

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2004

N° 22:

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Delphine BACHA

Présentée et soutenue publiquement le 10 juin 2004

**REPERAGE PAR LES PATIENTS PRECARISES D'UNE
CONSULTATION MEDICO-SOCIALE HOSPITALIERE.
Etude prospective chez 208 patients à la consultation Jean Guillon
du CHU de Nantes.**

Président : Monsieur le Professeur J. BARRIER

Directeur : Monsieur le Docteur C. AGARD

REMERCIEMENTS

Je remercie Monsieur le Docteur Christian AGARD pour son aide et ses conseils tout au long de ce travail.

Je remercie Monsieur le Professeur BARRIER de m'avoir inspiré le sujet de ce travail et de présider le jury.

Je remercie Monsieur le Professeur LE CONTE, Monsieur le Professeur LOMBRAIL, Monsieur le Docteur GUESNIER et Madame PASQUIER qui ont bien voulu s'intéresser à cette thèse et participer au jury.

Je remercie le Docteur NGUYEN pour son aide à la réalisation des statistiques de mon enquête.

Je remercie toute l'équipe de la consultation Jean Guillon pour son accueil et son aide lors de mon stage au CHU.

Je remercie mes parents, mes grands-parents et mon frère pour leur soutien et leur accompagnement tout au long de mes études.

Je remercie Jean-Michel pour ses encouragements et son soutien, ainsi que pour son aide à la rédaction et à la mise en page de ce travail.

Enfin, je remercie mes amis pour leurs encouragements.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	09
 CHAPITRE 1 : ACCES AUX SOINS ET PROTECTION SOCIALE DES PERSONNES PRECARISEES	 11
 I- APPROCHE DE LA PRECARITE	 12
1. Histoire du mot	12
2. Définitions	12
3. Précarité et santé	14
 II- ACCES AUX SOINS	 15
1. Historique	15
2. Aspect législatif	17
21. La circulaire du 21 mars 1995	17
22. La loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions	18
221. Orientations générales	18
222. Le volet accès aux soins	18
223. Les circulaires relatives à la mise en œuvre de cette loi	19
2231. La circulaire du 8 septembre 1998	19
2232. La circulaire du 17 décembre 1998	19

III. LA COUVERTURE SOCIALE	19
1. Historique	19
2. Définitions et rôles	20
3. La couverture maladie universelle (CMU)	21
31. La couverture de base	21
311. Conditions d'affiliation	21
312. Notion d'ayant droit autonome	22
313. Modalités d'affiliation	22
314. Assujettissement à la contribution	23
315. Admission à la couverture de base	23
32. La couverture complémentaire	23
321. Conditions d'ouverture du droit	24
322. Modalités d'ouverture du droit à la protection complémentaire	24
323. Le service de la prestation complémentaire	25
324. Le contenu de la prestation	25
4. L'aide médicale de l'Etat (AME)	25
41. La prestation d'aide médicale	25
411. Les personnes couvertes	25
412. Le contenu de la prestation	26
42. Conditions d'accès à l'AME	26
421. La condition de résidence	27
422. La condition de ressources	27
43. La procédure d'attribution de l'aide médicale	27
44. Réforme de l'AME	28
5. Cas particulier de la protection sociale des étrangers immigrés	28
51. Les étrangers qui sollicitent l'entrée « au motif politique »	29
511. Les demandeurs d'asile	29
512. Les réfugiés	29
513. Les déboutés dans leur demande d'asile	29
52. Les étrangers qui sollicitent l'entrée « au motif social »	30
53. Les étrangers qui sollicitent l'entrée « au motif économique »	30

54. Les étrangers qui sollicitent l'entrée pour un séjour temporaire	30
541. Les touristes	30
542. Les visiteurs	30
543. Les étudiants	30
544. Les mineurs isolés	31
545. Les clandestins	31
55. Réforme du droit d'asile	31

IV- QUELLES OFFRES DE SOINS, QUELLES STRUCTURES A NANTES POURS LES PERSONNES PRECARISEES ?

1. Pour se soigner	32
11. Les praticiens libéraux	32
12. L'hôpital	32
121. La permanence d'accès aux soins de santé (PASS)	32
122. Les urgences	34
123. Certains services plus particulièrement	34
13. Médecins du Monde	35
14. Les CHRS	35
15. Les centres médico-sociaux	35
16. La protection maternelle et infantile (PMI)	35
17. Les centres de vaccinations	36
18. Les structures plus spécifiques à certaines pathologies	36
2. Pour se loger, se réinsérer	36
21. Pour les hommes	37
22. Pour les femmes	37
23. Accueil mixte	38
3. Pour s'habiller, se laver	38
4. Pour manger	38
5. Pour parler, rencontrer	39

CHAPITRE 2 : RESULTATS DE L'ETUDE MENEES AUPRES DES 208 PRIMO-CONSULTANTS	41
I- OBJECTIFS DE L'ETUDE	42
II. MATERIELS ET METHODES	42
III. RESULTATS DE L'ETUDE	44
1. Analyse des données démographiques	44
11. Répartition selon le sexe	44
12. Répartition selon l'âge	45
13. Répartition selon la nationalité française ou étrangère	46
14. Répartition des étrangers selon leur origine géographique	47
2. Analyse des données sociales	48
21. La couverture sociale des primo-consultants	48
22. La couverture sociale des primo-consultants selon le sexe	49
23. La couverture sociale des primo-consultants selon la nationalité	49
3. Analyses des données médicales	50
31. Répartition des primo-consultants selon leurs motifs de consultation	50
311. Répartition de la totalité des primo-consultants	50
312. Répartition selon le sexe	51
313. Répartition selon la nationalité	51
32. Répartition des primo-consultants selon les différentes pathologies	52
321. Répartition de la totalité des primo-consultants	52
322. Répartition selon le sexe	53
323. Répartition selon la nationalité	53
4. Analyse des réponses données à la question : « qui vous a conseillé de venir à la consultation Jean Guillon ? »	54
41. Répartition de la totalité des primo-consultants	54
42. Répartition selon le sexe	55
43. Répartition selon la nationalité	57

5. Analyse des réponses à la question : « où seriez vous allé si la consultation Jean Guillon n’existait pas ? »	58
51. Analyse des réponses à la question ouverte	58
511. Répartition de la totalité des primo-consultants	58
512. Répartition selon le sexe	59
513. Répartition selon la nationalité	60
52. Analyse des réponses données par les consultants qui n’ont pas répondu à la question ou ne savent pas ou ils auraient consulté, quand on leur fait ensuite une liste de propositions	61
521. Répartition de la totalité des primo-consultants	61
522. Répartition selon le sexe	62
523. Répartition selon la nationalité	63
 CHAPITRE 3 : ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS	 64
 I- INTRODUCTION	 65
 II- ANALYSE DES DONNEES DEMOGRAPHIQUES	 66
 III- ANALYSE DES DONNEES SOCIALES	 67
 IV- ANALYSE DES DONNEES MEDICALES	 69
1. Répartition des primo-consultants selon leurs motifs de consultation	69
2. Analyse des pathologies rencontrées	71
 V- ANALYSE DES REPONSES A LA QUESTION : « QUI VOUS A CONSEILLE DE VENIR A LA CONSULTATION JEAN GUILLON ? »	 78

VI- ANALYSE DES REPONSES A LA QUESTION : « OU SERIEZ VOUS ALLE SI LA CONSULTATION JEAN GUILLON N’EXISTAIT PAS ? »	83
1. Analyse des réponses à la question ouverte	83
2. Analyse des réponses données dans un second temps	88
CONCLUSION, PROPOSITIONS	91
BIBLIOGRAPHIE	93
ANNEXES	98

INTRODUCTION

Depuis quelques années, la précarité envahit peu à peu la vie quotidienne des français. Elle s'est insinuée dans des domaines jusqu'alors considérés comme les bases de la cohésion sociale (emploi, école, logement, famille) qu'elle a contribué à transformer. Elle est devenue un phénomène que plus personne ne peut ignorer tant ses effets sont visibles. Si la précarité a longtemps été considérée comme un phénomène marginal et a souvent été confondue avec l'exclusion ou la grande pauvreté, elle a atteint une telle ampleur qu'elle touche aujourd'hui une partie de la population française qui va bien au-delà des plus défavorisés (1).

En 1998, « un français sur sept déclarait avoir renoncé à se soigner faute de moyens financiers » (2). En 2001, l'INSEE déclare que 11.6% des ménages français sont en situation de pauvreté. Fin 2001, 6 millions de personnes en France sont couverts par les minima sociaux. Fin 2002, 7% de la population est couverte par la couverture maladie universelle (CMU) (3).

Compte tenu du nombre considérable de personnes en situation de précarité et des conséquences sanitaires qu'elle occasionne, la précarité est devenue un véritable problème de santé publique, et en ce sens une préoccupation du gouvernement.

La loi relative à la lutte contre les exclusions de juillet 1998 prévoit la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) afin de coordonner des actions de prévention, d'éducation à la santé, de soins et de réinsertion, en direction des personnes en situation de précarité, notamment avec la création des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au sein des hôpitaux (4).

Par ailleurs, le 1^{er} janvier 2000, la loi 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle entre en vigueur. Celle-ci instaure « pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance des frais » (2).

Il m'a alors paru intéressant lors de mon stage de résidente au sein du service de la PASS du CHU de Nantes de voir, deux ans après l'ouverture de cette structure de soins destinée aux personnes précarisées, la place qu'elle occupe dans le réseau de soins nantais.

La première partie de ce travail propose une approche de la précarité, par quelques définitions et données sociodémographiques, pouvant expliquer l'intérêt qu'on lui porte actuellement.

Elle décrit le contexte législatif et administratif actuel, les dispositifs d'action nationaux en matière de protection sociale : assurance maladie, couverture maladie universelle, aide médicale de l'Etat, et précise également les différents types de protection sociale dont peuvent bénéficier les étrangers vivant en France (ils sont, comme nous le verrons plus tard au cours de ce travail, très nombreux à consulter à la PASS).

Enfin, elle propose d'étudier les différentes structures d'accueil et d'accès aux soins destinées à aider les personnes précarisées dans la région nantaise.

La seconde partie de ce travail est la réalisation d'une étude prospective au sein de la consultation Jean Guillon du CHU de Nantes (PASS) auprès des primo-consultants, sur une durée de 2 mois et demi, entre le 15 février et le 30 avril 2002. Celle-ci nous permet de répondre principalement à deux questions :

- la première : « qui a conseillé aux patients de venir à la consultation Jean Guillon ? » nous permet de voir si la structure est bien repérée ;
- la seconde : « où les patients seraient-ils allés si la consultation Jean Guillon n'existait pas ? » nous informe sur la connaissance des patients concernant les autres structures de soins auxquelles ils peuvent s'adresser à Nantes.

Les caractéristiques démographiques, sociales et médicales des primo-consultants de la PASS sont également étudiées lors de cette étude.

CHAPITRE 1

ACCES AUX SOINS ET PROTECTION SOCIALE DES PATIENTS PRECARISES

I- APPROCHE DE LA PRECARITE

1. HISTOIRE DU MOT

L'histoire du mot est très souvent à la base de la compréhension du concept qu'il désigne (5).

Précaire est un doublet de prière. Le « précaire », ce fut d'abord ce que l'on ne pourrait obtenir que par la prière, et non pas ce que l'on possède de nature ou de droit.

Par suite, est précaire ce qui est incertain, mal assuré. En effet, l'efficacité de la prière n'est pas automatique.

Le précaire est le contraire de l'obligé, c'est l'obtention non nécessaire, susceptible à tout moment d'être remis en question. Si le précaire est un bien, sa possession ne peut satisfaire pleinement puisqu'elle est périssable et risque d'être reprise. Certes, elle peut être à l'origine de joies passagères, inscrites dans le présent, mais notre conscience ne s'en tient pas au présent et la perspective de possibilité de perte gâche tout : il n'y aura pas de pleine satisfaction.

2. DEFINITIONS

En France, la notion de précarité est souvent synonyme d'exclusion ou de pauvreté (1).

Le terme d'**exclusion** est paradoxal (6). « Ex » devrait le limiter aux individus qui, faisant partie d'un groupe, en sont rejetés, alors que « cludere » signifie fermer et permet d'étendre la signification du mot également à l'interdiction et au rejet de ceux qui n'en font pas partie. Sont donc exclus les membres soumis à une procédure prévue et directe de rejet, mais aussi ceux qui sont exclus indirectement, parce qu'ils ne possèdent pas les mêmes droits ou ne peuvent pas participer aux mêmes activités que les autres.

Le problème essentiel est que l'exclusion est intimement liée à des sentiments d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi, entraînant une intense souffrance psychique et la difficulté à s'insérer dans un tissu relationnel.

En considérant les exclus comme des personnes qui ne bénéficient pas d'aides, on peut considérer qu'ils représentent environ 0.4 à 0.5% de la population française (maximum 300000 personnes). Les jeunes, parce qu'il n'existe pas de dispositif RMI avant 25 ans, représentent une part importante de la population des exclus (1).

On s'accorde généralement à définir **la pauvreté** comme « l'état d'une personne ou d'un groupe qui dispose de peu de ressources » (1).

Cette définition est relative et le seuil de pauvreté est apprécié de façon variable selon l'histoire, les cultures, le niveau de vie moyen du groupe étudié.

En France, le seuil de pauvreté correspond à la demi médiane du revenu par unité de consommation (7). En se basant sur cette définition, l'INSEE a dénombré 3.7 millions de personnes en situation de pauvreté en 2000, le taux de pauvreté ayant baissé entre 1996 (7.2%) et 2000 (6.5%). Une autre approche multidimensionnelle est effectuée par l'INSEE à

partir de l'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages et selon cette méthode, 11.6% des ménages seraient sous le seuil de pauvreté en 2001 (3).

La grande pauvreté est définie par l'INSEE comme l'état d'un foyer dont le revenu est inférieur ou égal à un tiers du revenu médian (1).

Elle est définie selon plusieurs indicateurs :

- pauvreté héritée ou existant depuis longtemps, qui n'est pas due à un chômage récent ou à un accident.

- accumulation et/ou combinaison de difficultés (santé, logement, éducation).

- appartenance à un groupe ethnique vivant en France depuis moins de 10 ans.

- sentiments de différence, de rejet, de marginalisation.

L'indicateur économique (c'est-à-dire les revenus) est trop souvent le seul critère utilisé pour définir précisément ce phénomène de grande pauvreté, alors que l'utilisation d'autres facteurs socio-économiques est essentielle.

En 1987, J Wresinski (conseil économique et social) définit **la précarité** comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » (8).

Il est fréquent de voir appréhender les situations de précarité à travers certaines catégories de populations censées y être plus que d'autres « exposées », les populations dites « à risque » ou les populations effectivement « prises en charge ».

Les populations « à risque » sont le plus souvent des catégories répertoriées dans une perspective de prévention, à partir de divers critères qui peuvent être relatifs à :

- un événement (naissance prématurée, séparation de couple...)

- un état de santé (handicap, éthyliisme...)

- des conditions de vie (habitat insalubre, chômage, indemnités)

- une appartenance ethnique (immigrés, gens du voyage)

Les populations « prises en charge » sont le plus souvent des catégories définies par le fait qu'elles font effectivement l'objet d'une assistance de la société sous des formes variées.

La précarité ne caractérise donc pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale.

Les personnes les plus touchées sont d'abord, comme nous l'avons vu précédemment, celles qui vivent dans des situations de grande vulnérabilité sociale, mais la précarité concerne également un nombre important de personnes menacées par l'évolution d'une société.

La France est l'une des nations les plus développées au monde (selon la banque mondiale, elle est aujourd'hui la quatrième puissance économique du monde) et tous les indicateurs macro économiques la placent dans le peloton de tête des nations riches et qui continuent à s'enrichir (1). Or, en ce début de 21^{ème} siècle, la France découvre que les formes les plus extrêmes de la pauvreté et de l'exclusion s'accroissent chaque jour, radio et télévision relatent des situations de détresse sociale que l'on croyait à jamais disparues dans un pays aussi développé et riche que la France. La mendicité a envahi les grandes villes, des milliers de gens dorment dans des abris de fortune ou se réfugient à la périphérie des villes avec leurs familles.

Plus qu'un problème de niveau de richesse, c'est d'un problème de répartition des richesses dont souffre notre société.

Ainsi, la montée progressive de la précarité dans les couches sociales de plus en plus larges se traduit par de nouvelles formes de vie et induit de nouveaux comportements qui risquent de représenter une menace sérieuse pour la santé.

3. PRECARITE ET SANTE

La santé a donné lieu depuis les temps les plus anciens à de nombreuses définitions.

L'OMS (1946) la définit comme « un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » (1).

Il se dégage de cette définition la notion fondamentale que l'absence de maladie somatique ou mentale ne garantit en aucune façon la bonne santé.

En 1986, lors de l'adoption de la charte d'Ottawa, cette définition de la santé est fortement modulée (1) : « 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. La santé est donc perçue comme ressource de la vie quotidienne, et non comme 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 charte poursuit en examinant les conditions indispensables à la santé : « 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 et à un traitement équitable »

Ce texte permet de pénétrer dans la problématique du rapport de la santé avec la pauvreté et la précarité.

On sait que la santé est le résultat d'un processus cumulatif qui débute dès la gestation et se construit progressivement au cours de l'enfance et de l'adolescence (1). Plus l'enfant bénéficie de conditions favorables à son développement meilleur sera son état de santé à l'âge adulte. A l'opposé, moins il est l'objet de soins attentifs de la part de ses parents et/ou des dispositifs sociaux prévus pour faciliter sa future intégration dans la société, plus il se trouve dans une situation de vulnérabilité et plus les chances de voir sa santé ultérieure menacée sont grandes. Tout se passe comme si l'individu disposait d'un capital santé mêlant le 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.

Du point de vue de la santé publique, on admet que la précarité représente une réelle menace pour la santé. On sait depuis le début des années 1970 que l'écart d'espérance de vie entre les manœuvres et les cadres supérieurs est très important (de 8 ans à l'âge de 35 ans et de 4.5 ans à l'âge de 60 ans) et qu'il ne régresse pas malgré l'amélioration globale de l'état de santé. De même, les taux de décès ont régressé plus rapidement ces 10 dernières années dans les couches sociales les plus aisées que chez les ouvriers, quelle que soit la pathologie en cause (1).

En effet, en agissant plus ou moins sur les conditions socio-économiques, l'environnement, le comportement, mais aussi sur l'accès à la protection sociale et aux soins, le processus de précarisation opère à de multiples niveaux sur l'état de santé. Il fragilise l'équilibre psychique en créant chez l'individu un sentiment d'insécurité qui va lui même conduire à un état d'anxiété plus ou moins marqué. Ensuite, il entraîne une dégradation de l'image de soi et un sentiment d'inutilité sociale, et donc une souffrance psychique. Or on sait que la souffrance psychique peut être associée au déclenchement de maladies graves. Dans les situation 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 à l'usage de drogues illicites (1).

La fragilité de l'état de santé peut à chaque instant être remis en cause si les conditions socio-économiques viennent à s'aggraver.

La crise économique conduit au développement ou à la réapparition de maladies infectieuses chez les personnes précarisées. Leurs difficultés d'accès aux soins allongent les délais entre les premiers symptômes et le diagnostic et entraînent des difficultés d'observance thérapeutique. Ces conditions favorisent la transmission d'agents infectieux qu'elle soit interhumaine directe, par voie sexuelle et sanguine, ou indirecte, par l'intermédiaire de vecteurs. Ainsi, on assiste dans ces populations à une résurgence de la tuberculose et d'affections bactériennes anciennes (rickettsioses, diphtérie), mais aussi à l'émergence de nouvelles maladies infectieuses, principalement virales (virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites B et C) (9). Le dépistage de ces pathologies infectieuses posant des problèmes de santé publique est une préoccupation importante à la consultation médico-sociale du CHU de Nantes. A titre d'exemple, une étude sur la tuberculose a été réalisée par le Dr B. Rouiller à la consultation Jean Guillon, et l'incidence annuelle de cette maladie au sein de la PASS a été évaluée à 59/100000 habitants, alors que le taux d'incidence en 1994 est de 16.6/10000 habitants en France (10).

Au total, la progression actuelle des processus de précarisation qui fragilise les couches sociales les plus vulnérables est susceptible à moyen terme de dégrader la santé de ces populations. Au delà, si la précarité s'aggrave, elle pourrait menacer l'état de santé de l'ensemble de la population française.

II- L'ACCES AUX SOINS

Il peut être défini comme « l'accessibilité géographique, culturelle et financière aux services de santé » (11).

1. HISTORIQUE (12)

L'histoire de l'humanité montre que dès les temps les plus anciens, la vie en société a poussé les hommes à pratiquer entre eux une certaine solidarité (à travers la répartition des aliments entre les chasseurs de la tribu et ceux qui, malades ou âgés, étaient dans l'impossibilité de chasser.)

Dans l'Antiquité, la notion d'assistance aux déshérités a perduré dans les grandes civilisations principalement sous la forme d'une assistance alimentaire aux personnes sans ressources (l'Égypte, la Grèce, Rome connaissaient déjà une « aide sociale » organisée par les pouvoirs publics), puis sous la forme de dons de vêtements et même d'argent, et enfin avec l'apparition des soins médicaux gratuits. Ainsi, les sociétés antiques avaient déjà l'accès aux soins pour leurs citoyens démunis.

Avec le christianisme, la charité exige que l'on porte assistance au pauvre, sublimé comme image du christ. Les hommes du moyen âge faisaient beaucoup de dons (bourgeois, nobles, communautés religieuses) qui servaient à financer la construction et l'entretien des maisons charitables pour les malades. De plus, la dîme était prélevée sur les revenus agricoles pour subvenir aux besoins du clergé et porter assistance aux pauvres.

Au VI^e siècle, les premiers hôpitaux se construisent en France. Ils ont à cette époque une triple mission : accueillir les handicapés, recueillir les pauvres et les vieillards et soigner les malades. En fait, la vocation de l'hôpital était surtout d'accueillir ceux qui « portaient l'enseigne de la pauvreté et de la misère. » D'ailleurs, hôpital vient du latin hospitalis donus : « maison où l'on reçoit des hôtes », d'où le nom « hôtel-Dieu » donné à beaucoup d'établissements. L'hôpital était donc pour les marginaux un lieu de réconfort avec une possibilité de réinsertion sociale mais aussi d'insertion dans une communauté spirituelle grâce au partage des devoirs religieux avec le personnel soignant. L'hôpital offrait à cette époque une hygiène douteuse et un confort relatif, et le service était assuré par un personnel exclusivement religieux.

C'est à partir du XIII^e siècle que la médicalisation de l'hôpital débute, avec l'installation de praticiens.

Au début du XVI^e siècle, la notion d'assistance devient, en plus d'un devoir moral, une nécessité sociale imposée par l'urgence qu'il y avait à soulager la grande misère du peuple.

En 1544, François I^{er} crée à Paris le grand bureau des pauvres, chargé de secourir les personnes à domicile.

