

Le Président de l'Université Henri Poincaré, Nancy-1

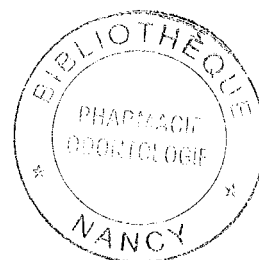


ZIMMER (Joël) - Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire, d'une population bénéficiant de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) au Centre Hospitalier Saint Charles de TOUL

NANCY, 2004 : 111 f. : 30 cm

Th. : Chir. Dent. : NANCY : 2004

Mots clés : - Exclusion
- PASS
- Précarité
- Santé bucco-dentaire



ZIMMER (Joël) - Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire, d'une population bénéficiant de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) au Centre Hospitalier Saint Charles de TOUL

Th. : Chir. Dent. : NANCY : 2004

Ces dix dernières années ont été marquées par une extension du champ d'exclusion, en particulier dans le domaine de la santé.

Le phénomène de précarisation est massif puisqu'il touche 20 à 25 % de la population dès lors qu'il manque une des sécurités essentielles tels que l'emploi, le logement, la cohésion familiale, l'éducation, la qualification professionnelle et la santé.

C'est pourquoi la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29-07-1998 a permis la mise en place des PASS qui sont des structures ouvertes à tous.

L'étude montre sans surprise que cette population défavorisée présente de multiples pathologies dentaires qui constituent un problème majeur de santé publique qu'il est urgent de traiter. La PASS est un dispositif de prise en charge et d'aiguillage des personnes exclues vers des structures capables d'assurer leur réhabilitation physique et leur réinsertion dans la communauté.

JURY :	Président	M. PANIGHI	Professeur des Universités
	Juge	M. A. FONTAINE	Professeur 1 ^{er} grade
	Juge	<u>M. J.P. ARTIS</u>	<u>Professeur 2^{ème} grade</u>
	Juge	M. O. ARTIS	Assistant

Adresse de l'auteur : ZIMMER Joël
21 rue du Général GENGOULT
54200 TOUL

ZIMMER (Joël) - Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire, d'une population bénéficiant de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) au Centre Hospitalier Saint Charles de TOUL

NANCY, 2004 : 111 f. : 30 cm

Th. : Chir. Dent. : NANCY : 2004

Mots clés : - Exclusion
- PASS
- Précarité
- Santé bucco-dentaire

ZIMMER (Joël) - Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire, d'une population bénéficiant de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) au Centre Hospitalier Saint Charles de TOUL

Th. : Chir. Dent. : NANCY : 2004

Ces dix dernières années ont été marquées par une extension du champ d'exclusion, en particulier dans le domaine de la santé.

Le phénomène de précarisation est massif puisqu'il touche 20 à 25 % de la population dès lors qu'il manque une des sécurités essentielles tels que l'emploi, le logement, la cohésion familiale, l'éducation, la qualification professionnelle et la santé.

C'est pourquoi la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29-07-1998 a permis la mise en place des PASS qui sont des structures ouvertes à tous.

L'étude montre sans surprise que cette population défavorisée présente de multiples pathologies dentaires qui constituent un problème majeur de santé publique qu'il est urgent de traiter. La PASS est un dispositif de prise en charge et d'aiguillage des personnes exclues vers des structures capables d'assurer leur réhabilitation physique et leur réinsertion dans la communauté.

JURY :	Président	M. PANIGHI	Professeur des Universités
	Juge	M. A. FONTAINE	Professeur 1 ^{er} grade
	Juge	<u>M. J.P. ARTIS</u>	<u>Professeur 2^{ème} grade</u>
	Juge	M. O. ARTIS	Assistant

Adresse de l'auteur : ZIMMER Joël
21 rue du Général GENGOULT
54200 TOUL