En 1596, Henri III construit la maison de charité pour recueillir gentilshommes pauvres et soldats invalides.

En 1656, Louis XIV fonde l'Hôpital Général de Paris non médicalisé, lieu d'enfermement où les pauvres étaient recueillis sous surveillance. L'hôpital qui luttait depuis des siècles contre l'exclusion des pauvres créait lui-même des formes d'exclusion.

En 1793, les préoccupations sociales reprennent le dessus. Le préambule de la Constitution déclare que « la société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler. »

La Convention organise l'assistance à la famille, aux enfants et aux vieillards mais faute d'argent, laisse aux communes, hôpitaux et hospices le soin de s'occuper d'eux.

La Révolution rend l'assistance obligatoire, le Directoire la rend à nouveau facultative et c'est à la fin du XIX^e siècle qu'elle redevient obligatoire et prend le caractère moderne que nous lui connaissons.

A partir de là, la législation connaît un développement régulier :

- 1893 : création de l'assistance médicale gratuite (AMG) ;
- 1904 : loi d'assistance à l'enfance abandonnée ;
- 1905 : institution de l'aide aux vieillards, aux infirmes et aux handicapés ;
- 1913 : création de l'assistance aux familles nombreuses ;
- 1949 : dissociation de l'aide aux aveugles et grands infirmes de l'aide aux vieillards ;
- 1953 : le législateur décide de remplacer le terme « assistance » par l'expression « aide sociale » ;
- 1958 : la loi Debré d'intégration hospitalière impose à tous les médecins hospitalo-universitaires d'être à temps plein à l'hôpital au bénéfice de tous les malades, y compris les plus défavorisés ;
- 1970 : loi concernant la toxicomanie (libre accès aux soins pour les toxicomanes commençant une cure de désintoxication) ;
- 1988 : création du revenu minimum d'insertion (RMI).

Par circulaire du 17 septembre 1993, le ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville a demandé aux responsables d'établissements de prendre des dispositions permettant d'accueillir des personnes démunies (13). Dans cette perspective, un rapport a été remis au Directeur Général de l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) en 1993, qui propose la création de lieux d'accueil dans les hôpitaux, distincts des urgences, où des soins gratuits pourront être prodigués ainsi qu'un soutien social des consultants leur permettant de recouvrer leurs droits. Ces propositions se sont concrétisées par la création du premier centre d'accueil à l'AP-HP à l'hôpital Saint-Antoine, la Consultation Baudelaire. Au 30 octobre 1997, il existe en région parisienne 19 sites de prise en charge des patients ouverts dans le cadre de cet accès aux soins pour les personnes en situation de précarité.

Enfin, durant ces dernières années se sont multipliées les actions en vue de soutenir la grande misère : restaurants du cœur, SAMU social, Médecins du Monde, organisations caritatives.

2. ASPECT LEGISLATIF

Comme nous l'avons donc vu précédemment, l'accès aux soins des plus démunis a été de tous temps une préoccupation constante.

La loi du 29 juillet 1992 affirme le droit à la santé pour tous. Son application a donné à chaque intervenant (conseil général, Etat, hôpital, organismes de protection sociale) les moyens juridiques de mettre en œuvre ce droit (11). Malgré cela, un grand nombre de personnes en France ont des difficultés à accéder aux soins, pour des raisons diverses qui seront évoquées plus tard.

21. La circulaire du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des plus démunis (14)

Elle demande à l'Etat d'établir un plan départemental d'accès aux soins des plus démunis (PDAS). Celui-ci est prévu pour 3 ans, et doit permettre, après avoir fait le bilan de la situation, de proposer des axes de travail prioritaires afin d'améliorer l'accès aux soins et aux droits des plus démunis.

On retient deux grands axes :

- l'amélioration de la couverture sociale des personnes les plus démunies ;
- l'ouverture du système de santé aux plus démunis.

22. La loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (4)

Elle concerne l'accès aux soins des plus démunis.

221. Les orientations générales de cette loi

Celles-ci concernent :

« L'accès aux droits, l'amélioration des relations entre l'administration et le public, l'accès à la prévention et aux soins avec l'instauration d'une couverture maladie universelle et une protection complémentaire pour tous, la loi sur l'habitat. »

222. Le volet accès aux soins

L'accès aux soins est plus particulièrement évoqué dans les articles 67 à 77 du chapitre 3 de cette loi. Elle insiste sur le fait que « l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé », sur le rôle de la médecine scolaire, des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA), de la protection maternelle et infantile (PMI).

Cette loi porte sur la mise en place des PRAPS (programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins) dans chaque région et en Corse. Ils sont la continuité des PDAS mais diffèrent toutefois de ces dispositifs par le fait qu'ils ont un caractère obligatoire, un niveau d'organisation régional, et une action de prévention en plus de son action curative. Cependant, même si le programme doit être défini au plan régional, son élaboration et sa mise en œuvre interviennent en liaison étroite avec les échelons départementaux et doivent s'appuyer sur les compétences déjà acquises dans le cadre des PDAS.

La mise en vigueur de ces PRAPS a été précisée par le décret d'application du 30 décembre 1998. Le programme régional comporte « des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en œuvre chaque année dans chaque département pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur les situations locales particulières et les expériences existantes. Il précise les conditions dans lesquelles les services de l'Etat, en particulier scolaire et universitaire, les collectivités territoriales (PMI), les organismes de sécurité sociale, les agences régionales de l'hospitalisation, les associations, les professions de santé concourent à la mise en œuvre de ces actions. Il s'attache à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité et l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels. »

Cette loi insiste également sur la mise en place dans les établissements de soins participant au service public hospitalier et dans le cadre des PRAPS des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) « adaptées aux personnes en situation de précarité et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ». La mission du service public

hospitalier est donc élargie à la lutte contre l'exclusion, dans un système de réseau avec les autres professions et institutions extérieures à l'hôpital.

223. Les circulaires relatives à la mise en œuvre de cette loi

2231. La circulaire du 8 septembre 1998 « relative à la lutte contre les exclusions sur les exercices 1998 et 1999 : action sociale et santé publique. Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (15) »

Elle précise les différentes dotations budgétaires prévues suite à la parution de la loi de lutte contre les exclusions, avec un renforcement des moyens budgétaires consacrés à la santé des exclus et plus particulièrement à l'accès à la prévention et aux soins :

- renforcement des actions relatives à l'accès aux soins des publics en difficulté, avec comme préoccupation l'intégration de tous dans le système de droit commun ;
- réalisation d'un annuaire de l'ensemble des acteurs participant à la lutte contre les exclusions dans leur région afin de faciliter le travail en réseau ;
- création de points écoute spécialisés en toxicomanie ;
- création de lieux d'accueil pour les usagers de drogues très marginalisés dans les villes jugées prioritaires ;
- actions relatives à la souffrance psychique des jeunes en situation d'exclusion.

2232. La circulaire 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 (16) »

Elle comporte deux volets :

- une réforme de la protection sociale qui a donné naissance à la couverture maladie universelle (CMU) en janvier 2000 ;
- la prise en compte de la précarité par les systèmes de santé.

Elle insiste sur le rôle de l'hôpital dans la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseau, sur la mise en place des PASS, leur rôle et leurs localisations.

III. LA COUVERTURE SOCIALE

1. HISTORIQUE (17)

Vers la fin du XIX^e siècle, les pouvoirs publics et les interventions privées ont développé la prévoyance individuelle et c'est au début du XX^e siècle qu'a été conçue la législation sociale. Elle se composait d'une législation d'assistance de portée générale et des premiers régimes d'assurance obligatoire. La couverture de certains risques, pour certaines catégories sociales, se faisait de façon isolée. Il en était ainsi des accidents du travail, des

maladies professionnelles, du risque « famille » par les allocations familiales, du risque maladie et vieillesse par des caisses de solidarité ou des assurances sociales.

En 1883, Bismarck a instauré en Allemagne le premier système de sécurité sociale. L'expression « sécurité sociale » est apparue pour la première fois aux Etats-Unis lors du « New Deal » en 1935 et de l'adoption du « social security act ». Mais c'est surtout le rapport Beveridge en 1942 en Grande Bretagne qui a mené à la doctrine de la sécurité sociale.

Les ordonnances d'octobre 1945 ont initié en France la sécurité sociale. L'objectif, confirmé par la loi du 9 avril 1946, était d'instituer un régime général et unique couvrant les risques maladie, vieillesse, famille pour toute la population sociale, plus avantageuse que celle proposée. Mais les travailleurs non salariés se sont opposés, à cette époque, pour des raisons d'ordre social et économique, à l'extension du système à leur profit.

La généralisation a été réalisée en 1978 et aujourd'hui, seule 2% de la population n'est pas couverte par un régime de sécurité sociale.

2. DEFINITIONS, ROLES

La protection sociale a pour rôle l'aide aux ménages, face à deux types de situation :

- un accroissement des besoins financiers : maladies nécessitant un recours aux soins, naissance ;
- une diminution des ressources financières : perte d'emploi, décès du conjoint, arrêt du travail pour maladie, maternité.

Les prestations sociales assurent la couverture de quatre grands risques.

Trois d'entre eux le sont par la sécurité sociale :

- la maladie (d'où le terme d'assurance maladie);
- la protection de la famille (les prestations familiales dont font partie les allocations familiales) ;
- la vieillesse (les retraites et les pensions).

Le quatrième risque, l'emploi, est aussi couvert par des prestations sociales, mais pas par la sécurité sociale. Il est couvert par le système des ASSÉDIC.

Il faut savoir que l'assurance maladie finance aussi les accidents du travail, les maladies professionnelles, la maternité, l'invalidité et le décès.

La sécurité sociale « garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain » (18).

Différents régimes coexistent :

- le régime général est le plus important des régimes (48 millions de personnes, soit 2/3 de la population). Il couvre pour l'ensemble des risques les salariés de l'industrie, du commerce et des services ; pour les charges de famille, l'ensemble de la population résidente. Le régime général couvre ainsi les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès, veuvage, accidents de travail et de trajet, maladies professionnelles. Son administration est assurée à 3 niveaux : national, régional et local.
- les régimes particuliers dépendent du régime général pour un ou plusieurs risques mais ont leur propre régime pour les autres risques. Les régimes particuliers des salariés concernent par exemple les salariés de l'EDF, le personnel de la préfecture de police de Paris, qui ont des

avantages par rapport aux prestations offertes par le régime général. Les régimes particuliers des non-salariés protègent par exemple les médecins et auxiliaires médicaux conventionnés en secteur 1, les étudiants, les artistes peintre et sculpteurs...

-les régimes spéciaux disposent d'une gestion totalement autonome. Les 2 régimes spéciaux les plus importants sont le régime des exploitants agricoles (MSA) et le régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Les autres régimes spéciaux sont des systèmes de protection sociale nés avant la sécurité sociale : régime des mineurs, SNCF, RATP... Il en existe 167. De manière générale, leurs prestations sont supérieures à celles du régime général.

Ils assurent le versement de :

-prestations dites « en nature » qui couvrent les frais médicaux, chirurgicaux, paramédicaux effectués en ville (secteur libéral) ainsi que les frais de pharmacie, d'appareillages et d'hospitalisation publique ou privée. Le remboursement de ces frais n'est pas intégral. La participation de l'assuré varie de 0 à 100% selon les cas. Cette partie des frais laissée à la charge de l'assuré est appelée le ticket modérateur, censé modérer la consommation des soins en sensibilisant les malades au coût de la santé. Toutefois, ce ticket modérateur est souvent remboursé par une mutuelle. Sous certaines conditions, les assurés sociaux ou leurs ayants droit peuvent être exonérés du ticket modérateur, et leurs frais de soins sont alors totalement pris en charge par l'assurance-maladie.

-prestations « en espèce » qui sont par exemple les allocations familiales, les indemnités journalières, les retraites, les rentes d'invalidité, d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

Les personnes protégées sont les assurés sociaux et leurs ayants droit.

3. LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU)

Le 1^{er} janvier 2000 entre en vigueur la loi 99-641 du 27 janvier 1999 sur la création d'une couverture maladie universelle (CMU), qui vient compléter les dispositions déjà adaptées par la loi du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions. Alors que le droit à la santé fait partie des droits fondamentaux consacrés par la constitution de 1946, « en 1998, un français sur sept déclarait avoir renoncé à se soigner, faute de moyens financiers » (2). L'instauration d'une CMU a pour objectif de garantir l'accès aux droits existants, et non d'en instituer de nouveaux.

La CMU comporte deux volets : la couverture de base et la couverture complémentaire.

31. La couverture de base

311. Les conditions d'affiliation au régime général sur critère de résidence

Pour être affilié au régime général sur critère de résidence, une personne ne doit pas avoir droit à un autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité.

Il s'agit d'une affiliation à titre subsidiaire. Il convient, pour pouvoir faire jouer ce critère, que tous les autres modes de rattachement (assuré social, ayant droit, cadre du maintien des droits) soient inopérants. Donc seront exclues de la CMU les personnes dépendantes d'un régime

spécifique (élèves et étudiants, ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses, détenus, élus locaux, artistes auteurs).

L'assuré ne doit plus bénéficier de dispositions de maintien de droits. En effet, la durée de maintien du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité est fixée à 4 ans dans le dernier régime dont relevait le titulaire du maintien de droits (article R 161-3 du code de la Sécurité Sociale) contre 1 an auparavant, et celle des prestations en espèces reste fixée à 1 an.

Dès que ces caractères sont remplis, l'affiliation revêt un caractère obligatoire.

Le critère de résidence correspond à la fois à un caractère de stabilité (article R-380-1 du code de la Sécurité Sociale : le fait de résider en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois) et de régularité (article R 380-1 II du code de la Sécurité Sociale : les personnes de nationalité étrangère doivent justifier de leur situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France à la date de leur affiliation). Cette condition n'est pas opposable aux ressortissants de l'union européenne.

L'article 6 de la loi du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile stipule que « tout étranger doit, s'il séjourne en France et après l'expiration d'un délai de 3 mois depuis son entrée sur le territoire français, être muni d'une carte de séjour délivrée dans les conditions prévues à la présente ordonnance. La carte de séjour peut-être remplacée par le récépissé de la demande de délivrance ou de renouvellement de ladite carte ».

312. Notion d'ayant droit autonome (article 7 de la loi du 27 juillet 1999)

La CMU étend la qualité d'ayant droit majeur autonome aux mineurs de plus de 16 ans sur leur demande.

313. Modalités d'affiliation (article 4 de la loi du 27 juillet 1999)

La personne demandant l'affiliation doit déclarer ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

La demande d'affiliation peut être faite à la CPAM de résidence de l'intéressé ou pour les personnes sans domicile fixe, à la caisse primaire d'élection de domicile. En effet, les personnes qui au moment de la demande sont sans domicile fixe doivent élire domicile soit auprès d'un organisme agréé par décision de l'autorité administrative (par exemple les centres d'hébergement et de réinsertion sociale), soit auprès d'un CCAS. Ceci leur permet d'avoir une adresse administrative pour faire valoir leurs droits sociaux et remplir leurs obligations.

Pour déposer sa demande d'affiliation et bénéficier de l'ouverture immédiate des droits, l'intéressé doit fournir un justificatif de résidence stable et régulier, et l'imprimé « demande d'affiliation au régime général sur critère de résidence » dûment rempli qui se compose de 2 parties, la demande de prise en charge et la déclaration de ressources annuelle.

La déclaration de ressources est à remplir uniquement en cas de demande de la CMU complémentaire. Pour la CMU de base, il suffit de remplir la demande de prise en charge et de signer la déclaration sur l'honneur.

Les services sociaux ou les associations et organismes à but non lucratif agréés par le préfet, ainsi que les établissements de santé, apportent leur concours aux personnes demandant l'affiliation.

314. L'assujettissement à la contribution (articles 9 à 14 de la loi du 27 juillet 1999)

L'affiliation au régime général de la Sécurité Sociale est subordonnée au principe de la contributivité.

Le versement des prestations en nature est donc la contrepartie de l'acquittement de cotisations. Ce principe demeure pour l'affiliation au régime générale sur critère de résidence : « les personnes affiliées au régime général sur critère de résidence sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond fixé par décret » (article L 380-2 du code de la Sécurité Sociale.)

Il existe cependant 2 exceptions : la déconnexion du service des prestations et du versement préalable de la cotisation, et l'exonération des cotisations au-dessous d'un certain seuil de ressources (bénéficiaires de la CMU complémentaire et allocataires du RMI).

La cotisation est définie à partir du revenu fiscal de référence figurant sur l'avis d'imposition auquel est appliqué un abattement forfaitaire de 6403 Euros. Le taux de cotisation est fixé à 8 %.

315. Admission à la couverture de base (articles 4 et 5 de la loi du 27 juillet 1999)

L'une des conséquences majeures du caractère obligatoire de la CMU de base est l'admission immédiate au régime général sur critère de résidence : article L 161-2-1 code de la Sécurité Sociale : « toute personne qui déclare auprès d'une CPAM ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affilié sans délai au régime général sur critère de résidence ».

32. La couverture complémentaire

En France, l'assurance du risque maladie est caractérisée par l'existence en plus de la couverture de base servie par les régimes obligatoires d'assurance-maladie, d'une couverture complémentaire facultative assurée par des organismes privés, et ayant pour objet de prendre en charge les dépenses non couvertes par les régimes obligatoires. Mais pour les personnes ne pouvant, pour des raisons financières, accéder à ce type de couverture, une CMU complémentaire a été instaurée.

321. Conditions d'ouverture du droit (article 20 de la loi du 27 juillet 1999)

Les conditions d'obtention de la CMU complémentaire sont sensiblement identiques que pour l'obtention de la CMU de base :

- la condition de stabilité (le demandeur doit prouver sa résidence en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois) ;
- la condition de régularité (cette condition s'apprécie par la production d'un titre ou de tout document attestant de cette situation), qui n'est pas opposable aux ressortissants de l'union européenne et de l'espace économique européen et à leurs ayants droit ;
- les conditions de ressources : à l'exception des titulaires du RMI et des membres de leur foyer qui ont accès de plein droit à la CMU complémentaire, l'ouverture du droit nécessite d'avoir des ressources inférieures à un certain seuil, lequel est fixé en fonction de la composition du foyer économique du demandeur et varie selon le nombre de personnes à charge.

322. Modalités d'ouverture du droit à la protection complémentaire

La demande est en principe effectuée par un demandeur pour l'ensemble de son foyer, auprès de la CPAM. Dans certains cas particuliers, la demande peut être effectuée à titre personnel (mineurs de plus de 16 ans dont les liens familiaux sont rompus, majeurs de 18 à 25 ans ayant des enfants...)

Le demandeur adresse à la CPAM de son régime d'affiliation un dossier comprenant un formulaire de demande (constitué d'une déclaration de ressources, de pièces justificatives relatives à la condition de résidence et à la composition et aux revenus de son foyer). Il doit également indiquer l'organisme choisi pour assurer la protection complémentaire (CPAM, mutuelle, société d'assurances, institution de prévoyance).

La décision d'attribution est prise par le préfet pour une période de un an renouvelable à compter de la date de décision. Elle peut être dans certains cas attribuée dès le dépôt de la demande : « la précarité à laquelle est confrontée une part importante de la population destinataire de la protection complémentaire en matière de santé doit conduire les caisses à recourir dans toute la mesure du possible à la procédure d'admission dès le dépôt de la demande. » (article L 861-5 du code de la Sécurité Sociale.) « non seulement quand des soins immédiats ou programmés sont nécessaires mais aussi lorsqu'il apparaît indispensable, compte tenu de leur situation sociale, que les personnes bénéficient sans délai de la possibilité de recourir au système de santé. Il est essentiel que l'admission immédiate à la protection complémentaire en matière de santé soit prononcée lorsque sa nécessité est signalée par les services sociaux, associations ou organismes agréés et établissements de santé (...) qui ont transmis la demande. Les caisses doivent alors prendre toutes dispositions pour que cette notification de droit à la protection complémentaire en matière de santé soit délivrée dans la journée à l'intéressé et, le cas échéant, parvienne par tout moyen à l'organisme auprès duquel l'intéressé a présenté sa demande » (2).

323. Le service de la prestation complémentaire (articles 20 et 23)

Le bénéficiaire a le choix de l'organisme pour la prestation de couverture complémentaire, CPAM ou organisme complémentaire. Les préfets de régions, afin de permettre ce choix, diffusent la liste des organismes complémentaires participant au dispositif.

324. Le contenu de la prestation

Les personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire bénéficient pour un an renouvelable sans avance des frais de la prise en charge :

- du ticket modérateur ;
- du forfait journalier ;
- des dépassements des tarifs pratiqués pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale ainsi que sur l'optique, les audioprothèses et certains autres produits médicaux dans les limites proposées par les arrêtés.

4. L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT (AME)

C'est la plus ancienne des prestations d'aide sociale (2). La loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite a été la première grande loi d'assistance, posant le principe selon lequel tout français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat une assistance médicale.

En 1935 et 1954, cette loi a été adaptée dans le sens d'une simplification des droits d'accès. En 1983, c'est le département qui obtient la gestion de l'aide médicale (élément de l'aide sociale). La loi du 29 juillet 1992 (et le décret du 26 mars 1993) ont réformé l'aide médicale en rendant « obligatoire l'affiliation à l'assurance personnelle des non assurés sociaux bénéficiaires de l'aide médicale ».

La loi du 27 juillet 1999 supprime l'aide médicale départementale et crée à partir du 1^{er} janvier 2000 une couverture complémentaire de santé gratuite attribuée sous condition de ressources.

Il demeure donc seulement une aide médicale à la charge de l'Etat, attribuée sous condition de ressources, prenant en charge les étrangers en situation irrégulière ou ne résidant pas habituellement en France qui de ce fait ne peuvent accéder à la CMU.

41. La prestation d'aide médicale

411. Les personnes couvertes

L'aide médicale de l'Etat peut être attribuée à plusieurs catégories de personnes :

- les étrangers résidant en France de façon habituelle mais « qui ne remplissent pas la condition de régularité de séjour prévue par la loi » (article L 380-1 du code de la Sécurité Sociale). La résidence habituelle en France se prouve par tout moyen et à défaut par une déclaration sur l'honneur ;
- les étrangers résidant en France en situation régulière, mais ne remplissant pas encore la condition de stabilité de résidence de 3 mois fixée par le décret du 1^{er} décembre 1999 (article

R 380-1 du code de la Sécurité Sociale). Ce délai de 3 mois n'est pas opposable aux demandeurs d'asile ;

- les personnes qui ne résident pas habituellement en France et sont admises à titre humanitaire par décision ministérielle ;

- les personnes à charge du bénéficiaire : conjoint, concubin ou partenaire ayant conclu avec le demandeur un PACS, enfant(s) à charge sans activité, ascendant, descendant, oncle, tante, cousin... à condition que cette personne vive sous son toit et soit totalement à sa charge.

Ceux-ci doivent remplir la condition de résidence en France.

412. Le contenu de la prestation

L'article 186-3 du code de la famille et de l'aide sociale prévoit un double palier d'accès aux prestations. La prise en charge des dépenses de soins dispensées par un établissement de santé ou les prescriptions ordonnées par un médecin hospitalier est acquise sans que l'étranger ait à justifier d'une durée de résidence en France. Par contre, l'accès à la prise en charge des dépenses de soins de ville est subordonné à une durée de résidence ininterrompue de 3 ans en France.

L'AME donne accès aux prestations suivantes :

- les frais de médecine générale et spéciale ;

- les frais de soins et de prothèses dentaires ;

- les frais pharmaceutiques et d'appareils ;

- les frais d'analyses et d'examens de laboratoire, y compris les frais relatifs aux actes d'investigation individuels ;

- les frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle ;

- les frais d'interventions chirurgicales nécessaires, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

- les frais de transport ;

- les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;

- les frais d'examens prénuptiaux ;

- les frais de vaccinations obligatoires ;

- les frais relatifs aux examens de dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables ;

- les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ainsi que les frais d'examens prénataux et postnataux obligatoires, les frais liés à l'examen médical du père et aux examens obligatoires des enfants de moins de 6 ans ;

- le forfait journalier hospitalier.

42. Les conditions d'accès à l'AME

Pour bénéficier de l'AME, l'étranger doit résider en France et disposer de ressources inférieures à un certain plafond.

421. La condition de résidence

Pour déterminer si l'intéressé remplit la condition de résidence en France ouvrant droit à l'AME, l'administration se réfère aux critères dégagés par le conseil d'Etat dans un avis du 8 janvier 1981 : « la condition de résidence doit être regardée comme satisfaite, en règle générale, dès lors que l'étranger se trouve en France et y demeure dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité. Cette situation doit être appréciée, dans chaque cas, en fonction de critères de fait et, notamment, des motifs pour lesquels l'intéressé est venu en France, des conditions de son installation, des liens d'ordre personnel ou professionnel qu'il peut avoir dans notre pays, des intentions qu'il manifeste quant à la durée de son séjour (...) Si l'article 186 du même code (code de la famille et de l'aide sociale) réserve le bénéfice de certaines formes d'aide sociale, parmi lesquelles l'aide médicale à domicile, aux étrangers justifiant une certaine durée de résidence ininterrompue en France, aucune règle de durée particulière de résidence ne peut être imposée aux étrangers pour la prise en charge des frais de séjour dans les établissements hospitaliers. »

La circulaire du 10 janvier 2000 rappelle que l'appréciation du critère de résidence doit se faire « au cas par cas » lors de l'instruction du dossier. « L'objectif sanitaire et social est de ne pas freiner l'accès aux soins de personnes particulièrement précaires, tout en évitant la prise en charge des personnes de passage. »

Les personnes SDF devront élire domicile auprès d'un CCAS ou d'un organisme agréé à cet effet par le préfet pour pouvoir bénéficier de l'AME.

422. La condition de ressources (article 187-1 du code de la famille et de l'aide sociale)

Le plafond des ressources applicable pour l'octroi de l'aide médicale de l'Etat est identique à celui fixé pour l'attribution de la CMU complémentaire par le décret du 1^{er} décembre 1999. Il s'établit donc depuis le 1^{er} janvier 2 000 à 42 000 F (6403 Euros) par an pour une personne seule soit 3 500 F (533 Euros) par mois majorés de :

- 50 % au titre de la deuxième personne membre du foyer (soit un total de 800 Euros par mois) ;
- 30 % au titre de la troisième et quatrième personne (soit un total de 960 et de 1120 Euros par mois) ;
- 40 % par personne supplémentaire à partir de la cinquième.

Cependant, les étrangers ont souvent des ressources qui « présentent un caractère d'instabilité et de précarité qui rend leur justification malaisée par les intéressés ». C'est pourquoi ils doivent justifier de leurs ressources par tout moyen, au besoin ils feront une déclaration sur l'honneur précisant le montant de leurs revenus.

43. La procédure d'attribution de l'aide médicale

La demande peut-être déposée auprès d'un organisme d'assurance maladie, d'un CCAS ou CIAS , d'un service sanitaire et social du département, ou d'associations ou organismes à but non lucratif agréés par le préfet du département.

Mais elle peut-être aussi effectuée par les établissements de santé. En effet, on peut supposer que les étrangers en situation irrégulière ont souvent une appréhension à se rendre auprès de

ces organismes et qu'ils s'adressent directement à l'établissement hospitalier si des soins leurs sont nécessaires. Les établissements de santé se doivent donc de « favoriser autant que possible la constitution du dossier de demande d'aide médicale de l'Etat dans leurs propres services administratifs ou d'accueil, le jour même ou l'intéressé demande à consulter un praticien hospitalier ou s'il est hospitalisé ». Les PASS sont donc habilitées à instruire les demandes d'aide médicale.

L'organisme doit établir un dossier et le transmettre à la CPAM dans les meilleurs délais. La circulaire du 10 janvier 2000 recommande aux organismes de transmettre « sans délai » les dossiers « notamment pour les personnes dont la situation exige une admission immédiate ».

La décision d'attribution de l'AME relève du préfet, qui peut déléguer son pouvoir au directeur de la CPAM.

En cas d'acceptation, le demandeur reçoit un titre d'admission lui permettant d'obtenir la dispense d'avance des frais pour les soins couverts par la prise en charge. Ce titre précise la date d'effet de la prise en charge (en général la date de dépôt de la demande), l'étendue de la prise en charge, et la durée (un an).

En cas de rejet, le directeur de la CPAM mentionne ses motivations quant au refus. Le demandeur a un délai de 2 mois pour faire appel auprès de la commission départementale d'aide sociale.

44. Réforme de l'AME (19)

Il existe depuis le premier janvier 2004 un nouveau délai minimum de 3 mois de résidence ininterrompue en France pour pouvoir obtenir l'aide médicale de l'Etat. Par ailleurs, cette condition de résidence doit être prouvée par tout moyen probant, une simple déclaration sur l'honneur n'étant pas recevable.

L'AME n'est plus accordée à titre transitoire aux ressortissants étrangers en situation régulière mais ne remplissant pas la condition d'une résidence supérieure à 3 mois requise pour la CMU de base.

Les dispositions relatives à l'AME à titre humanitaire ne sont pas remises en cause.

De plus, les patients bénéficiant de ce type de protection sociale peuvent avoir accès aux soins de ville (le délai de résidence ininterrompue de 3 ans en France pour l'accès aux soins de ville n'est plus d'actualité).

Nous ne tiendrons pas compte de cette réforme lors de notre discussion, étant donné qu'elle n'était pas encore en place à la période où nous avons réalisé notre étude.

5. CAS PARTICULIER DE LA PROTECTION SOCIALE DES ETRANGERS IMMIGRES (20)

L'accès aux soins, à la protection sociale et l'avenir des étrangers immigrés en France sont inégaux et dépendent de leur statut administratif, qui peut évoluer avec le temps. Ceci aboutit au clivage de cette population étrangère entre d'une part les groupes pour lesquels l'installation dans la sécurité est favorisée par le libre accès au travail et l'assurance d'une protection sociale, et d'autre part les groupes pour lesquels la situation d'illégalité définitive

et de précarité économique et sociale absolue sont une incitation à retourner dans leur pays d'origine.

A chaque type de situation va donc correspondre un type de couverture sociale.

51. Les étrangers qui sollicitent l'entrée « au motif politique »

Ce sont des personnes qui invoquent une menace pour leur vie ou une atteinte aux libertés élémentaires dans leur pays d'origine en raison de leur appartenance à un groupe religieux ou politique.

Parmi elles, on distingue trois groupes de personnes : les demandeurs d'asile, les réfugiés et les déboutés dans leur demande d'asile.

511. Les demandeurs d'asile

Ils doivent à leur arrivée en France demander à la préfecture du département ou ils résident un imprimé de demande d'enregistrement à l'office français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA) ainsi qu'une autorisation provisoire de séjour. Celle-ci est valable un mois renouvelable (le temps de préparation du dossier de demande de statut de réfugié) et n'ouvre droit à aucune protection sociale. La seule protection sociale qu'ils peuvent alors obtenir est l'aide médicale de l'Etat.

A réception du certificat de dépôt de dossier, la préfecture établit un titre de séjour temporaire sous la forme d'un récépissé portant la mention « a sollicité l'asile » valable 3 mois renouvelable (le plus souvent 6 mois, temps d'instruction du dossier recours compris). Ce titre n'ouvre pas le droit au travail mais à une protection sociale qui est soit l'aide médicale de l'Etat (si l'étranger est en France depuis moins de 3 mois) soit la couverture maladie universelle (si l'étranger est en France depuis plus de 3 mois).

512. Les réfugiés

Pour la plupart anciens solliciteurs d'asile, ils reçoivent un récépissé portant la mention « reconnu réfugié » qui vaut autorisation de séjour et de travail dans l'attente d'une carte de résident valable 10 ans et renouvelable de droit. Ils reçoivent également un titre de circulation valable pour tous les pays (sauf pour leur pays d'origine) et l'OFPRA leur établit une carte de réfugié.

Dans ce cas, ils peuvent bénéficier des droits reconnus à tous les travailleurs et avoir par là-même accès au régime général de la sécurité sociale. Si pour un motif quelconque ils ne peuvent pas travailler, ils ont droit à la CMU pour leur accès aux soins.

513. Les déboutés dans leur demande d'asile

Ils peuvent faire appel à la commission de recours des réfugiés mais peu de recours aboutissent (5% en 1992).

Le solliciteur d'asile débouté reçoit une notification de la décision de rejet puis une invitation à quitter la France (IQF) dans un délai d'un mois. Il lui est également proposé un programme d'aide au retour.

La préfecture lui retire son titre de séjour temporaire et lui remet une convocation à quinzaine qui vaut autorisation de séjour prorogeable 15, voire 30 jours. A réception de l'IQF, l'étranger perd les droits sociaux rattachés à son statut de demandeur d'asile.

A l'expiration du dernier délai, l'ancien solliciteur d'asile rejoint les rangs des clandestins s'il n'a pas quitté la France. La seule protection sociale à laquelle il aura droit est l'aide médicale de l'Etat, qui n'est pas soumise à condition de régularité.

52. Les étrangers qui sollicitent l'entrée « au motif social »

Ils le font au titre du droit au regroupement familial (rattachement à un membre de famille dont le séjour en France a une existence légale).

Ils perçoivent de plein droit un titre de séjour de même nature que celui détenu par le représentant légal qu'ils ont rejoint, bénéficient de la même stabilité de séjour et accèdent à la même protection sanitaire et sociale. Ils peuvent donc être affiliés au régime général de la sécurité sociale.

53. Les étrangers qui sollicitent l'entrée au « motif économique »

Ce sont les étrangers qui séjournent en France au titre de travailleurs salariés et d'actifs non salariés.

Seul l'étranger titulaire d'une carte de résident ou d'un titre de séjour temporaire (renouvelable chaque année pendant 3 ans) portant la mention « salarié » qui valent pour le séjour et le travail peut exercer une activité salariée, et donc bénéficier du régime général de la sécurité sociale.

54. Les étrangers qui sollicitent l'entrée pour un séjour temporaire

541. Les touristes

Ils ne bénéficient d'aucune protection sanitaire.

542. Les visiteurs

Ils séjournent plus de 3 mois en France. Ils bénéficient d'un titre de séjour temporaire renouvelable valable 1 an sous réserve de justifier de moyens d'existence suffisants (ils ne sont pas autorisés à travailler) et d'une couverture sanitaire personnelle.

543. Les étudiants

Ils bénéficient d'un titre de séjour temporaire portant la mention « étudiant » valable un an renouvelable. L'obtention de ce titre se fait sous réserve que l'étudiant puisse faire la preuve d'une entrée régulière, justifier d'un domicile fixe, de ses études, et de ressources suffisantes. Il doit également justifier d'une couverture sociale : avant 27 ans, il peut s'agir du régime général des étudiants, mais après, il devra cotiser à une assurance maladie personnelle souvent coûteuse.

Les étudiants bénéficient de l'autorisation provisoire de travail qui ouvre droit à un travail à mi-temps pendant l'année scolaire et à temps plein pendant les vacances. Ceci leur permet d'accéder aux droits à la protection sociale des travailleurs, dès lors que les durées minimales de cotisation sont atteintes.

A la fin de ses études, l'étudiant a la vocation de retourner dans son pays d'origine, le titre de séjour au titre du travail est rarement accordé.

544. Les mineurs isolés

Il existe deux possibilités. Le juge des tutelles peut leur désigner un tuteur et par la suite, leur statut dépendra de celui de leur représentant légal : si celui-ci est en situation régulière, l'enfant sera son ayant droit et bénéficiera des prestations de l'assurance maladie ; si celui-ci est en situation irrégulière, l'enfant bénéficiera des prestations de l'aide médicale de l'Etat et pourra être soigné en ville quelle que soit la durée écoulée depuis son arrivée en France. Sinon, le juge des tutelles peut prononcer une tutelle d'Etat ; dans ce cas, l'enfant est confié aux services de l'aide sociale à l'enfance ou à la protection judiciaire de la jeunesse, et il sera affilié de plein droit au régime général sur critère de résidence.

545. Les clandestins

Ils représentent tous les étrangers dépourvus de titre de séjour en cours de validité. Les « sans papiers » vivent dans l'illégalité à l'égard des règles de séjour. Ils n'ont pas le droit au travail et ne sont pourvus d'aucune protection sociale.

55. Réforme du droit d'asile

Le triplement des demandes d'asile depuis 1999, les délais d'examen des demandes, la chute du taux de reconnaissance de l'asile, telles sont les principales causes qui ont amené les parlementaires à adopter définitivement, le 18 novembre 2003, le projet de réforme du droit d'asile présenté par le ministre des affaires étrangères, Dominique de Villepin.

Cette réforme est entrée en vigueur le premier janvier 2004. L'OFPRA est désormais le guichet unique vers lequel toutes les demandes d'asile devront se faire. Après une instruction unique, il lui reviendra d'apprécier si l'intéressé répond aux critères nécessaires pour obtenir une protection et, le cas échéant, d'accorder, selon la nature des menaces auxquelles la personne est exposée, la reconnaissance de la qualité de réfugié ou la protection subsidiaire. La qualité de réfugié peut être reconnue pour les personnes qui répondent aux définitions de l'article premier de la Convention de Genève, à savoir les personnes persécutées pour l'un des 5 motifs suivants : la race, la religion, la nationalité, l'appartenance à un certain groupe politique, les opinions.

L'asile territorial disparaît et est remplacé par la protection subsidiaire, qui est accordée aux personnes qui ne remplissent pas les conditions d'octroi du statut de réfugié prévues par la Convention de Genève. Les menaces justifiant le bénéfice de la protection subsidiaire font l'objet d'un énoncé limitatif et précis : la peine de mort, la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants, une menace grave, directe et individuelle contre sa vie et sa personne en raison d'une violence généralisée résultant d'une situation de conflit armé interne ou international. Par ailleurs, la menace à laquelle est exposée le demandeur doit présenter un caractère de gravité.

IV- QUELLES OFFRES DE SOINS, QUELLES STRUCTURES A NANTES POUR LES PERSONNES PRECARISEES ?

1. POUR SE SOIGNER

11. Les praticiens libéraux : médecins généralistes ou spécialistes, infirmières, kinésithérapeutes, chirurgiens dentistes, réseau SOS médecins, pharmaciens.

12. L'hôpital

121. La permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

- *Mission et localisation*

Dans le cadre de leur mission, les établissements de santé participant au service public hospitalier devront installer des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Ce sont des cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Elles ont aussi pour fonction de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits (couverture sociale).

Elles doivent aussi répondre à toutes les demandes de dépistage ou de prévention.

Elles doivent enfin en cas de nécessité délivrer gratuitement médicaments ou examens.

Elles peuvent être situées à proximité ou dans les services d'urgence, ou bien dans des locaux indépendants.

Il ne s'agit pas de créer dans l'hôpital des filières spécifiques pour les plus démunis, mais ceux-ci doivent pouvoir avoir accès aux soins dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population. Pour cela, les établissements de santé mettent en place des dispositifs permettant à ces malades une circulation facile au sein de l'hôpital entre les différents lieux de consultation, d'examens et de soins depuis leur accueil.

- *La PASS de Nantes (21, 22)*

Le projet de PASS présenté par le CHU de Nantes intègre dans ses propositions la mise en place d'une consultation médico-sociale à visée généraliste qui serait le pivot de ce dispositif. La mise en œuvre de ce projet a été assurée par un groupe de travail pluridisciplinaire (médecins, personnels paramédicaux, sociaux et administratifs).

Ce projet comporte 6 objectifs principaux :

- permettre une meilleure identification des situations de précarité ;
- favoriser l'accès aux droits ;
- faciliter l'accès aux médicaments des personnes en situation de précarité ;

- mettre en place une consultation médico-sociale à visée généraliste ;
- participer à la construction et au développement du réseau entre professionnels de santé et du social ;
- contribuer à informer et former les personnels aux problèmes de précarité.

Une consultation médico-sociale à visée généraliste ouvre ses portes le 15 novembre 1999 : la consultation JEAN GUILLON.

Elle est située au sein du CHU de Nantes, à l'hôtel-Dieu (établissement du CHU situé en centre ville), dans des locaux indépendants situés au 1^{er} étage, aile ouest.

Elle est rattachée au pôle médecine, et plus précisément à la médecine interne B, sous la responsabilité médicale du Pr BARRIER et du Dr AGARD. En ce qui concerne les missions sociales, la responsabilité incombe à Mme PASQUIER, cadre socio-éducatif.

Les locaux comprennent un secrétariat, une salle de soins infirmiers, deux bureaux de consultation médicale, deux bureaux d'assistantes sociales, un espace douche et un couloir d'attente.

L'équipe qui travaille au sein de la consultation Jean Guillon est pluridisciplinaire et est composée de personnels permanents vacataires.

Les postes permanents sont répartis ainsi :

- 1 praticien hospitalier (1 poste à temps plein) ;
- 1 interne de médecine générale (1 poste à temps plein) ;
- 2 infirmières (1 temps plein et 1 mi temps) ;
- 2 assistantes sociales (2 postes à temps plein) ;
- 1 secrétaire (1 temps plein).

Les postes vacataires sont occupés par des médecins généralistes qui se répartissent les vacations selon leurs disponibilités. Il existe actuellement toutes les semaines 5 vacations de 4 heures (chaque après-midi).

La consultation a pour but de faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Elle est ouverte à tous, répond aux premières demandes de soins en dehors de l'urgence, et les patients s'y présentent volontairement.

La consultation est ouverte sur rendez-vous le matin et sans rendez-vous l'après-midi.

Les consultations du matin (de 9h00 à 12h00) sont réservées aux patients déjà connus et permettent par là-même d'effectuer un suivi, médical (par le résident) ou social (par l'assistante sociale).

Les consultations de l'après-midi sont libres. Les primo-consultants sont accueillis par la secrétaire, en vue de la constitution d'un dossier, avant d'être reçus par le médecin généraliste et l'assistante sociale.

La consultation médicale est assurée par un médecin généraliste vacataire, accompagné du résident (quelquefois, devant le nombre important de consultants, le résident est amené à consulter seul dans la salle de soins des infirmières ou le second bureau médical).

Après la consultation, le patient peut avoir accès au plateau technique et aux consultations spécialisées du CHU, si nécessaire. Concernant la délivrance des médicaments, elle peut se faire gratuitement sous certaines conditions.

La consultation sociale a pour but le rétablissement des droits sociaux. Elle se fixe comme objectif de s'assurer au mieux des conditions de vie du patient et de veiller à faciliter la continuité des soins par une orientation adaptée.

L'infirmière participe également à l'accueil du patient et permet l'accès aux premiers soins.

A l'issue de cette première évaluation est élaborée une réponse médico-sociale : orientation vers un médecin généraliste et lieux de soins habituels du patient ou proposition de prise en charge dans le cadre de la consultation pour une durée qui tiendra compte de la pathologie et du contexte social du patient.

Le but de cette prise en charge pluridisciplinaire est d'orienter le patient vers le système de droit commun.

La PASS fonctionne dans une dynamique de réseaux, afin d'assurer aux patients une prise en charge optimale :

- les réseaux internes se sont créés entre la PASS et les différents services hospitaliers (hospitalisation, labo, radio, administration).
- des réseaux externes se sont constitués au fil des jours avec les professionnels de santé externes à l'hôpital et les associations intervenant dans le domaine de la lutte contre la précarité.

En ce qui concerne l'activité de la PASS de Nantes durant l'année 2002, il y a eu 5807 accueils, 2712 consultations médicales, 2075 entretiens sociaux et 802 primo-consultants. Parmi ces nouveaux consultants (qui représentent 30% des consultants de la PASS), il y a 56% d'hommes et 44% de femmes. Il s'agit d'une population jeune (la tranche d'âge majoritaire est celle des 18 à 30 ans), composée de 70% d'étrangers (sans ressources dans 80% des cas), et ne bénéficiant d'aucune couverture sociale dans 40% des cas (23).

122. Les urgences

La circulaire du 17 décembre 1998 du ministère de l'emploi et de la solidarité note que « la montée de la pauvreté et de la précarité se traduit par l'arrivée, aux portes des hôpitaux - en général des urgences- d'un nombre croissant de malades qui parfois connaissent des difficultés d'accès aux soins ambulatoires (16). »

Ce constat devrait s'estomper grâce à la mise en place des PASS au sein des hôpitaux.

123. Certains services plus particulièrement...

Le service d'accueil et d'urgence de pédiatrie s'attache à porter une attention particulière à détecter et prendre en charge les personnes en situation de précarité, et notamment les enfants.

Les centres de planification familiaux du CHU et de l'hôpital St Jacques sont gratuits pour les personnes sans couverture sociale et proposent des informations sur la contraception, la maternité, la sexualité, l'IVG. Ils proposent également des examens gynécologiques, des diagnostics de grossesse, des IVG. Ce sont également des lieux d'accueil pour les victimes d'abus sexuels, d'écoute pour les femmes enceintes en difficultés.

Le service du C.I.S.I.H (centre d'informations et de soins de l'immunodéficience humaine) situé au 7^{ème} étage ouest du CHU hôtel-Dieu propose une prise de charge des problèmes psychologique ou sociaux des personnes touchées par le VIH. Il existe également un centre de dépistage anonyme et gratuit.

La consultation de dermatologie située au 8^{ème} étage du CHU hôtel-Dieu informe et permet le dépistage des MST.

13. Médecins du Monde (24,25)

Il s'agit d'une association de solidarité internationale fondée en 1980. Le premier centre a été ouvert à Paris en 1986 et il y avait en France en 1999 34 « centres d'accueil de soins gratuits et d'orientation » (CASO) en France. Celui de Nantes est situé 33 rue Fouré.

Le principal objectif du centre est de permettre l'accès aux soins courants médicaux et dentaires aux personnes en difficulté et de leur proposer un accompagnement afin de les aider à faire valoir leurs droits sociaux, et donc retourner vers le système de droit commun. Les soins et la délivrance éventuelle de médicaments sont gratuits.

Les centres de Médecins du Monde peuvent également recevoir les immigrés d'origine étrangère ayant un visa touristique (seule population qui ne peut bénéficier d'aucune protection sociale en France).

14. Les CHRS (26)

Les « centres d'hébergement et de réinsertion sociale » ont pour objectif « d'accueillir et d'aider sur le plan moral et matériel tous les sans abris, sans distinction d'âge, de nationalité, d'opinion ou de religions », mais ils peuvent également délivrer des soins médicaux et infirmiers. A Nantes, l'association St Benoît Labre gère deux CHRS : le CHRS St Benoît et le centre de vie St Yves.

L'infirmerie du foyer St Benoît propose des permanences assurées par une infirmière, des étudiants en médecine, un médecin généraliste, dont le but est de favoriser les relations avec l'extérieur et l'accès aux soins des résidents.

Le centre de vie St Yves dispose d'une infirmière, et des consultations sont assurées régulièrement par un médecin généraliste et un psychiatre. De plus, l'infirmerie dispose de 2 lits de « repos sanitaire ».

15. Les centres médico-sociaux

Il existe sur la région nantaise plus de 30 centres médico-sociaux.

16. La protection maternelle et infantile (PMI)

Les permanences de la PMI ont lieu dans les centres médico-sociaux ou les CCAS. Sont accueillis les enfants jusqu'à 6 ans (surveillance du développement physique et psychomoteur, vaccinations, examens systématiques), les femmes pour les consultations prénuptiales, les suivis de grossesse, les consultations pré et post natales, ainsi que les parents pour des conseils (éventuellement sur la contraception). Sur place peuvent avoir lieu des

entretiens avec une assistante sociale ou une puéricultrice. Les PMI proposent également la visite à domicile d'une sage femme (27).

17. Les centres de vaccination (25)

Ils sont répartis dans les différents quartiers de Nantes et reçoivent adultes et enfants de plus de 6 ans.

Chaque centre a ses propres heures de permanence. Les vaccinations suivantes peuvent être réalisées : DTCoqpolio, ROR, hépatite B, et fournis par le centre. Par contre, les patients souhaitant être vaccinés pour la méningite, la typhoïde, ou la grippe doivent apporter leurs vaccins.

18. Des structures plus spécifiques à certaines pathologies (25)

Le dispensaire Jean V, antituberculeux fait partie de l'OCHS (office central d'hygiène sociale). Ce dispensaire propose gratuitement une radiographie pulmonaire dans le cadre du dépistage de la tuberculose, un BCG et un contrôle tuberculinique, ainsi qu'une consultation anti-tabac. Il est ouvert à tout public.

Le service d'alcoologie de l'OCHS assure une mission de soins et d'aide aux patients alcooliques et à leur entourage. Cette activité médicale et psychosociale est basée sur un accueil, une écoute spécifique et une prise en charge individuelle en couple, en famille ou en groupe. Toutes les consultations sont gratuites.

Le triangle et le centre méthadone permettent d'accompagner les toxicomanes. Ils ont un rôle d'accueil, de prise en charge médicale (sevrage, substitution), psychologique (écoute, soutien) et sociale des toxicomanes ainsi que de soutien aux familles et de prévention de la toxicomanie.

2. POUR SE LOGER, SE REINSERER (28)

Un plan d'hébergement d'urgence est mis en place par la ville de Nantes avec la DDASS, différents services publics et les associations intervenant dans le champ de l'urgence sociale pour toute l'année avec des moyens renforcés durant l'hiver.

Le 115, numéro d'appel gratuit, ne nécessitant pas de carte dans les cabines publiques, permet d'accéder aux diverses structures d'hébergement d'urgence de l'agglomération nantaise et aux différents services d'accueil et d'orientation.

Le SAMU social nantais géré par l'association Francisco Ferrer va tous les soirs à la rencontre des personnes en précarité et à la rue, afin de créer le contact, les conseiller, évaluer leur situation et les orienter vers les structures d'accueil adaptées. L'objectif premier est d'amorcer une démarche de réinsertion par l'intermédiaire de l'hébergement. Le SAMU social peut se déplacer suite à un appel du 115.

21. Pour les hommes

- Le CHRS St Benoît (association St Benoît Labre)
Accueil, hébergement de 18 à 60 ans, accompagnement social, restauration collective.
Infirmier, laverie, animations.
- Le CHRS St Yves (association St Benoît Labre)
Hébergement d'urgence de 18 à 60 ans, restauration.
- Le foyer St Martin (association « les eaux vives »)
Accueil de nuit pour les hommes de 18 à 75 ans, hébergement, restauration.
- Le CHRS « trajet » (association trajet)
Hébergement d'urgence pour les hommes de 18 à 60 ans, restauration.
- Maison d'accueil et d'insertion du Gué Robert
Hébergement des hommes de 18 à 30 ans, à la recherche d'un logement, d'un travail déclaré, d'un stage rémunéré après contrat d'insertion.
- CHRS les olivettes (CCAS)
Hébergement des hommes de 18 à 30 ans, restauration, accompagnement social.
- Foyer de la fraternité
Hébergement des hommes à partir de 18 ans.
- Centre d'accueil Beau rivage (association petits frères des pauvres)
Hébergement pour les hommes de 50 à 65 ans ayant envie de retrouver une vie stable, restauration.

22. Pour les femmes

- Le CHRS « Le tremplin » (CCAS)
Accueil de nuit en urgence pour les femmes seules, majeures de 18 ans à 60 ans, hébergement pour femmes seules ou avec enfant(s), restauration, accompagnement social.
- Centre d'accueil La Halte Canclaux
Hébergement d'urgence et restauration pour les femmes avec enfants.
- Le Centre maternel St Luc (Croix rouge)
Hébergement d'urgence pour les femmes majeures enceintes ou avec enfant(s) de moins de 3 ans.
- CHRS « arc en ciel » (association arc en ciel)
Hébergement d'urgence et restauration pour les femmes majeures victimes de violences avec enfants dont un de plus de 3 ans, réinsertion sociale.
- Accueil mère et enfant, 24h/24, hébergement des femmes majeures avec enfant(s) et restauration.

23. Accueil mixte

- Foyer des jeunes travailleurs (association des foyers de jeunes travailleurs)
Hébergement d'urgence en période hivernale de 16 à 25 ans, restauration, animation, accompagnement social.
Service d'accès au logement.
- Le CHRS « L'étape » (association l'étape)
Hébergement d'urgence pour couples ou familles majeurs avec ou sans enfants, accompagnement social.
- Association du foyer de l'Edit de Nantes
Hébergement, restauration, animation, accompagnement social, service d'accès au logement.
- Hôtel social St Vincent de Paul (association St Vincent de Paul)
Hébergement, petit déjeuner pour hommes, femmes et couples sans enfants.
- L'abri
Hébergement hommes et femmes et couples avec ou sans enfants.
- Le centre nantais d'hébergement des réfugiés (CNRH)
Accueil et hébergement temporaire (6 mois renouvelable une fois) des réfugiés sortant des centres de demandeurs d'asile, pour des personnes seules ou en famille, apprentissage de la langue française, aide pour trouver un logement.

3. POUR S'HABILLER, SE LAVER (28)

- bains douches municipaux
Bons gratuits distribués au CCAS.
- La boutique St Benoît
Douches et entretien du linge.
- S'habiller : St Vincent de Paul, secours populaire français, Vetit frat, croix rouge française.

4. POUR MANGER (28)

- Restaurant social Pierre Landaix (CCAS)
Achat de tickets au CCAS.
- Brin de causette
Petit déjeuner, soupes, sandwichs gratuits.

- À la claire Fontaine (association eaux vives)
Repas gratuit pour les sans ressources.

- Secours populaire français
Distribution de colis alimentaires gratuits (plafond ressources RMI).

- Croix rouge Française
Distribution de colis alimentaires pour tout public ayant de faibles ressources.
- Restaurants du cœur
Paniers repas.

5. POUR PARLER, RENCONTRER (28)

- Le CCAS
Accueil, orientation, accompagnement social.
Il octroie des aides légales ou facultatives. C'est un lieu de dépôt de demandes de RMI, de l'aide médicale et de certaines aides sociales.

- L'ASAMLA (Association Santé Migrants de Loire Atlantique)
Accueil, information, accompagnement et travail d'interprétariat.

- Association « l'écoute de la rue »
Ecoute, orientation vers les services sociaux et administratifs, accompagnement vers les établissements de soins afin de favoriser un mieux-être, une insertion ou réinsertion.

- « Frat' à ma porte » (la fraternité)
Lieu de discussion et de rencontre autour d'un café.

- Maison d'accueil de jour (association Francisco Ferrer)
Accueil de jour, écoute, information, orientation, domiciliation.

- Accueil de jour La boutique (St Benoît)
Accueil de jour, écoute, information, orientation, animation, aide psychologique.

- Recherche et rencontres
Lutte contre l'isolement et prévention du suicide, entretiens individuels et groupes d'expression.

- Sophonie (association « les eaux vives »)
Accueil et écoute.

- SOS amitié
Ecoute téléphonique 24h/24 pour les personnes en situation de crise ou de solitude.

- Secours catholique
Ecoute et orientation, activités d'insertion, rencontres conviviales pour femmes.

- Secours populaire

- SOS femme

Ecoute téléphonique, accueil, orientation, hébergement, pour les femmes majeures victimes de violences.

- Alcooliques anonymes

- « Le nid »

Mouvement ayant pour vocation la prévention et la lutte contre la prostitution, l'écoute, l'accueil, l'accompagnement vers la réinsertion.

- Associations de lutte contre le SIDA

- AIDES pays de Loire Nord : Accueil, soutien, information, prévention
- Amitié SIDA : permanences afin de favoriser la réinsertion sociale.

- Pour les jeunes.

- CAP jeunes (de 16 à 25 ans) : écoute, accompagnement social, orientation pour le logement, l'emploi et la formation.
- L'ancre : point écoute pour les jeunes de 16 à 25 ans, prévention de la toxicomanie.
- Espace écoute jeunes : accueil téléphone gratuit.
- Allo enfance maltraitée : numéro vert gratuit 119.

CHAPITRE 2

RESULTATS DE L'ETUDE REALISEE AUPRES DES 208 PRIMO-CONSULTANTS

I- OBJECTIFS DE L'ETUDE

Cette étude a deux principaux objectifs :

- évaluer, deux années après l'ouverture de la consultation Jean Guillon, la fonctionnalité d'un réseau : la consultation est-elle bien connue et bien repérée ? Comment les patients ont-ils connaissance de son existence et par qui sont-ils adressés ?
- évaluer la connaissance des patients concernant les autres structures de soins auxquelles ils pourraient s'adresser.

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- définir les caractéristiques démographiques de cette population ;
- connaître la couverture sociale dont bénéficie cette population ;
- recenser les principales pathologies rencontrées au sein de cette population.

II- MATERIELS ET METHODES

Cette étude a été réalisée pendant mon stage de résidente (cinquième semestre) à la PASS du CHU de Nantes (1^{er} novembre 2001 au 30 avril 2002). Il s'agit d'une étude prospective réalisée entre le 15 février et le 30 avril 2002, soit sur une durée de 2 mois et demi consécutive, auprès de tous les primo-consultants, c'est-à-dire auprès de tous les patients consultant pour la première fois à la PASS.

Je me suis chargée d'interroger les consultants, généralement en fin de consultation, dans le bureau médical, ou dans le bureau infirmier, quand je n'avais pas assisté à la consultation.

Lors de la présence d'un interprète, le questionnaire était réalisé grâce à son aide, ceci facilitant la compréhension des questions posées par le patient, et de ce fait la validité du questionnaire.

Dans le cas des enfants trop jeunes pour répondre eux-mêmes au questionnaire, ce sont les parents les accompagnant qui ont été interrogés.

Il n'y a donc pas eu de critères d'exclusion.

La fiche de recueil des données peut se diviser en 5 parties (annexe1)

La première partie correspond aux données démographiques : sexe, âge, nationalité française ou étrangère et pays d'origine.

La seconde partie correspond à la protection sociale dont bénéficie le consultant. Il y a 5 cas possibles : soit le patient n'a pas de couverture sociale (PCS), soit il bénéficie de la couverture maladie universelle et de sa complémentaire (CMU + CC), soit il a l'aide médicale de l'Etat (AME), soit il a une sécurité sociale sans couverture complémentaire (CPAM), soit il a une sécurité sociale et une couverture complémentaire (CPAM + CC). Il n'y a donc qu'une réponse possible par patient.

La troisième partie correspond aux différentes pathologies rencontrées (motifs de consultation ou diagnostics). En cas de motifs de consultation multiples, seul celui jugé comme le plus important a été retenu. Quand le diagnostic était clairement noté dans l'observation médicale, il a été gardé. Dans le cas contraire, c'est le motif de consultation qui a été retenu.

Le diagnostic ou le motif de consultation a été noté en clair.

Nous avons distingué les patients consultant pour un acte de prévention (qui regroupent les demandes de bilans de santé, de certificats, de vaccinations, de dépistages par différentes sérologies, de contraception et les suivis de grossesse) des patients consultant pour un symptôme ou une pathologie bien définie.

Les pathologies ont été classées en 3 groupes : les pathologies aiguës bénignes, qui nécessitent une prise en charge ponctuelle, les pathologies chroniques, pour lesquelles un bilan et une prise en charge à long terme est nécessaire et les pathologies potentiellement urgentes, qui nécessitent une prise en charge immédiate, car le pronostic vital peut être menacé.

Dans un deuxième temps, les pathologies ont été classées en 15 groupes : le premier, étiqueté « autres » regroupe la plupart des actes de prévention et les 14 autres correspondent chacun à une spécialité médicale différente.

Il y a une seule réponse possible par patient.

La quatrième partie correspond au premier objectif principal de notre étude et nous permet de savoir par qui les patients ont été guidés jusqu'à la consultation Jean Guillon.

Les différentes personnes ou organismes cités ont été classés en 5 groupes :

- les institutions, qui regroupent les foyers, l'hôpital (c'est-à-dire l'accueil et les différents services hospitaliers), les urgences (distinguées de l'hôpital en raison du nombre important de patients qu'elles adressent à la PASS) , les CCAS et les autres institutions ;
- le milieu associatif, qui regroupe le centre de Médecins du Monde et les autres associations intervenant dans la lutte contre la précarité ;
- les professionnels de santé, qui regroupent les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les assistantes sociales, les infirmières, et les autres professionnels de santé ;
- les autres personnes qui regroupent les amis et relations, les membres de la famille, les personnes ayant déjà consulté à la PASS, et les autres personnes.

Une seule réponse par patient est possible.

La cinquième partie correspond au second objectif principal de notre étude et nous permet de savoir où les patients seraient allés consulter si la consultation Jean Guillon n'existait pas. Tout d'abord, la réponse est ouverte. Puis dans un deuxième temps, si le patient répond « je ne sais pas » ou ne donne pas de réponse, on lui fait une liste de propositions. Celle-ci comprend les principales institutions (les urgences de l'hôpital, une clinique privée, un centre médico-social), professionnels de santé libéraux (un médecin généraliste en ville, un médecin spécialiste en ville, SOS médecins), et associations (le centre de Médecins du Monde) auxquels ils pourraient s'adresser pour se soigner dans la région nantaise. Nous avons également ajouté à cette liste les guérisseurs, car certains patients étrangers ont pour coutume de consulter ces personnes dans leurs pays. Enfin, nous avons inclus dans la liste de propositions le fait de renoncer aux soins. Pour les patients qui n'ont pas répondu à la question, même après les propositions, nous avons noté « pas de réponse ». Ici aussi, il n'y a qu'une seule réponse possible par patient.

La dernière partie est une échelle visuelle analogique qui permet d'évaluer le niveau de compréhension de chaque patient, ce qui est pour nous important afin de pouvoir juger de la validité des réponses données. Le niveau de compréhension est noté de 0 à 10, le 0 correspondant à l'absence de tout problème de compréhension, et le 10 correspondant à des difficultés de compréhension majeures. Le niveau de compréhension est jugé en tenant compte de la présence d'un interprète, c'est-à-dire qu'un patient ne parlant pas et ne comprenant pas le français interrogé en présence d'un interprète aura un niveau de compréhension noté 0 (absence de problèmes de compréhension), car il aura bien compris les questions posées et ses réponses seront fiables. Nous n'avons pas comptabilisé le nombre de patients francophones.

Le recueil de réponses a été enregistré sur un tableau Excel afin de pouvoir réaliser des graphiques et une étude statistique.

Les moyennes d'âge de la population étudiée, des hommes, des femmes, des français et des étrangers, ainsi que les écart-types et les variances ont été calculés grâce au logiciel Excel, et nous avons comparé les moyennes des différents groupes par le test de Student.

Des calculs de pourcentages ont été effectués afin de mieux visualiser les résultats obtenus dans la population étudiée, mais également dans les groupes des hommes et des femmes d'une part, des français et des étrangers d'autre part. La comparaison des réponses obtenues dans ces groupes a été effectuée en utilisant les tests statistiques du khi-deux (χ^2) ou de Fischer quand les effectifs étaient petits (<5), à l'aide du logiciel EPI INFO.

L'annexe 2 décrit les différents tests statistiques utilisés et les résultats obtenus.

III- RESULTATS DE L'ETUDE

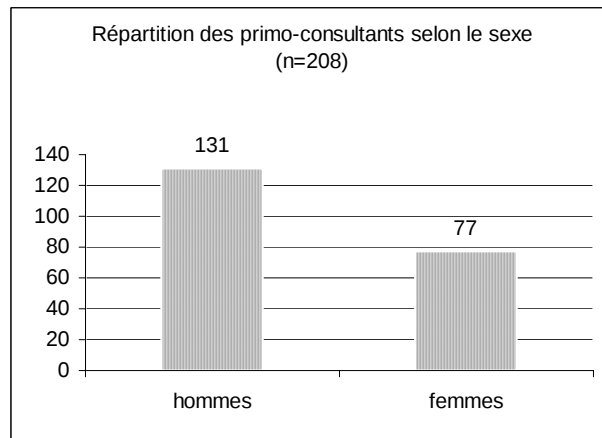
Nous nous sommes intéressés aux primo-consultants durant la période du 15 février 2002 au 30 avril 2002, ce qui correspond à 208 patients (le nombre total de patients ayant consulté durant cette période est de 565).

1. ANALYSE DES DONNEES DEMOGRAPHIQUES

11. Répartition selon le sexe

Parmi les 208 primo-consultants :

- 131 sont de sexe masculin, ce qui correspond à 63% de la population ;
- 77 sont de sexe féminin, ce qui correspond à 37% de la population.



12. Répartition selon l'âge

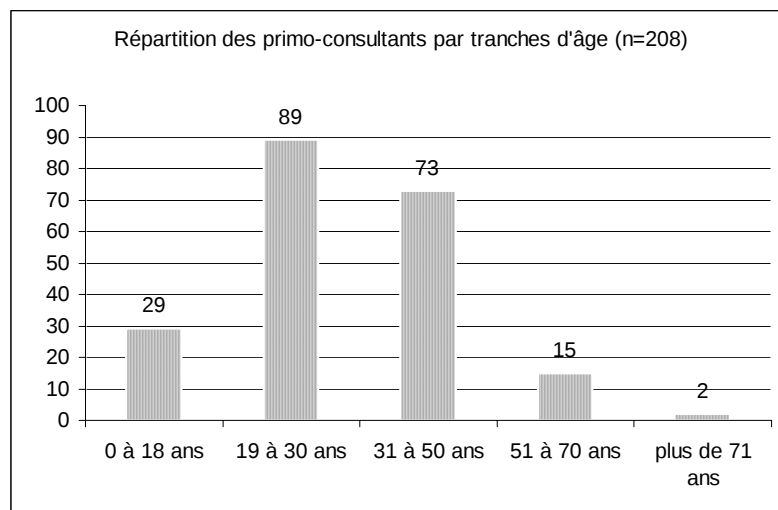
La moyenne d'âge de la population totale est de 30 +/- 14.1 ans, avec des extrêmes de 3 mois à 77 ans ;

La moyenne d'âge des hommes est de 30,6 +/- 13.5 ans ;

La moyenne d'âge des femmes est de 29,1 +/- 15.1 ans.

Les moyennes d'âge des hommes et des femmes ne diffèrent pas de manière significative (annexe 2).

Le graphique suivant permet de visualiser la répartition de la population par tranches d'âge.

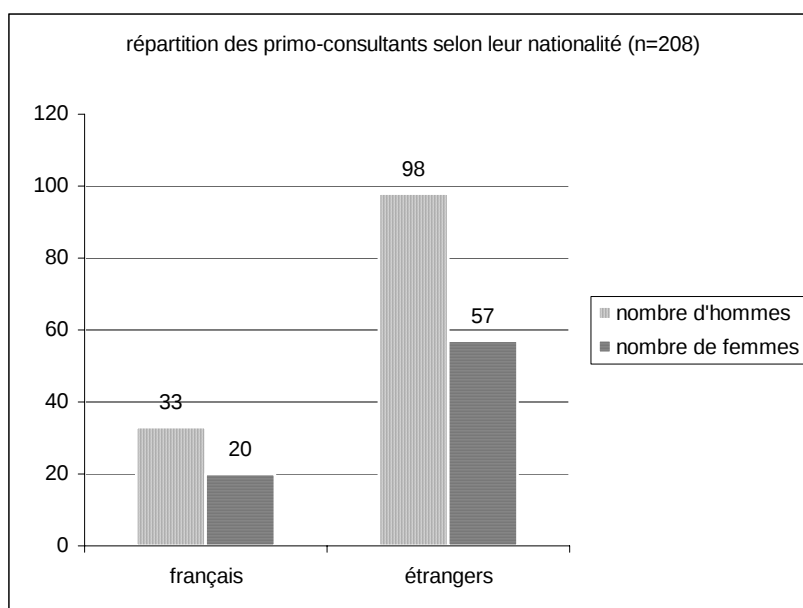


La tranche d'âge des « 19 à 30 ans » est la plus importante et représente 89 consultants, soit 42.8% de la population totale ;

La tranche d'âge des « 31 à 50 ans » représente 73 consultants, soit 35.1% de la population totale ;

La tranche d'âge des « moins de 18 ans » représente 29 consultants (13.9% de la population), celle des « 51 à 70 ans » 15 consultants (7.2% de la population), et celle des « plus de 71 ans » 2 consultants (1% de la population).

13. Répartition selon la nationalité française ou étrangère.



Dans la population totale, il y a 155 étrangers et 53 français.

La population étrangère représente donc 74.5% de la population totale.

La moyenne d'âge de cette population est de 28.9 +/- 13.9 ans.

Parmi les 155 étrangers, on dénombre 98 hommes (soit 75% des hommes) et 57 femmes (soit 74% des femmes).

La population française représente 25.5% de la population totale.

La moyenne d'âge de cette population est de 33.3 +/- 14.3 ans.

Parmi les 53 français, on dénombre 33 hommes (soit 25% des hommes) et 20 femmes (soit 26% des femmes).

La différence entre les moyennes d'âge des français et des étrangers est à la limite de la significativité (annexe 2).

14. Répartition des étrangers selon leur origine géographique

Les 155 étrangers sont originaires de 34 pays différents. La liste suivante récapitule le nombre de consultants originaires de chacun des pays.

Algérie : 36

Turquie : 14

Russie, Roumanie : 13

Tunisie : 8

Maroc, Centrafrique, Congo : 6

Cameroun, Guinée, Tchétchénie, Angola : 5

Côte d'Ivoire : 4

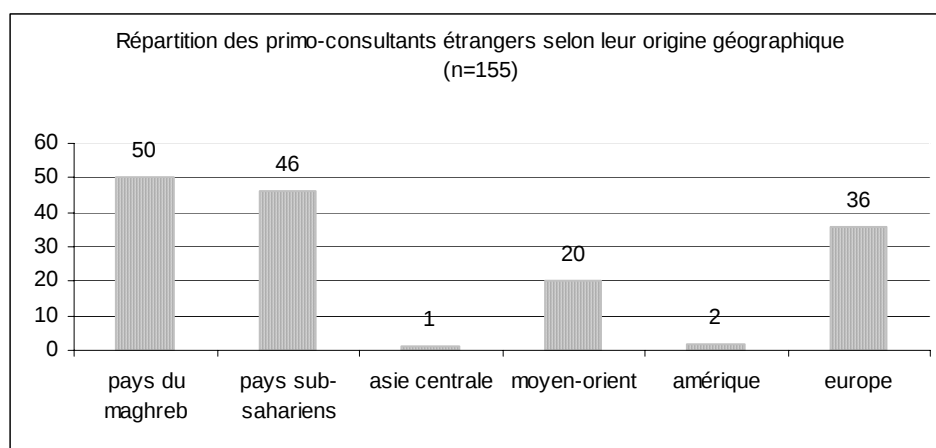
Nigeria, Arménie, : 3

Togo, Sénégal, Comores, Iran : 2

Somalie, Bénin, Serbie et Croatie, Mayotte, Madagascar, Rwanda, Géorgie, Moldavie, Argentine, Brésil, Tchad, Ukraine, Bulgarie, Allemagne et Chine : 1

Afin de simplifier le travail, j'ai effectué des regroupements géographiques de ces pays.

On distingue donc les pays africains qui se divisent entre pays du Maghreb (50 consultants) et pays Sub-sahariens (46 consultants), les pays asiatiques qui se divisent entre pays du Moyen-Orient (20 consultants) et pays d'Asie centrale (1 consultant), les pays d'Amérique (2 consultants) et les pays européens (36 consultants).



A l'aide de ce graphique, on constate que 61.9% des consultants étrangers sont originaires d'Afrique, avec quasiment la même proportion entre le Maghreb (32.2%) et les pays Sub-sahariens (29.7%).

Les consultants originaires d'Europe sont ensuite les plus représentés (23.2%).

Les patients originaires d'Asie représentent 13.5% du groupe étudié, et ils sont majoritairement originaires du Moyen-Orient (12.9%).

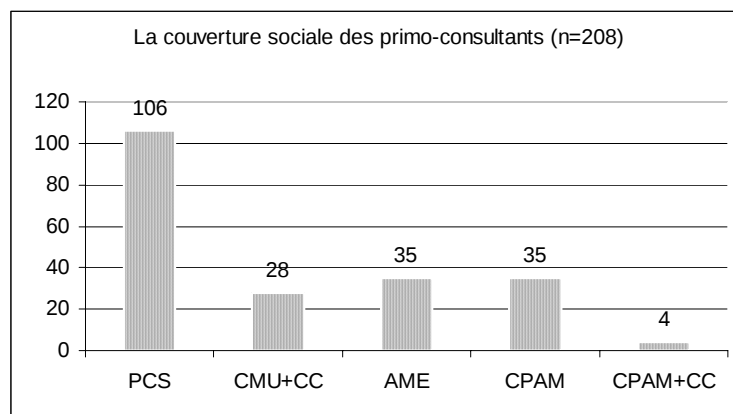
Les patients originaires d'Amérique sont très peu nombreux et représentent seulement 1.3% du groupe.

Il existe la même proportion d'hommes et de femmes originaires d'Afrique (62%), mais les hommes sont plus souvent issus des pays du Maghreb (hommes : 39% / femmes : 23%) alors que les femmes sont plus souvent issues des pays sub-sahariens (hommes : 23% / femmes : 39%).

Les pourcentages d'hommes et de femmes originaires d'Asie (hommes : 15% / femmes : 11%), d'Europe (hommes : 22% / femmes : 25%) et d'Amérique (hommes : 1% / femmes : 2%) sont superposables.

2. ANALYSE DES DONNEES SOCIALES

21. La couverture sociale des primo-consultants



Parmi les 208 primo-consultants, qui ont tous rencontré l'assistante sociale lors de leur première venue à la consultation :

- 106 n'ont aucune couverture sociale (PCS), soit 51% des patients ;

- 28 ont la couverture médicale universelle et la CMU complémentaire (CMU+CC), soit 13.5% des patients ;

- 35 ont l'aide médicale de l'Etat (AME), soit 16.8% des patients ;

- 35 ont une sécurité sociale sans couverture complémentaire (CPAM), soit 16.8% des patients ;

- 4 ont une sécurité sociale et une couverture complémentaire (CPAM+CC), soit 1.9% des patients.

Ce graphique met en évidence que la moitié de la population n'a pas de couverture sociale, alors que seulement 15.4% des patients ont une couverture sociale complète (CMU et CMU complémentaire, ou sécurité sociale et couverture complémentaire).

16.8% ont l'AME, qui est une protection sociale complète mais avec des contraintes sur le type de praticien à consulter.

22. La couverture sociale des primo-consultants selon le sexe

-51.9% des hommes et 49.4% des femmes n'ont pas de couverture sociale ;

-16.8% des hommes et 7.8% des femmes ont la CMU et la CMU complémentaire ;

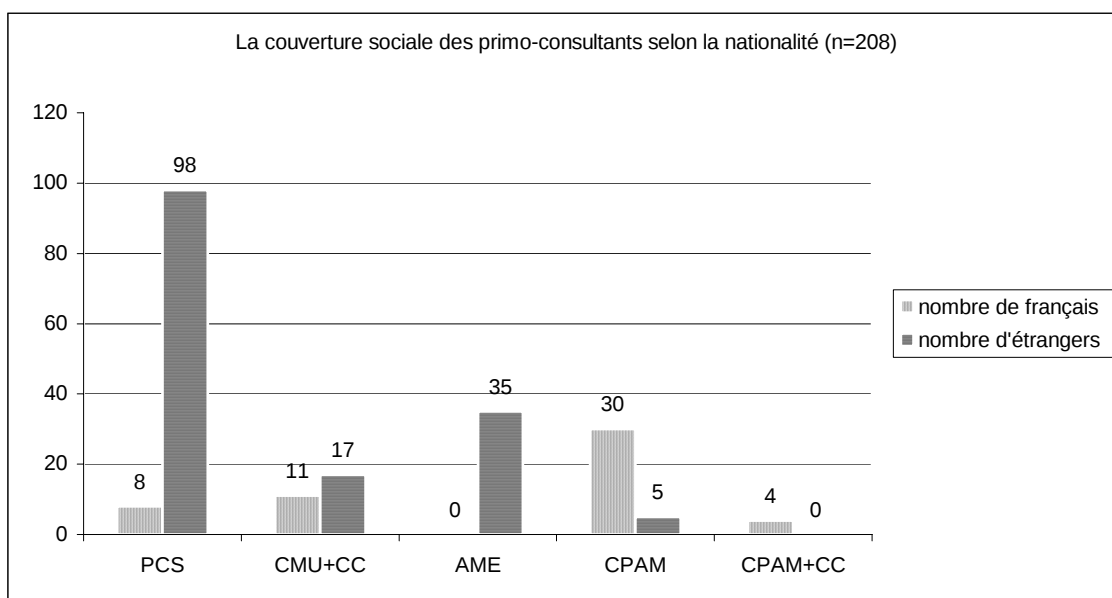
-13% des hommes et 23.4% des femmes ont l'AME ;

-17.5% des hommes et 15.5% des femmes ont une sécurité sociale sans couverture complémentaire ;

-0.8% des hommes et 3.9% des femmes ont une sécurité sociale et une couverture complémentaire.

La comparaison de ces différents chiffres montre qu'ils ne diffèrent pas de manière significative (annexe 2). Les hommes et les femmes ont donc le même profil en ce qui concerne leur couverture sociale.

23. La couverture sociale des primo-consultants selon la nationalité



-15.1% des français et 63.2% des étrangers n'ont aucune couverture sociale ;

-20.8% des français et 11% des étrangers ont la CMU et la CMU complémentaire ;

- 22.6% des étrangers ont l'AME ;
- 56.6% des français et 3.2% des étrangers ont une sécurité sociale sans couverture complémentaire ;
- 7.5% des français ont une sécurité sociale et une couverture complémentaire.

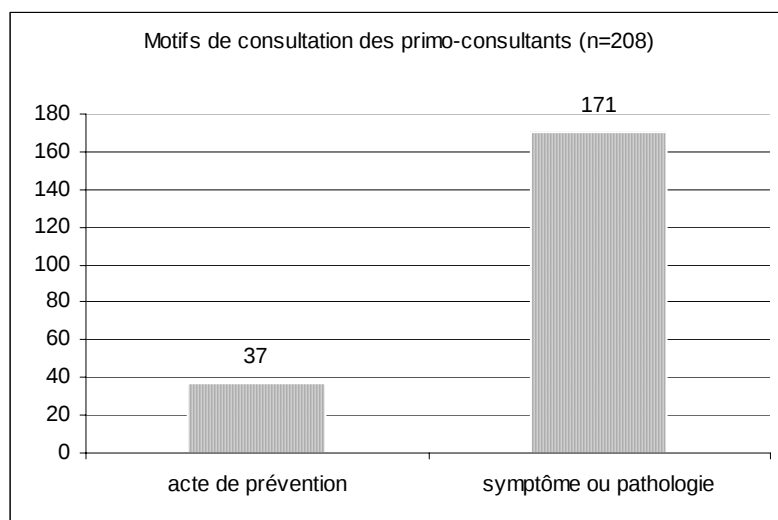
Les résultats soulignent l'importance du nombre d'étrangers sans couverture sociale (presque 2/3), et le petit nombre d'étrangers bénéficiaires d'une sécurité sociale. Les statistiques montrent d'ailleurs que la proportion d'étrangers sans couverture sociale est significativement supérieure à celle des français, et que la proportion de français bénéficiaires d'une sécurité sociale seule est significativement supérieure à celle des étrangers (annexe 2).

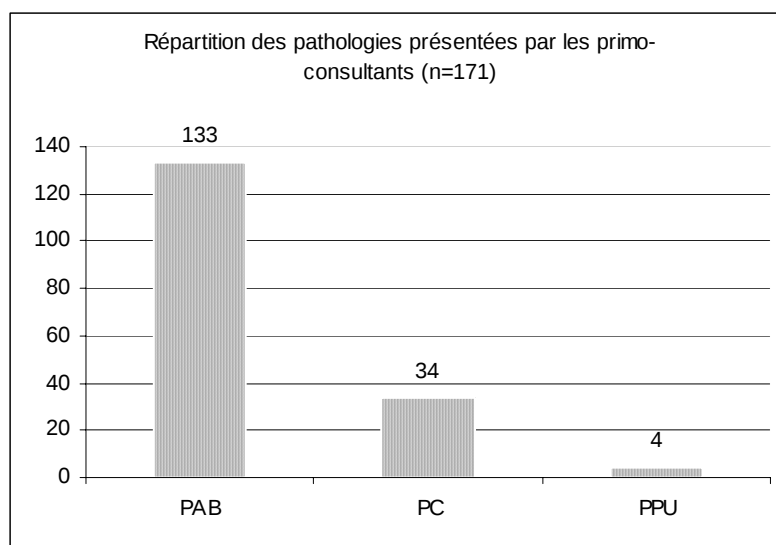
3. ANALYSE DES DONNEES MEDICALES

31. Répartition des primo-consultants selon leurs motifs de consultation

311. Répartition de la totalité des primo-consultants

Le premier graphique différencie les patients consultant pour un acte de prévention des patients consultant pour un symptôme ou une pathologie bien définie. Le second montre la répartition des pathologies en pathologies aiguës bénignes (PAB), pathologies chroniques (PC) et pathologies potentiellement urgentes (PPU).





Sur les 208 patients, 37 consultent pour un acte de prévention (soit 17.8%), et 171 pour un symptôme ou une pathologie bien définie (soit 82.2%) ;

Parmi les patients consultant pour un symptôme ou une pathologie bien définie, 133 présentent une pathologie aiguë bénigne (soit 63.9%), 34 une pathologie chronique (soit 16.4%), et 4 une pathologie potentiellement urgente (soit 1.9%).

312. Répartition selon le sexe

85.5% des hommes et 76.6% des femmes consultent pour un symptôme ou une pathologie bien définie. La répartition des pathologies montre que 67.9% des hommes et 57.1% des femmes consultent pour une pathologie aiguë bénigne, 16.8% des hommes et 15.6% des femmes pour une pathologie chronique, et 0.8% des hommes et 3.9% des femmes pour une pathologie potentiellement urgente.

On retrouve que 14.5% des hommes et 23.4% des femmes consultent pour un acte de prévention.

Ces chiffres ne diffèrent pas de manière significative (annexe 2) et on peut donc dire que les hommes et les femmes ont le même profil en ce qui concerne leurs motifs de consultation.

313. Répartition selon la nationalité

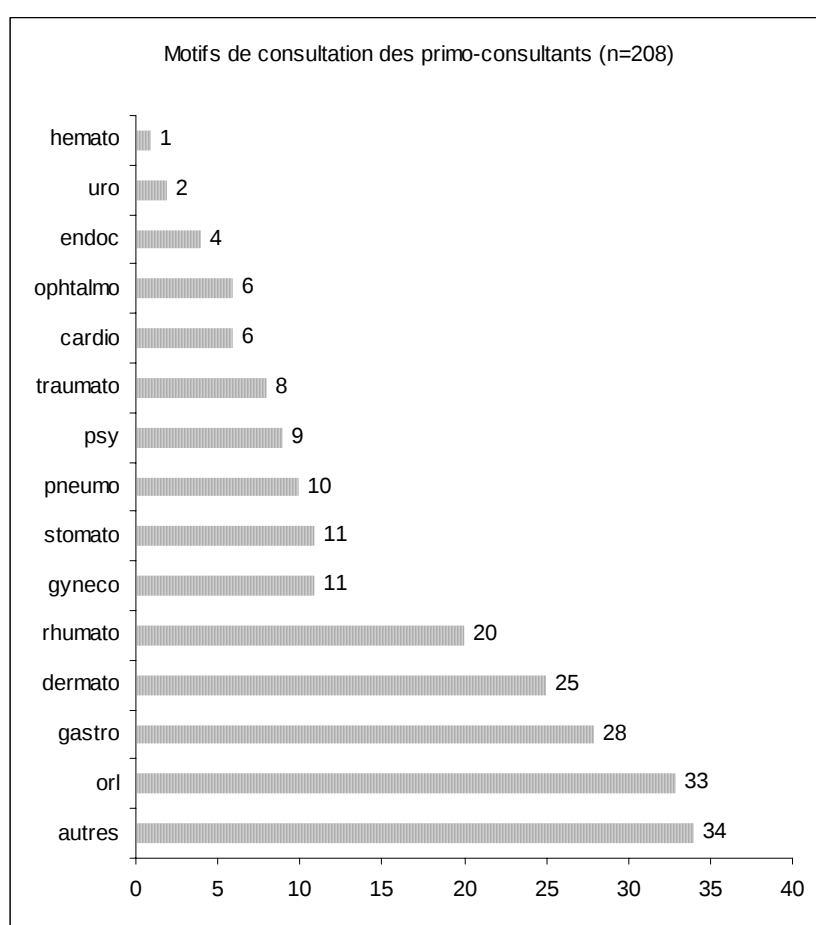
88.7% des français et 80% des étrangers consultent pour un symptôme ou une pathologie bien définie. La répartition des pathologies montre que 62.3% des français et 64.5% des étrangers consultent pour une pathologie aiguë bénigne, 24.5% des français et 13.5% des étrangers pour une pathologie chronique et 1.9% des français et 2% des étrangers pour une pathologie potentiellement urgente.

Les français sont 11.3% et les étrangers 20% à consulter pour un acte de prévention.

La proportion de français consultant pour une pathologie chronique est, à la limite de la significativité, supérieure à celle des étrangers. Les autres chiffres ne diffèrent pas de manière significative (annexe 2).

32. Répartition des primo-consultants selon les différentes pathologies

321. Répartition de la totalité des primo-consultants



Ce graphique montre que ce sont les motifs de consultation étiquetés « autres » qui sont les plus importants puisqu'ils représentent 16.3% des motifs. Ils sont suivis de très près par les problèmes ORL qui représentent 15.9% des motifs de consultation (et il s'agit là essentiellement de pathologie infectieuse).

Les pathologies digestive (13.5% des motifs de consultation), dermatologique (12% des motifs de consultation) et rhumatologique (9.6% des motifs de consultation) sont ensuite les plus importantes.

Les pathologies gynécologique et dentaire représentent chacune 5.3% des motifs de consultation.

Les autres types de pathologies sont beaucoup moins représentées (moins de 5% des motifs de consultation) et correspondent à 8 spécialités médicales différentes.

322. Répartition selon le sexe

Les motifs de consultation « autres » sont fortement représentés chez les hommes (16.1%) et chez les femmes (16.9%), tout comme les pathologies ORL (hommes : 16.8% / femmes : 14.3%), et dermatologique (hommes : 10.7% / femmes : 14.3%).

La pathologie rhumatologique semble être plus représentée chez les femmes (13%) que chez les hommes (7.6%), et la pathologie digestive plus représentée chez les hommes (16%) que chez les femmes (9%). Cependant, ces pourcentages ne diffèrent pas de manière significative (annexe 2).

On remarque une différence selon le sexe dans certaines spécialités : la pathologie dentaire est plus représentée chez les hommes (8.4%) que chez les femmes (0%), tout comme la pathologie traumatologique (hommes : 6.1% / femmes : 0%).

On remarque l'importance de la pathologie gynécologique, qui représente chez la femme 14.3% des motifs de consultation.

Les autres spécialités médicales sont beaucoup moins représentées, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

323. Répartition selon la nationalité

Chez les français comme chez les étrangers, la pathologie digestive est fortement représentée (français : 18.9% / étrangers : 11.6%), tout comme la pathologie dermatologique (français : 15.1% / étrangers : 10.9%).

Il semble exister une différence entre français et étrangers concernant la pathologie ORL (français : 9.4% / étrangers : 18%) et rhumatologique (français : 5.7% / étrangers : 10.9%). Cependant, la comparaison de ces pourcentages montre que leur différence n'est pas significative (annexe 2).

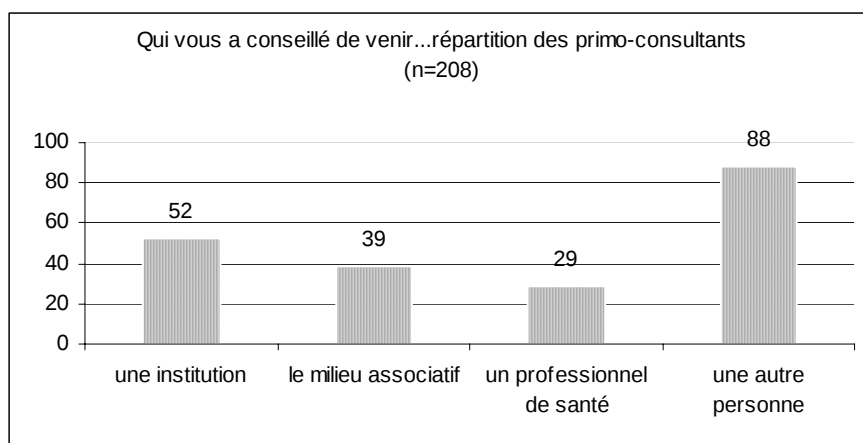
La proportion de français présentant une pathologie psychiatrique est significativement plus élevée que celle des étrangers (français : 9.4% / étrangers : 2.5%), et la proportion d'étrangers consultant pour un motif « autre » est, à la limite de la significativité, supérieure à celle des français (français : 7.5% / étrangers : 19.3%) (annexe 2).

Les autres types de pathologies sont beaucoup moins représentés, aussi bien chez les français que chez les étrangers.

4. ANALYSE DES REPONSES DONNEES A LA QUESTION : « QUI VOUS A CONSEILLE DE VENIR A LA CONSULTATION JEAN GUILLON ? »

41. Répartition de la totalité des primo-consultants

Ce premier graphique montre la répartition des patients en 4 groupes, en fonction de l'organisme ou de la personne qui leur a conseillé de venir à la consultation : une institution, une association, un professionnel de santé ou une autre personne.



Ce graphique nous montre que les consultants sont principalement orientés vers la consultation Jean Guillon par « les autres personnes », c'est-à-dire par le bouche à oreille (42.3%). Les institutions jouent également un rôle important puisqu'elles adressent 25% des consultants. Les différentes associations impliquées dans la prise en charge des personnes précarisées adressent 18.8% des patient et les professionnels de santé 14%.

Dans chacun des 4 groupes cités précédemment, les consultants ont été répartis de la façon suivante :

Parmi les patients adressés par **une institution** :

- 6.7% ont été adressés par un foyer ;
- 3.8% par l'hôpital ;
- 7.2% par les urgences ;
- 4.8% par un CCAS ;
- 2.4% par une autre institution.

Parmi les patients adressés par **le milieu associatif** :

-5.3% ont été adressés par le centre de Médecins du Monde ;

-13.5% par une autre association.

Parmi les patients adressés par **un professionnel de santé** :

-3.4% ont été adressés par un médecin généraliste ;

-0.5% par un médecin spécialiste ;

-8.7% par une assistante sociale ;

-0% par une infirmière ;

-1.4% par un autre professionnel de santé.

Parmi les patients adressés par **une autre personne** :

-25.5% ont été adressés par un ami ou une relation ;

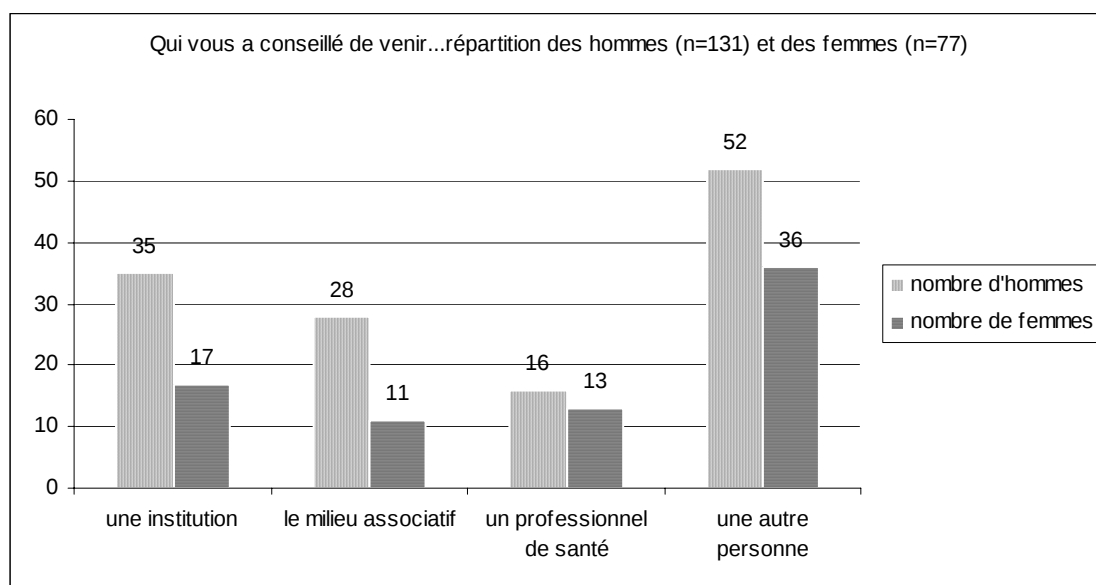
-6.7% par un membre de leur famille ;

-8.6% par une personne ayant déjà fréquenté la consultation ;

-1.4% par une autre personne.

Ces résultats nous montrent que les consultants sont principalement adressés par leurs amis et relations (25.5%). Ensuite, on retrouve les autres associations (13.5%), les assistantes sociales (8.7%), les personnes ayant déjà consulté à la PASS (8.6%), les urgences (7.2%), la famille (6.7%), les foyers (6.7%), et Médecins du Monde (5.3%). Les autres organismes ou personnes adressent moins de 5% des consultants.

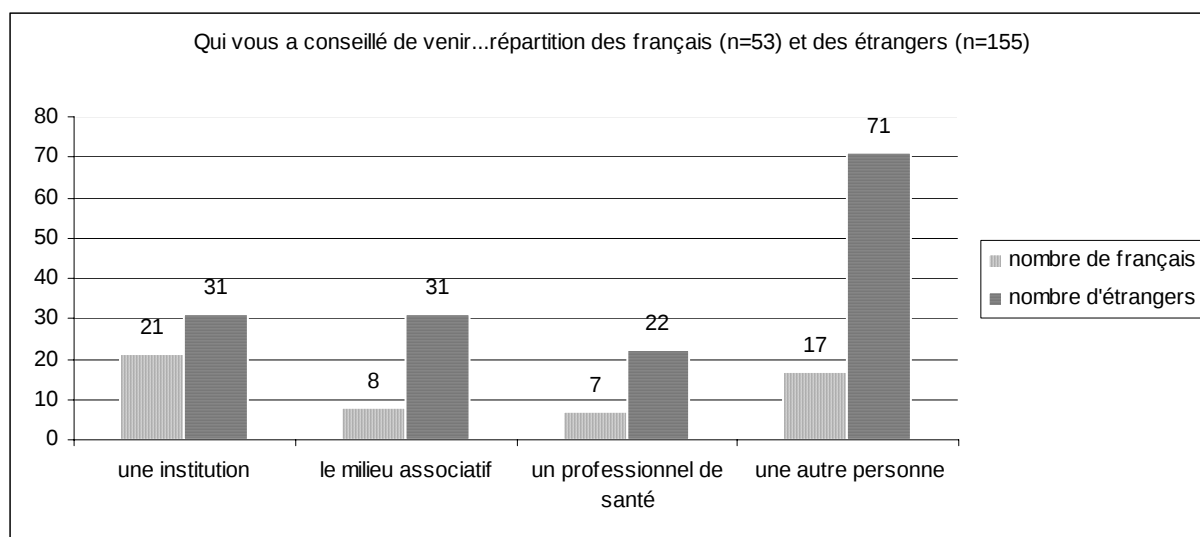
42. Répartition selon le sexe



	Répartition des hommes (pourcentages)	Répartition des femmes (pourcentages)
Une institution	26.7	22.1
Un foyer	6.1	7.8
L'hôpital	4.6	2.6
Les urgences	9.2	3.9
Un CCAS	4.6	5.2
Une autre institution	2.3	2.6
Le milieu associatif	21.4	14.3
Médecins du Monde	5.4	5.2
Une autre association	16	9.1
Un professionnel de santé	12.2	16.9
Un médecin généraliste	3	3.9
Un médecin spécialiste	0	1.3
Une assistante sociale	7.6	10.4
Une infirmière	0	0
Un autre professionnel de santé	1.5	1.3
Une autre personne	39.7	46.7
Un ami ou une relation	26.7	23.4
Un membre de la famille	4.6	10.4
Une personne ayant déjà fréquenté la consultation	7.6	10.4
Une autre personne	0.8	2.6

Les pourcentages concernant les hommes et les femmes ne diffèrent pas de façon significative (annexe 2) et on peut donc conclure sur le fait qu'il n'apparaît pas de différence dans le mode d'orientation selon le sexe des patients.

43. Répartition selon la nationalité



	Répartition des français (pourcentages)	Répartition des étrangers (pourcentages)
Une institution	39.6	20
Un foyer	9.4	5.8
L'hôpital	5.7	3.2
Les urgences	18.9	3.2
Un CCAS	3.8	5.2
Une autre institution	1.9	2.6
Le milieu associatif	15.1	20
Médecins du Monde	1.9	6.5
Une autre association	13.2	13.5
Un professionnel de santé	13.2	14.2
Un médecin généraliste	3.8	3.2
Un médecin spécialiste	1.9	0
Une assistante sociale	3.8	10.3
Une infirmière	0	0
Un autre professionnel de santé	3.8	0.7
Une autre personne	32.1	45.8
Un ami ou une relation	17	28.4
Un membre de la famille	3.8	7.7
Une personne ayant déjà fréquenté la consultation	9.4	8.4
Une autre personne	1.9	1.3

Une part importante des français (32.1%) comme des étrangers (45.8%) est adressée à la consultation par « les autres personnes », et plus particulièrement par les amis et relations.

La proportion de français adressés par une institution est significativement plus élevée que celle des étrangers. Il en est de même pour la proportion de français adressés par les urgences (annexe 2).

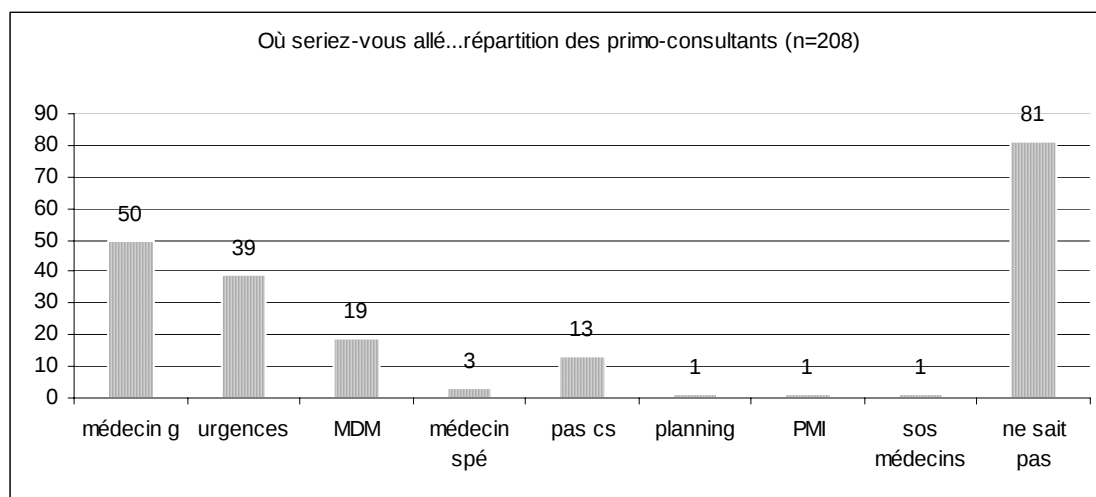
Il n'existe pas d'autres différences significatives concernant le mode d'orientation selon la nationalité des patients.

5. ANALYSE DES REPONSES A LA QUESTION : « OU SERIEZ-VOUS ALLE SI LA CONSULTATION JEAN GUILLON N'EXISTAIT PAS ? »

51. Analyse des réponses à la question ouverte

511. Répartition de la totalité des primo-consultants

Nous avons obtenu 9 réponses différentes à cette question : un médecin généraliste (médecin g), les urgences, Médecins du Monde (MDM), un médecin spécialiste (médecin spé), « je n'aurais pas consulté » (pas cs), le planning familial, la protection maternelle et infantile (PMI), SOS médecins et « je ne sais pas ».

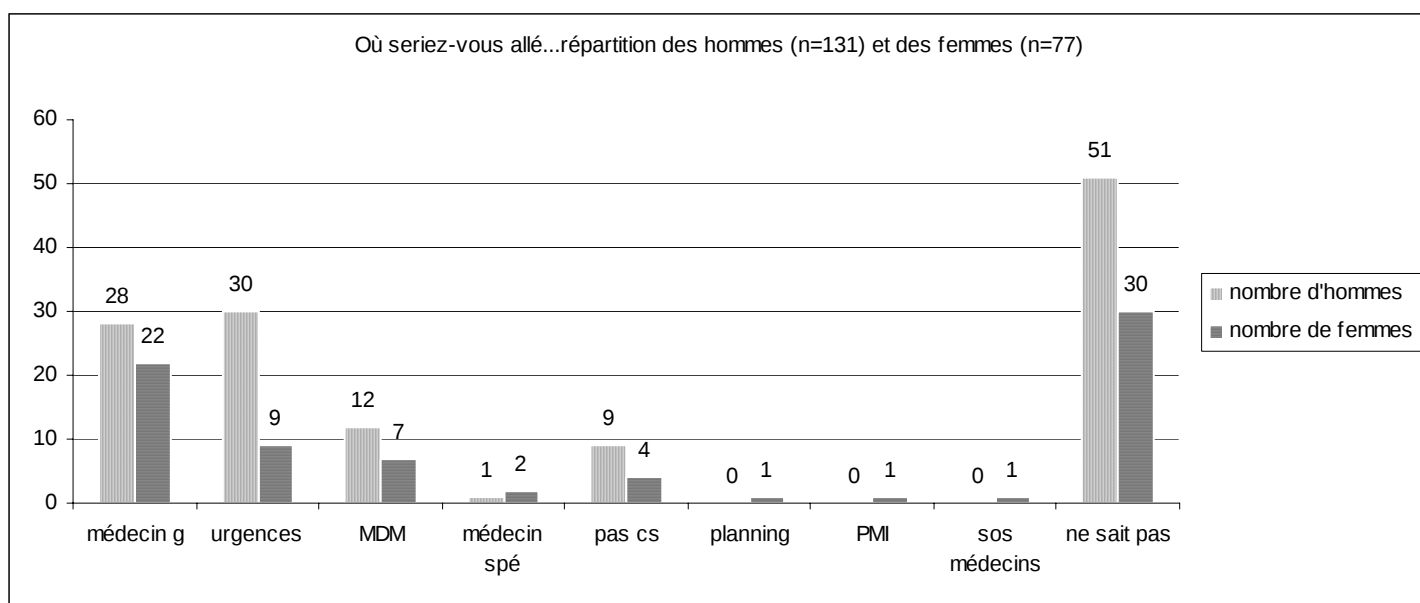


Ce graphique nous informe que sur les 208 consultants, une part importante d'entre eux (81, soit 38.9%) ne savent pas où ils seraient allé consulter si la consultation Jean Guillon n'existait pas.

Par ailleurs, 50 consultants (soit 24%) se seraient adressés à un médecin généraliste, 39 (soit 18.8%) aux urgences, 19 (soit 9.1%) au centre de Médecins du Monde, 13 (soit 6.3%) n'auraient pas consulté.

Seulement 1.4% des patients auraient consulté un médecin spécialiste, et 0.5% des patients auraient consulté au planning familial, à la PMI ou auraient appelé SOS médecins.

512. Répartition selon le sexe



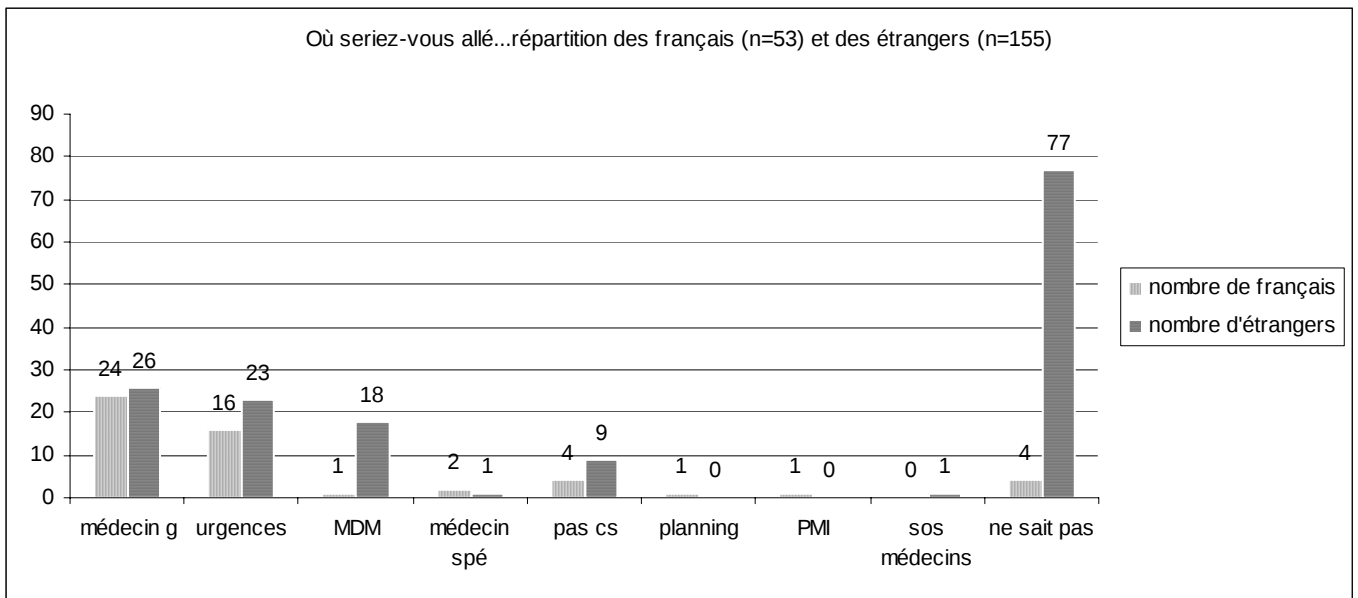
Tout d'abord, on remarque que le pourcentage d'hommes et de femmes qui ne savent pas où ils auraient consulté est identique (38.9%), tout comme celui des hommes et des femmes qui auraient consulté au centre de Médecins du Monde (9.2%).

La proportion d'hommes qui aurait consulté aux urgences est significativement plus élevée que celle des femmes (hommes : 22.9% / femmes : 11.7%) (annexe 2).

Le pourcentage d'hommes et de femmes qui auraient consulté un médecin généraliste en ville (hommes : 21.4% / femmes : 28.6%), un médecin spécialiste (hommes : 0.7% / femmes : 2.6%), ou qui n'auraient pas consulté (hommes : 6.9% / femmes : 5.2%) ne sont pas significativement différents (annexe 2).

On remarque également que 1.3% des femmes auraient consulté le planning familial, la PMI ou SOS médecins, alors que les hommes n'ont donné aucune de ces trois réponses.

513. Répartition selon la nationalité



Presque la moitié des étrangers (49.7%) ne savent pas où ils auraient consulté, alors que ce n'est le cas que pour 7.5% des français.

Les français auraient été plus nombreux que les étrangers à consulter un médecin généraliste en ville (français : 45.3% / étrangers : 16.9%), ou à se rendre aux urgences (français : 30.2% / étrangers : 14.8%).

Les étrangers auraient par contre été plus nombreux à se rendre au centre de Médecins du Monde (français : 1.9% / étrangers : 11.6%).

La comparaison de ces différents chiffres montre qu'ils sont significativement différents (annexe 2).

Les français comme les étrangers auraient très peu ou pas consulté un médecin spécialiste, le planning familial, la PMI ou SOS médecins.

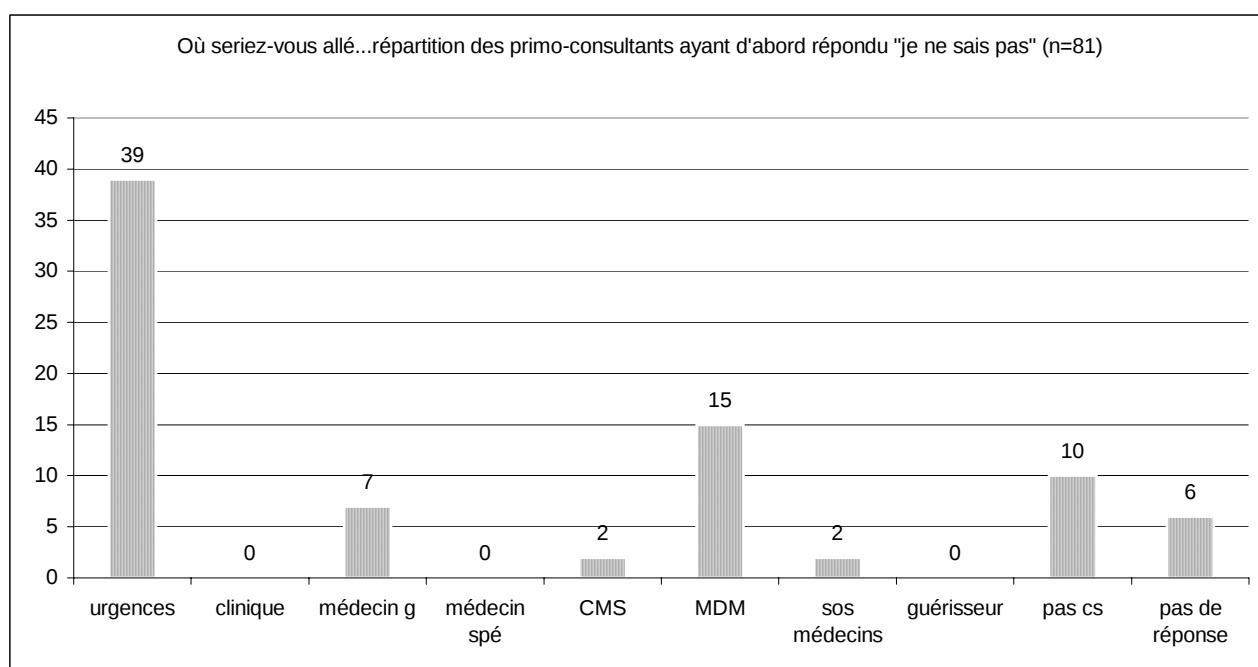
7.5% des français et 5.8% des étrangers n'auraient pas consulté.

52. Analyse des réponses données par les consultants qui n'ont pas répondu à la question ou ne savent pas où ils auraient consulté, quand on leur fait ensuite une liste de propositions.

521. Répartition de la totalité des primo-consultants

A la question « où seriez vous allé consulter si la consultation Jean Guillon n'existait pas ? », 81 consultants sur 208, c'est à dire 38.9% des consultants, n'ont pas répondu à la question ou ont répondu « je ne sais pas ».

Le graphique suivant permet de visualiser les réponses de ces 81 consultants, après leur avoir donné une liste de propositions.



L'analyse de ce graphique nous montre que presque la moitié des consultants aurait consulté aux urgences (48.1%).

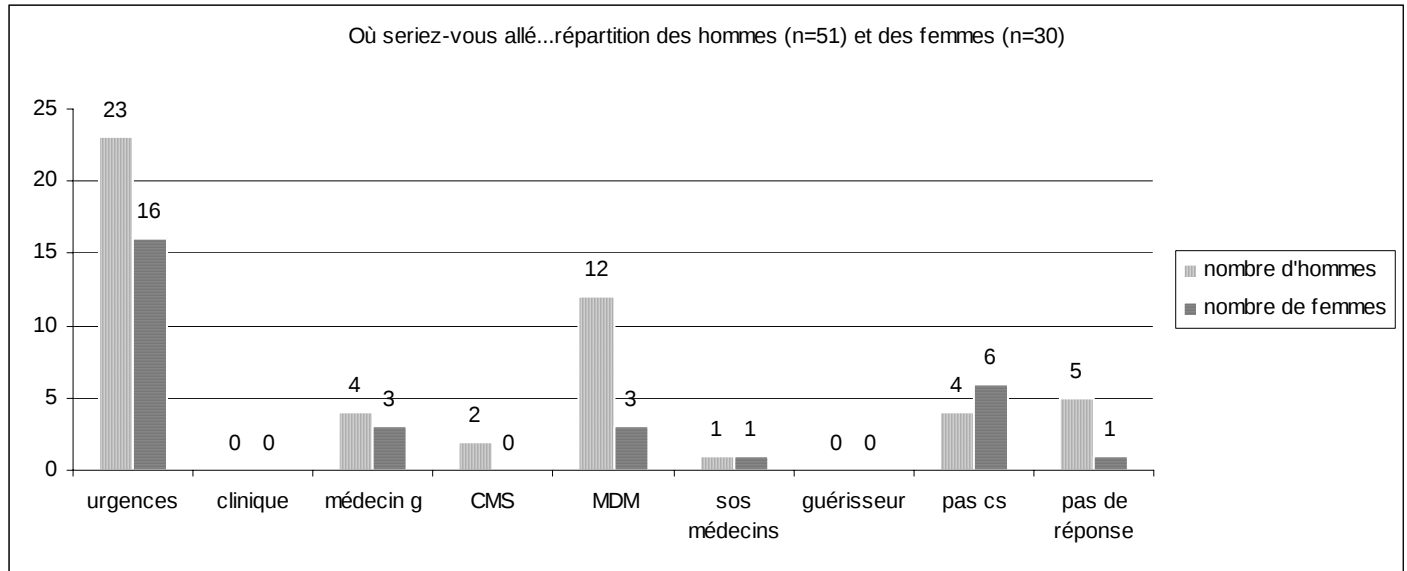
Une part importante des consultants se serait dirigée vers le centre de Médecins du Monde (18.5%), et 8.6% des consultants aurait consulté un médecin généraliste en ville.

Les clinique privées, les centre médico-sociaux, SOS médecins et les guérisseurs n'auraient reçu que très peu ou pas de consultants.

12.3% des personnes n'auraient pas consulté.

7.5% des personnes n'ont pas donné de réponse.

522. Répartition selon le sexe



La majorité des hommes (45.1%) comme des femmes (53.4%) aurait consulté aux urgences. Le centre de Médecins du Monde aurait également reçu de nombreux patients (hommes : 23.5% / femmes : 10%).

Les médecins généralistes auraient reçu 7.8% des hommes et 10% des femmes.

Les centres médico-sociaux et SOS médecins n'auraient accueilli que très peu de consultants chez les hommes comme chez les femmes (4% des hommes et aucune femme pour les centres médico-sociaux, 2% des hommes et 3.3% des femmes pour SOS médecins).

Les cliniques privées, les médecins spécialistes et les guérisseurs n'auraient reçu aucun consultant.

7.8% des hommes et 20% des femmes n'auraient pas consulté.

9.8% des hommes et 3.3% des femmes n'ont pas donné de réponse.

Les proportions d'hommes et de femmes ne diffèrent pas de façon significative (annexe 2).

523. Répartition selon la nationalité

La majorité des étrangers se seraient adressée aux urgences (48%).

Ils auraient également consulté au centre de Médecins du Monde (18.2%) ou chez un médecin généraliste (9.1%).

Ils auraient très peu consulté dans les centres médico-sociaux (2.6%) ou SOS médecins (1.3%).

Les cliniques privées, les médecins spécialistes et les guérisseurs n'auraient accueilli aucun étranger.

13% des étrangers n'auraient pas consulté.

7.8% des étrangers n'ont pas donné de réponse.

Les français ne sont que 4 à ne pas avoir donné de réponse spontanée à la question « où seriez-vous allé... ». Parmi eux, après proposition de la liste de réponses, 2 patients ont répondu qu'ils se seraient adressés aux urgences, 1 au centre de Médecins du Monde et 1 à SOS médecins.

Il est donc difficile d'effectuer des comparaisons entre français et étrangers dans ce cas, étant donné le petit nombre de consultants français dans ce groupe.

Pour conclure sur ce point, si on additionne le nombre de patients ayant répondu spontanément à ceux qui ont donné les mêmes réponses après les propositions, on obtient les résultats suivants :

- les urgences auraient accueilli 78 patients, soit 37.5% de la population ;
- les médecins généralistes auraient reçu 57 patients, soit 27.4% de la population ;
- le centre de Médecins du Monde aurait reçu 34 patients, soit 16.3% des consultants
- 23 patients, soit 11% des consultants, auraient renoncé aux soins.

CHAPITRE 3

ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

I- INTRODUCTION

Il est important de souligner le fait que les permanences d'accès aux soins de santé sont des structures récentes, et que nous ne disposons actuellement que de peu d'études sur les différentes PASS de France, afin de pouvoir comparer les données sociodémographiques et médicales des consultants de notre étude à celle des patients fréquentant les autres PASS.

Une étude prospective des caractéristiques médicopsychosociales de 350 patients ayant consulté la PASS d'Avignon a été réalisée en 2002 (29), et une étude a été menée sur les 6 premiers mois de l'année 2003 sur le territoire national, ce qui a permis la constitution d'une base de données sociales et médicales regroupant l'activité de 20 PASS (30).

Nous disposons également de données médicales et sociales sur la population en situation de précarité grâce à des études réalisées sur l'activité de centres de soins gratuits, il y a plusieurs années. Nous y ferons référence lors de notre discussion, même si ces données ne sont pas récentes et que les structures concernées ne sont pas des PASS, car ces données concernent tout comme dans notre étude une population précarisée s'adressant à une structure spécifique médico-sociale.

Voici quelques mots sur les sujets et les objectifs des différentes études auxquelles nous nous sommes intéressés :

- Le CREDES a réalisé une étude sur l'évolution du recrutement des centres de soins gratuits de 3 associations en 1989. L'objectif principal de cette recherche était d'analyser les caractéristiques sociodémographiques et la pathologie de la population faisant appel à des structures de soins gratuits destinées aux personnes précarisées et d'identifier les facteurs d'exclusion (31).

- Le CREDES a réalisé une autre étude sur les nouveaux patients des centres de soins gratuits en 1990, dont l'objectif était d'analyser les caractéristiques sociodémographiques et les morbidités dans chaque groupe de nationalité et de discuter sur la possibilité d'améliorer les mesures existantes afin de diminuer la demande de soins gratuits (32).

- Dans l'article sur « l'accès aux soins des personnes démunies à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris » paru en 1997, un bilan est fait sur les centres d'accueil créés dans différents hôpitaux parisiens depuis 1993 dans le cadre de l'accès aux soins des patients en situation de précarité. On y trouve une évaluation sociale et médicale des patients, ainsi que des données sur l'orientation des patients vers ces centres (13).

- le CREDES a réalisé une enquête sur les lieux de soins pour les démunis en 1996, afin de mettre en évidence les circuits empruntés par les personnes précarisées pour accéder aux soins, de recenser les structures de soins spécifiquement créées pour répondre aux besoins de cette population et les moyens mis en œuvre pour rétablir l'accès aux circuits ordinaires d'offre de soins à ces personnes (33).

- l'INED (institut national des études démographiques) a réalisé une enquête en région parisienne en 1995 sur le recours aux soins et la morbidité des personnes sans domicile. On y retrouve des données démographiques, socio-économiques, mais aussi sur l'hospitalisation, les soins de ville et la morbidité déclarées par cette population (34).

II- ANALYSE DES DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Tout d'abord, à propos du nombre total de consultants, nous avons recensé 208 primo-consultants entre le 15 février et le 30 avril 2002, sur un total de 565 consultations médicales. Les primo-consultants représentent donc 36.8% des consultants durant cette période, ce qui est proche du chiffre retrouvé sur l'ensemble de l'année 2002 (30% de primo-consultants et 70% de patients déjà connus de la PASS) (23).

En ce qui concerne la répartition selon le sexe, les hommes sont plus nombreux que les femmes et représentent presque 2/3 des consultants (63%). Les rapports d'activité de la PASS du CHU de Nantes confirment cette tendance avec 64% d'hommes et 36% de femmes en 2000 (22), 60% d'hommes et 40% de femmes en 2001 (35), et 56% d'hommes et 44% de femmes en 2002 (23).

En ce qui concerne l'âge, il s'agit d'une population jeune. L'âge moyen est de 30 +/- 14.1 ans (hommes : 30.6 ans / femmes : 29,1 ans, français : 33.3 ans / étrangers : 28.9 ans), les français étant en moyenne plus âgés que les étrangers (à la limite de la significativité). La répartition par tranches d'âge confirme cette tendance puisque la tranche des « 19 à 30 ans » représente 42.8% de la population totale. Les rapports d'activité de la PASS du CHU de Nantes nous donnent des chiffres comparables puisque la moyenne d'âge des consultants en 2000 est de 28.8 ans (22) et qu'elle est de 28.3 ans en 2001 (35). Concernant l'année 2002, l'âge moyen des primo-consultants est de 29.13 ans et c'est la tranche d'âge des « 18 à 30 ans » qui est majoritaire, puisqu'elle représente 44.5% des primo-consultants (23).

En ce qui concerne la nationalité, les étrangers sont plus nombreux que les français et représentent les 3/4 des consultants. La proportion d'étrangers consultant à la PASS a augmenté depuis l'année 2000 (50% en 2000, 70% en 2001 et 2002) (36).

En ce qui concerne la répartition des étrangers selon leur pays d'origine, ce sont les patients africains qui sont le plus représentés (61.9% des consultants), avec une proportion équivalente de consultants venant des pays du Maghreb et des pays Sub-sahariens. Cependant, on remarque tout de même une nette prédominance des algériens qui représentent 37.5% des africains et 17.3% de la totalité des consultants. Par ailleurs, comme nous l'avons déjà fait remarquer, les hommes sont plus souvent issus des pays du Maghreb alors que les femmes sont plus souvent issues des pays Sub-sahariens.

On peut expliquer cette grande proportion d'hommes algériens migrant en France, qui fuient leur pays face au danger du terrorisme afin de protéger leur famille, ou qui espèrent trouver en France du travail et envoyer de l'argent afin d'aider leur famille souvent nombreuse restée au pays. La France a un passé lié à celui de l'Algérie, et le fait que beaucoup d'algériens parlent le français peut expliquer le fait que la France puisse être un pays attractif pour ces personnes. La forte proportion de femmes venant des pays Sub-sahariens peut peut-être s'expliquer en partie par le fait que les femmes se retrouvent seules, dans ces pays où les conflits sont nombreux, ou par l'apparition de nouveaux réseaux de prostitution africaine.

Les caractéristiques démographiques des patients ayant consulté à la PASS d'Avignon en 2002 sont proches de celles de notre étude (29). En effet, la population est jeune, majoritairement masculine (56%), les français représentent 23% des patients et les étrangers (77%) sont originaires d'Algérie dans 25% des cas. De même, le recueil de données concernant 20 PASS en France (30) montre que les patients sont jeunes (la moyenne d'âge est de 35 ans), majoritairement masculins (59%), et que les français représentent 23% des patients et les étrangers 77% (24% sont originaires du Maghreb et 23.6% des pays Sub-sahariens).

Les données démographiques sur la population fréquentant les centres de soins gratuits retrouvées dans les 2 études réalisées par le CREDES en 1989 (31) et en 1990 (32) sont également assez proches des données de notre étude. En effet, les patients fréquentant les centres de soins gratuits en 1989 sont jeunes (57% ont entre 22 et 39 ans), et sont en majorité des hommes (63%). Les étrangers représentent 59% des patients, et parmi eux les plus nombreux sont les algériens (10.2% de la totalité des patients). Les ressortissants du Maghreb représentent 18% des patients. Les patients français sont en moyenne plus âgés que les patients étrangers. Les nouveaux patients des centres de soins gratuits en 1990 sont jeunes (la moyenne d'âge est de 28.1 ans), et sont majoritairement des hommes (60%). Les étrangers représentent 61% des patients, et 16.5% des étrangers sont maghrébins.

De même, si on se réfère à l'article concernant les patients démunis venant consulter dans les hôpitaux de l'assistance publique de Paris (13), on observe une nette prédominance masculine (70%). La moyenne d'âge des patients est d'environ 32 ans chez les hommes et 26 ans chez les femmes, et les étrangers représentent 65% des consultants.

Il est intéressant également de noter que d'après les données de l'INSEE sur le recensement de 1990, la population immigrée en France est principalement composée de nord-africains et d'européens du sud, et les algériens représentent 17.2% des étrangers immigrés en France (37).

III- ANALYSE DES DONNEES SOCIALES

En étudiant la couverture sociale des patients lors de leur première consultation, on peut constater que la moitié des consultants n'a **aucune protection sociale**. La comparaison entre les hommes et les femmes montre qu'il n'existe pas de différence significative selon le sexe mais par contre, la comparaison entre les français et les étrangers montre que la proportion d'étrangers ne bénéficiant d'aucune protection sociale est significativement plus élevée que celle des français (étrangers : 63% / français : 15%).

Ces chiffres peuvent avoir plusieurs explications, car théoriquement, il existe pour quasiment chaque consultant, quelle que soit sa situation, une protection sociale possible. On peut donc penser que cette proportion importante d'étrangers sans couverture sociale est la conséquence d'un manque d'informations, pouvant s'expliquer par la barrière de la langue et de la culture, une méconnaissance de leurs droits, la difficultés des différentes démarches administratives ainsi que la crainte, surtout pour les personnes en situation irrégulière, de se rendre dans ces structures administratives.

Les PASS, et plus particulièrement les assistantes sociales, ont à ce niveau un rôle très important, car en informant les patients sur leurs droits, elles leur permettent de procéder aux démarches administratives qui vont aboutir à l'obtention d'une couverture sociale.

Parmi les patients ayant consulté la PASS d'Avignon en 2002 (29), 48% n'ont aucune couverture sociale. De même, si on se réfère à l'étude concernant les 20 PASS de France (30), 52% des patients n'ont aucune couverture sociale.

Les 2 études réalisées par le CREDES en 1989 (31) et 1990 (32) sur la population démunie fréquentant les centres de soins gratuits mettent également en évidence le nombre important de consultants (en particulier étrangers) sans couverture sociale. En effet, parmi les patients fréquentant les centres de soins gratuits en 1989, 66.5% ne bénéficient d'aucune protection sociale (hommes : 64.3% / femmes : 70.1% ; français : 46.3% / étrangers : 80%), et parmi ceux fréquentant les centres de soins gratuits en 1990, 63.6% ne bénéficient d'aucune protection sociale (français : 44% / étrangers : 75%).

Les patients bénéficiant d'une sécurité sociale sans couverture complémentaire représentent 16.8% des consultants. La comparaison entre les hommes et les femmes ne montre pas de différence significative, alors que la comparaison entre les français et les étrangers montre que la proportion de français qui bénéficie d'une sécurité sociale sans couverture complémentaire est significativement plus importante que celle des étrangers (français : 56% / étrangers : 3%).

Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que la sécurité sociale protège les travailleurs, et que depuis l'arrêt officiel de l'immigration du travail en 1974, les entrées régulières des étrangers sont limitées : ressortissants des pays membres de la CEE ; cadres, chercheurs, techniciens, artistes bénéficiant d'une dérogation ; demandeurs d'asile ; étudiants ; parents entrés dans le cadre du regroupement familial (26).

Les consultants dont nous venons de parler n'ont pas les ressources suffisantes afin de souscrire une mutuelle, ou de prendre en charge le ticket modérateur, ou encore les frais des médicaments qui pourraient être remboursés plus tard, et de ce fait vont consulter à la PASS où ils n'ont pas à faire l'avance des frais.

Les patients bénéficiant d'une sécurité sociale et d'une couverture complémentaire représentent 1.9% des consultants (hommes : 0.8% / femmes : 3.9% ; français : 7.5% / étrangers : 0%).

Théoriquement, ces patients possédant une couverture sociale complète pourraient consulter en ville. Cependant, pour des raisons financières (ils ne peuvent pas faire l'avance des frais), ils consultent à la PASS. L'étude du CREDES sur les nouveaux patients fréquentant les centres de soins gratuits en 1990 (32) nous apprend que « bien que 90% des français aient droit à l'assurance maladie, la moitié d'entre eux fréquente les centres de soins gratuits pour des raisons financières. L'autre moitié ne peut effectuer les démarches longues et complexes ou ignore ses droits. »

Les patients bénéficiant de la CMU et de la CMU complémentaire représentent 13.5% des consultants. Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes, les français et les étrangers.

Cette couverture sociale complète permet l'accès aux soins de ville et aux médicaments par les pharmacies de ville sans avance de frais, alors comment expliquer le fait que ces patients viennent consulter à la PASS ? On peut évoquer plusieurs hypothèses : les patients changent souvent de lieu de résidence, ne savent pas quel médecin consulter et trouvent plus pratique de consulter dans l'enceinte de l'hôpital, toujours bien indiqué et facile d'accès.

Une autre hypothèse peut être les contraintes liées à la consultation chez le médecin généraliste (appel, prise de rendez-vous, consultation non immédiate...) et parfois la réticence de certains médecins à accueillir les patients bénéficiaires de la CMU (ils sont toutefois de moins en moins nombreux, du fait d'une meilleure connaissance de la CMU).

Enfin, il faut savoir que le fait d'avoir une couverture sociale complète n'est pas le seul facteur permettant une orientation des patients en ville dans de bonnes conditions. En effet, il est également nécessaire que le patient ait un logement stable, afin de le fidéliser à un médecin généraliste donné, qu'il s'exprime en français (ou connaisse un proche pouvant lui servir d'interprète), et qu'il n'y ait plus de problèmes médicaux spécialisés en suspens, afin de ne pas risquer de rupture dans la continuité de la prise en charge. Ces différents obstacles à une réorientation des patients en ville sont régulièrement évalués lors de réunions pluridisciplinaires hebdomadaires au sein de la consultation (23).

Les patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat (AME) représentent 16.8% des consultants. Ce ne sont que des consultants étrangers (22.6% d'entre eux ont l'AME) et il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

Cette couverture sociale ouvre droit aux soins dispensés par le service public hospitalier pour les adultes, en service hospitalier et en ambulatoire chez les enfants. Pendant les trois premières années de présence sur le territoire français, la prescription hospitalière peut être honorée par les pharmacies de ville sans avance de frais et dans la limite des tarifs de remboursement de la sécurité sociale. A partir de trois ans de présence sur le territoire, tout bénéficiaire peut accéder aux soins de ville.

IV- ANALYSE DES DONNEES MEDICALES

1. REPARTITION DES PRIMO-CONSULTANTS SELON LEURS MOTIFS DE CONSULTATION

Dans un premier temps, nous avons distingué les patients consultant pour un acte de prévention des patients consultant pour un symptôme ou une pathologie bien définie.

On remarque que la plupart des patients (82.2%) consulte pour **un symptôme ou une pathologie** bien définie, et que la majorité des pathologies présentées sont **des affections aiguës bénignes** nécessitant une prise en charge ponctuelle (63.9%).

Les patients consultant pour **une pathologie chronique**, qui nécessite un suivi à long terme, représentent 16.4% de la population. Parmi ces pathologies, on retrouve des problèmes cardiaques (2 cas d'insuffisance cardiaque, 3 cas d'hypertension artérielle, 1 cas d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs), psychiatriques (2 cas de dépression et 1 cas de névrose), rhumatologiques (4 cas d'arthrose, 2 cas de gonalgies, 1 cas de dorsalgies),

endocrinologiques (4 cas de suivis de diabète), gastroentérologiques (3 cas d'hépatite C, 1 cas d'hépatite B, 3 cas d'alcoolisme chronique, 1 cas de reflux gastro-oesophagien, 1 cas de douleurs abdominales chroniques), pneumologiques (1 cas de BPCO et 2 cas de tuberculose en cours de traitement), ORL (1 cas d'otalgies chroniques) et hématologiques (1 cas de drépanocytose).

Les patients consultant pour **une pathologie potentiellement urgente** sont très peu nombreux (1.9%). Quatre patients seulement ont consulté pour des motifs urgents : une crise d'asthme, des métrorragies abondantes dues à la présence d'un fibrome utérin, une forte suspicion de tuberculose et une décompensation névrotique.

Ceci peut s'expliquer par le fait que l'infirmière de la PASS accueille chaque jour les consultants et les oriente directement vers les urgences si nécessaire.

Il est évident que ces patients qui consultent pour un symptôme ou une pathologie bien définie justifieraient également de soins de prévention. En effet, comme le souligne D. Farge dans l'article paru dans la revue de médecine interne sur la médecine de premier secours (30), « les inégalités apparaissent encore plus grandes en matière de prévention qu'en matière de soins. »

Ceci peut s'expliquer par le fait que les personnes socialement défavorisées se sentent plus étrangères dans le monde médical, ont moins de connaissances médicales, supportent plus la douleur et utilisent donc moins de soins préventifs.

Les patients consultant pour **un acte de prévention** représentent 17.8% du nombre total des primo-consultants, soit 37 patients. On retrouve dans cette catégorie 7 demandes de bilans de santé, 6 demandes de certificats prénuptiaux, 4 demandes de certificats de sport, 1 demande de certificat pour coups et blessures, 6 demandes de dépistages par des sérologies (VIH, hépatite B et/ou hépatite C), 4 demandes de vaccinations, 2 demandes de certificats de travail, 2 demandes de certificats de bonne santé pour l'école, 2 demandes de contraception et 3 consultations pour suivi de grossesse. Nous reparlerons de ces différentes demandes un peu plus tard.

Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les motifs de consultation.

Par contre, la proportion de français consultant pour une pathologie chronique est, à la limite de la significativité, supérieure à celle des étrangers (français : 28% / étrangers : 17%), ce qui peut peut-être s'expliquer par de meilleures connaissances médicales chez les français, qui sont conscients que certaines pathologies nécessitent un suivi régulier, mais aussi par le fait que dans certains pays sous-médicalisés, les pathologies chroniques comme l'hypertension artérielle, le diabète...sont sous diagnostiquées.

2. ANALYSE DES PATHOLOGIES RENCONTREES

Les différents motifs de consultations ou diagnostics posés ont été regroupés en différents secteurs médicaux, que nous allons analyser dans leur ordre d'importance.

Ce sont **les motifs de consultation étiquetés « autres »** qui sont les plus représentés puisqu'ils correspondent à 16.3% de l'ensemble des motifs.

Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes concernant ces motifs (hommes : 16.1% / femmes : 16.9%). Par contre, la proportion d'étrangers consultant pour des motifs « autres » est, à la limite de la significativité, supérieure à celles des français (étrangers : 19.3% / français : 7.5%).

Cette différence entre français et étrangers peut s'expliquer par le fait que ce sont presque exclusivement les étrangers qui consultent pour des *demandes de certificats* : certificats de sport pour les enfants (4 cas), de bonne santé pour que les enfants puissent être scolarisés (2 cas), de bonne santé pour pouvoir travailler (2 cas), certificats prénuptiaux (5 cas) -en effet, certains étrangers cherchent à se marier avec un(e) français(e) afin de pouvoir rester en France - ou enfin certificats pour coups et blessures (1 cas). Il est étonnant de voir qu'il n'y ait qu'une seule demande pour un certificat de constatation de coups et blessures, car ces certificats sont souvent demandés à la PASS par les étrangers afin de compléter leurs dossiers de demande d'asile politique auprès de l'OFPRA. On peut donc en déduire que ces demandes ne se font pas le plus souvent lors de la première consultation, soit par méconnaissance des droits, soit par manque de confiance lors de ce premier contact, les patients préférant attendre de mieux connaître le service pour faire ce genre de demande. En ce qui concerne les français, un seul patient a consulté pour une demande de certificat (prénuptial).

Les consultants venant pour des *bilans de santé* (7 cas) n'avaient aucune plainte somatique particulière, et on peut alors évoquer plusieurs hypothèses expliquant leur venue à la consultation. Il s'agit peut-être d'une façon de rentrer en contact avec l'équipe de la consultation afin d'avoir des repères en cas de problèmes de santé ultérieurs, ou il peut s'agir d'une demande sociale à la base, mais le fonctionnement de la consultation est tel que les consultants doivent passer par le bureau médical lors de leur première venue (dans ce cas, les consultants ayant seulement un problème d'ordre social devraient être suivis par une assistante sociale de secteur, ce qui permettrait de « libérer » des places à la consultation pour des personnes ayant des problèmes médicaux).

Les patients consultant pour des *sérologies de dépistage* de l'infection par le VIH, le virus de l'hépatite B et/ou le virus de l'hépatite C sont étrangers. Parmi ces 6 patients, on retrouve 4 femmes (2 femmes nigériennes de 24 ans, une femme angolaise de 43 ans et une femme tunisienne de 42 ans) et 2 hommes (1 homme rwandais de 20 ans et un homme roumain de 45 ans), venant pour la plupart de zones à risque d'infection.

L'infection par le VIH a d'abord été décrite en France chez des migrants originaires d'Afrique centrale, épicentre probable de la pandémie actuelle (37). Le VIH1 est le plus répandu, les immigrés à haut risque étant ceux originaires d'Afrique noire et des Caraïbes. Le VIH2 est plus rare et le plus souvent présent chez les Africains lusophones (qui parlent portugais).

A propos de l'infection par le virus de l'hépatite B, on sait que la prévalence du portage de l'antigène HBs varie de 5 à 20% selon l'origine géographique et que chez les immigrés de la zone intertropicale, par rapport à la population française, la prévalence des anticorps anti-HBs

est multipliée par 4, et le portage chronique de l'antigène HBs par 5 à 10. Le dépistage d'une telle infection est très important car un traitement est possible et car il existe une vaccination pour les personnes non infectées.

A propos de l'infection par le virus de l'hépatite C, il semblerait qu'elle soit plus liée à l'existence de facteurs de risques, et en particulier à la toxicomanie.

Les patients consultant pour des demandes de *vaccinations* (4 cas) sont des enfants mineurs. Enfin, nous avons classé dans cette catégorie deux cas de malaises vagues, étant donné qu'on ne pouvait les inclure dans aucune autre catégorie.

Les pathologies ORL représentent 15.9% des motifs de consultation.

Elles sont fortement représentées chez les hommes (16.8%) comme chez les femmes (14.3%), chez les étrangers (18%) comme chez les français (9.4%).

Il s'agit d'un motif de consultation fréquemment retrouvé lors des différentes études. Ainsi, si on se réfère aux caractéristiques médicales des patients venant consulter au centre de Médecins du Monde à Nantes en 2001 (38), on voit que pour la première consultation médicale, 11% des patients viennent pour une pathologie ORL.

De même, si on se réfère aux études réalisées par le CREDES sur la population fréquentant les centres de soins gratuits (31,32), on voit que la pathologie respiratoire (y compris ORL) est la plus fréquente. Elle représente 18.2% des diagnostics posés dans l'étude réalisée en 1989 (hommes : 21.9% / femmes : 23.5%), et 23.1% des diagnostics posés dans l'étude réalisée en 1990 (français : 26.2% / étrangers : 21%). Pour pouvoir comparer ces données avec les nôtres, il faudrait rajouter aux 15.9% correspondant à la pathologie ORL les 4.8% correspondant à la part des motifs pneumologiques. On obtiendrait alors un groupe que l'on pourrait appeler « pathologie respiratoire », qui représenterait 20.7% des motifs de consultation, et serait donc le plus représenté.

Dans le groupe des pathologies ORL, on retrouve principalement des infections des voies aériennes supérieures bénignes (12 cas de rhinopharyngites, 8 cas d'angines, 4 cas d'otites, 2 cas de trachéites et 1 cas de sinusite), les autres pathologies étant très peu nombreuses (2 cas d'épistaxis, 1 cas de vertiges, 1 cas de bouchon de cérumen, 1 cas d'hypoacousie, 1 cas d'otalgies chroniques). Ces infections, virales dans la majorité des cas, peuvent s'expliquer chez les étrangers par des modifications climatiques auxquelles ils doivent s'adapter. On notera tout de même que l'étude a été réalisée de février à avril, période pendant laquelle les infections ORL sont plus fréquentes que durant la période estivale par exemple, ce qui peut fausser les résultats obtenus.

Dans le groupe des infections pneumologiques, on retrouve 5 cas de bronchites, 1 cas de BPCO, 1 cas d'asthme et 3 cas de tuberculose. En ce qui concerne les cas de tuberculose, le premier cas était une forte suspicion chez une femme angolaise de 24 ans. Dans les deux autres cas, chez un français de 41 ans et chez un roumain de 31 ans, le diagnostic de tuberculose avait été posé et le traitement débuté.

Concernant la tuberculose (37), sa décroissance a pris fin en France en 1988 et son incidence augmente depuis lors. Le lien entre tuberculose et pauvreté est à nouveau apparent avec des causes multiples : détérioration de la situation économique et sociale, infection par le VIH, immigration depuis les pays de forte endémie, vieillissement de la population avec réactivation de primo-infections anciennes. En ce qui concerne les étrangers, la situation épidémiologique dans les pays d'origine contribue à expliquer l'incidence plus élevée chez les

maghrébins et les noirs africains. Le logement insalubre, l'alimentation insuffisante, la pénibilité du travail, l'environnement surpeuplé, un déficit immunitaire sous-jacent sont directement liés au développement de la maladie. Les tests tuberculiniques effectués chez les migrants en France montrent que plus de 80% des noirs africains ont une IDR tuberculinique positive en l'absence de toute vaccination. Le taux d'incidence de la tuberculose en 1993 en France est de 11.5/100000 chez les français et de 68.5/100000 chez les étrangers, soit une hausse respective de 12.8% et de 14% depuis 1992. Les étrangers atteints de tuberculose sont au nombre de 2520 et sont originaires du Maghreb (36%), d'Afrique noire (28.7%), d'Europe (13.7%) et d'Asie (11.4%). La localisation de la maladie varie selon l'origine des sujets et on retrouve plus de localisations extra pulmonaires chez les étrangers que chez les français (34% contre 27%). Dans la plupart des cas, la tuberculose apparaît dans un délai de 6 à 18 mois après l'arrivée en France. Dans ces populations, des résistances aux antituberculeux classiques ont été décrites, d'où l'importance de bien traiter ces patients.

On peut également rappeler ici que dans son travail sur la tuberculose à la consultation Jean Guillon, B. Rouiller a évalué l'incidence annuelle de cette maladie au sein de la PASS à 59/100000 (10).

La pathologie digestive représente 13.5% des motifs de consultation, 16% des motifs chez les hommes et 9% chez les femmes, 18.9% chez les français et 11.6% chez les étrangers.

Si on se réfère aux caractéristiques médicales des patients venant consulter au centre de Médecins du Monde de Nantes (38), la pathologie digestive apparaît en troisième position avec 10.4% des diagnostics effectués lors de la première consultation médicale.

L'étude du CREDES sur la population fréquentant les centres de soins gratuits en 1989 (31) nous informe que la pathologie digestive représente 9.5% des diagnostics retenus (hommes : 12.7% / femmes : 10.2%) et dans celle réalisée en 1990 (32), la pathologie digestive représente 10.1% des diagnostics (français : 7.2% / étrangers : 12%).

Les pathologies digestives regroupent différentes plaintes et diagnostics : 6 cas de douleurs abdominales, 3 cas de gastralgies, 2 cas de reflux gastro-oesophagien, 6 cas de gastro-entérites, 2 cas d'oxyures, 2 cas d'hémorroïdes, 3 cas d'alcoolisme chronique, 3 cas d'hépatite C chronique et 1 cas d'hépatite B chronique.

Chez les étrangers, l'importance de cette pathologie peut peut-être s'expliquer en partie par les changements d'alimentation.

On peut être surpris qu'il n'y ait pas plus de diagnostics de parasitoses digestives chez les étrangers, car la littérature nous informe que les parasitoses digestives sont très fréquentes chez les migrants (37). Elles peuvent avoir des formes cliniques et/ou biologiques variables et peuvent se manifester par des signes cliniques non spécifiques tels que des douleurs abdominales, une diarrhée. Il faut également savoir que l'incidence et le type de parasitose est variable selon l'origine géographique des patients.

Il est donc possible que nous soyons passés à côté de certaines parasitoses. Peut-être pourrait-on mieux informer les médecins de la PASS sur ces différentes pathologies, afin qu'ils effectuent d'avantage de recherches dans ce sens.

La pathologie dermatologique est ensuite la plus représentée, avec 12% des motifs de consultation. La répartition entre hommes et femmes, ainsi qu'entre français et étrangers ne montre pas de différence significative, cette pathologie représentant respectivement 10.7%, 14.3%, 15.1% et 10.9% des motifs de consultation dans les différents groupes étudiés.

Au centre de Médecins du Monde de Nantes (38), c'est la pathologie dermatologique qui arrive en tête des diagnostics lors de la première consultation médicale avec 11.7%.

De même, l'importance des problèmes cutanés est retrouvée dans les études réalisées par le CREDES sur la population fréquentant les centres de soins gratuits (31,32), car ils représentent 11.1% des diagnostics dans l'étude réalisée en 1989 (hommes : 15.9% / femmes : 10%) et 13.3% des diagnostics dans l'étude réalisée en 1990 (français : 16.2% / étrangers : 11.7%).

Les problèmes cutanés sont divers et variés et on a retrouvé 5 cas d'eczéma, 3 cas de gale, 2 cas d'urticaire, 1 cas de piqûres d'insectes (puces), 6 cas d'infections fongiques (2 mycoses interdigitales plantaires, 2 cas de pityriasis versicolor, 2 cas de dermatophytes), 2 cas de verrues, 2 cas d'acné, 1 cas d'ongle incarné, 1 cas de loupe du cuir chevelu, 1 cas de varicelle et 1 cas d'herpès labial. Ces deux derniers cas, bien qu'appartenant au groupe des infections virales, ont été classés parmi les pathologies dermatologiques du fait de leurs manifestations cutanées évidentes.

Une étude réalisée à l'hôpital Saint-Louis à Paris sur la consultation dermatologique en situation de précarité (39) montre que les facteurs socio-économiques défavorables, le manque d'hygiène et la promiscuité concourent à l'apparition de pathologies dermatologiques, à leur pérennisation et à leur surinfection. Les pathologies liées aux conditions socio-économiques étaient les plus fréquemment représentées : gale (56.5%), pédiculose (22.4%), et infections cutanées (7.2%). Les autres étaient le reflet d'une consultation classique de dermatologie : eczéma (27%), kystes sébacés (9.7%), prurit (5.5%), mycoses (4.6%), urticaire (4.2%), ulcère (3.4%), psoriasis, brûlure, acné, varicelle, condylomes et kératoses.

Parmi les pathologies retrouvées lors de notre enquête, nous retrouvons également un grand nombre de pathologies qui sont liées aux conditions de vie difficiles et au terrain de ces personnes précarisées (40).

On note que le grand nombre d'eczémas peut s'expliquer en partie par les effets secondaires du traitement scabicide, mais aussi par l'existence de gales compliquées d'eczéma.

La pathologie rhumatologique représente 9.6% des motifs de consultation, il s'agit donc d'un problème important. Il n'y a pas de différence significative entre les hommes (7.6%) et les femmes (13%), ni entre les français (5.7%) et les étrangers (10.9%).

Au centre de Médecins du Monde de Nantes (38), la pathologie ostéoarticulaire représente 9.1% des pathologies.

Dans l'étude réalisée par le CREDES sur la population fréquentant les centres de soins gratuits en 1989 (31), elle représente 5.2% des diagnostics (hommes : 6.6% / femmes : 6.1%) et 6.3% des diagnostics dans l'étude réalisée en 1990 (32) (français : 4.1% / étrangers : 8%).

Parmi les pathologies rhumatologiques, on retrouve une majorité de problèmes aigus (3 cas de lumbago, 7 cas de sciatique, un cas de torticolis, un cas de douleurs articulaires lors d'une poussée de maladie de Behcet) et quelques problèmes chroniques (4 cas d'arthrose, 3 cas de gonalgies chroniques et 1 cas de dorsalgies chroniques).

Les problèmes rhumatologiques aigus rencontrés surviennent en général dans un contexte d'effort physique relativement important (port de charges lourdes, activités entraînant une forte sollicitation du rachis), comme par exemple pendant un travail. Malgré le fait que les étrangers n'ont plus le droit au travail, on peut supposer que certains vont quand même

travailler de manière illégale, parfois dans des conditions difficiles, voire dangereuses, ce qui favorise les accidents et les traumatismes. Quant aux étrangers qui travaillent légalement, ils occupent le plus souvent des postes manuels peu qualifiés, et il semblerait que la fréquence des accidents du travail soit plus grande chez les étrangers, à cause des emplois peu qualifiés qu'ils occupent, des difficultés de compréhension de la langue, de l'insuffisance de leur apprentissage, qui peuvent expliquer beaucoup d'inadaptations des postes de travail (41).

La violence peut parfois aussi expliquer certaines de ces pathologies, car les conditions de vie de certains patients, principalement ceux qui n'ont pas de domicile fixe, favorisent les tensions et les conflits (42). L'étude réalisée par le CREDES sur la population fréquentant les centres de soins gratuits en 1989 (31) montre que le pourcentage de diagnostics de traumatismes augmente quand on compare les patients avec un logement stable (4.9%), un logement précaire (5.2%), et les patients à la rue (9.4%). Par contre, on ne dispose pas de données sur d'éventuelles séquelles de violences et/ou sévices subis par certains patients dans leurs pays d'origine.

La pathologie gynécologique représente 5.3% des motifs de consultation, et surtout 14% des motifs de consultation des femmes.

Les données concernant le centre de Médecins du Monde de Nantes (38) retrouvent l'importance des pathologies gynécologiques, puisqu'elles représentent 9.1% de l'ensemble des diagnostics. L'étude du CREDES sur la population fréquentant les centres de soins gratuits en 1989 (31) montre que plus d'une femme sur cinq vient consulter pour un problème gynécologique ou un suivi de grossesse, et celle réalisée en 1990 (32) que la pathologie gynécologique représente 8.9% des motifs (français : 4.2% / étrangers : 10.5%).

Parmi les différents motifs de consultation, on retrouve des suivis de grossesse (5 cas, 1 française et 4 étrangères), des demande de contraception (2 cas, 1 française et 1 étrangère), des infections mycosiques (3 cas, 1 française et 2 étrangères) et un cas de fibrome utérin découvert chez une femme étrangère venant pour des métrorragies.

Les femmes enceintes d'origine étrangère sont nombreuses à se présenter à la PASS, parfois même à un terme très avancé, et sans avoir bénéficié d'un suivi antérieurement. Leur prise en charge est compliquée, et il est souvent difficile d'expliquer la nécessité d'un examen gynécologique, de prises de sang, d'échographies, pour le suivi d'une grossesse qui n'est pas une maladie, d'autant plus qu'il existe souvent une barrière linguistique et culturelle. D'ailleurs, certaines femmes qui semblaient avoir compris les explications données ne se rendaient pas par la suite aux rendez-vous : s'agit-il d'un problème de compréhension, d'une peur que ces différents examens ne soient préjudiciables au bébé, d'une non reconnaissance de la nécessité d'effectuer ces examens, car elles ne sont pas malades ?

Le fait que les femmes étrangères consultent plus pour des grossesses peut s'expliquer par leur fécondité plus grande que celle des femmes françaises, et que dans certains pays, la grande multiparité est fréquente, l'enfant étant source de richesse.

La pathologie dentaire représente 5.3% des motifs de consultation, concerne seulement les hommes (8.4%).

Les données du centre de Médecins du Monde de Nantes (38) retrouvent que la pathologie dentaire représente 3.9% des diagnostics.

Les études réalisées par le CREDES sur la population fréquentant les centres de soins gratuits retrouvent des chiffres plus importants : dans l'étude réalisée en 1989 (31), la pathologie dentaire arrive en seconde position et représente 12.4% des diagnostics (hommes : 17.4% / femmes : 12.1%), tout comme dans l'étude réalisée en 1990 (32) où elle arrive en seconde position et représente 16.5% des diagnostics (français : 15.7% / étrangers : 16.8%).

Tous les patients consultaient pour des douleurs dentaires (11 cas), et ceci probablement à cause d'un manque d'hygiène bucco-dentaire, plus fréquent encore chez les personnes sans domicile fixe ou à la rue, et favorisant la survenue d'infections et de caries. Ces patients étaient directement adressés au centre de soins dentaire du CHU, pour prise en charge.

De plus, une étude réalisée par l'INED en 1995 sur le recours aux soins et la morbidité des personnes sans domicile permanent en région parisienne (34) note que les atteintes dentaires sont rares (4%), sans doute peu dépistées.

La pathologie pneumologique représente 4.8% des motifs de consultation et a déjà été évoquée.

La pathologie psychiatrique représente 4.3% des motifs de consultation.

Il n'existe pas de différence significative selon le sexe (hommes : 4.6% / femmes : 3.9%), mais par contre, la proportion de français souffrant d'une pathologie psychiatrique est significativement plus élevée que celle des étrangers (français : 9.4% / étrangers : 2.5%). Dans l'étude concernant 20 PASS en France, on retrouve également le fait que les troubles psychiques sont plus fréquents chez les français (30).

Selon les données du centre de Médecins du Monde de Nantes (38), 4.9% des patients consultent pour une souffrance psychique et 3.6% pour une pathologie psychiatrique, ce qui fait au total 8.5% des diagnostics.

L'étude réalisée sur l'accès aux soins des personnes démunies à l'AP-HP (13) note que les pathologies psychiatriques sont souvent peu évaluées dans le contexte de la précarité mais que pourtant, 35% des patients déclarent se sentir dépressifs et 22% ont déjà consulté un psychiatre ou un psychologue.

L'étude réalisée en 1995 par l'INED sur le recours aux soins et la morbidité des personnes sans domicile permanent en région parisienne (34) remarque que les personnes sans domicile se différencient des autres personnes d'âge et de sexe comparable par des taux nettement plus élevés de troubles psychiques (20% contre 13%).

Parmi les pathologies d'ordre psychiatrique, on retrouve 2 cas de dépression, 6 cas d'anxiété et 1 cas de décompensation psychiatrique.

Comme nous l'avons déjà vu précédemment, le processus de précarisation fragilise l'équilibre psychique en créant chez l'individu un sentiment d'insécurité qui va lui-même conduire à un état d'anxiété plus ou moins grand, une dégradation de l'image de soi et un sentiment d'inutilité sociale, donc une souffrance psychique. L'angoisse, la dépression et les tentatives d'y échapper par l'usage de psychotropes forment la toile de fond de la vie psychique de ces patients. L'écoute du médecin est alors essentielle pour le traitement de ces personnes.

Selon un article de la revue du praticien paru en 1996 sur la précarité et la misère (42), il est raisonnable d'estimer que 20% des personnes désocialisées sont psychotiques, et que les personnalités pathologiques (le plus souvent antisociales et limites) abondent parmi cette population.

La pathologie traumatologique représente 3.8% des motifs, concerne seulement les hommes (6.1%), 5.7% des français et 3.2% des étrangers.

Les données du centre de Médecins du Monde de Nantes (38) retrouvent un pourcentage de 2.9% pour les diagnostics traumatiques.

Dans l'étude réalisée par le CREDES en 1989 sur la population fréquentant les centres de soins gratuits (31), la pathologie traumatologique représente 4.5% des diagnostics, avec une plus forte proportion chez les hommes (6.8%) que chez les femmes (3.3%), et dans celle réalisée en 1990 (32), la pathologie traumatologique représente 5.5% des diagnostics (français : 6.8% / étrangers : 5%).

Parmi les pathologies traumatiques, on retrouve 2 cas d'entorse de cheville, 1 cas de traumatisme de la jambe, 1 cas de fracture de l'avant-bras plâtrée, 1 cas de suture, 1 cas de traumatisme de la main, 1 cas de plaie de la main et 1 cas de fracture d'une phalange de la main. Comme nous l'avons déjà fait remarquer précédemment, la violence peut expliquer la fréquence de ces traumatismes, car les conditions de vie difficiles de ces personnes, parfois à la rue, favorisent les conflits.

La pathologie cardio-vasculaire représente seulement 2.9% des motifs de consultation, sans différence significative selon le sexe (hommes : 2.3% / femmes : 3.9%) ou la nationalité (français : 1.9% / étrangers : 3.2%).

Selon les données du centre de Médecins du Monde de Nantes (38), la pathologie cardio-vasculaire représente 5.5% des diagnostics.

Dans l'étude réalisée par le CREDES sur la population fréquentant les centres de soins gratuits en 1989 (31), 3.7% des diagnostics font partie des pathologies cardio-vasculaires, sans distinction entre les hommes (4.4%) et les femmes (4.8%), et dans l'étude réalisée en 1990 (32), 4.7% des diagnostics font partie des pathologies cardio-vasculaires (français : 6.4% / étrangers : 4%).

Dans l'étude de l'INED de 1995 sur le recours aux soins et la morbidité des personnes sans domicile permanent en région parisienne (34), on remarque que les maladies cardio-vasculaires sont relativement rares (6%), sans doute peu dépistées.

Parmi les cas de pathologie cardio-vasculaire, on a retrouvé 3 cas de suivi pour hypertension artérielle, 2 cas de suivi pour insuffisance cardiaque, et 1 cas d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

La fréquence des maladies cardio-vasculaire est certainement sous estimée, car elles sont peu dépistées chez ces personnes qui consultent peu, viennent parfois de pays sous-médicalisés, et ne présentent pas obligatoirement de signes fonctionnels.

La pathologie ophtalmologique représente 2.9% des motifs de consultation, sans différence significative selon le sexe (hommes : 3.1% / femmes : 2.6%) ou la nationalité (français : 3.8% / étrangers : 2.5%).

Le centre de Médecins du Monde de Nantes (38) retrouve 3.6% de consultations ophtalmologiques.

L'étude du CREDES sur la population fréquentant les centres de soins gratuits en 1989 (31) retrouve 3.1% de troubles de la vue, sans différence entre les hommes (4.1%) et les femmes

(3.3%), et l'étude réalisée en 1990 (32) retrouve 6.9% de troubles de la vue, sans différence entre les français (7.8%) et les étrangers (7%).

Parmi les différents motifs de consultation ophtalmologique, on retrouve 5 cas de baisse d'acuité visuelle et 1 cas de conjonctivite allergique.

La pathologie endocrinienne représente 1.9% des motifs de consultation, sans différence significative selon le sexe (hommes : 1.5% / femmes : 2.6%) ou la nationalité (français : 1.9% / étrangers : 1.9%).

Selon les chiffres du centre de Médecins du Monde de Nantes (38), la pathologie endocrinienne représente 2.6% des pathologies.

Les patients de ce groupe (4 cas) venaient tous consulter dans le cadre du suivi de leur diabète.

La pathologie urologique représente 1% des motifs de consultation, et concerne 2 hommes étrangers.

Selon les chiffres du centre de Médecins du Monde de Nantes (38), la pathologie urologique et néphrologique représente 4.5% des pathologies.

Les patients de ce groupe venaient consulter pour une infection urinaire et une hernie inguinale.

La pathologie hématologique représente 0.5% des motifs et concerne 1 femme étrangère qui consulte pour un problème de drépanocytose déjà connu.

V- ANALYSE DES REPONSES A LA QUESTION : «QUI VOUS A CONSEILLE DE VENIR A LA CONSULTATION JEAN GUILLON ? »

Il s'agit d'un objectif principal de notre étude. Après 3 ans de fonctionnement, la PASS est une structure de soins qui semble relativement bien repérée. En effet, les rapports d'activité de la PASS du CHU de Nantes 2000 (22) et 2001 (35) nous montrent que l'activité de la consultation est de plus en plus importante puisqu'on dénombre 2415 actes de soins, 2136 consultations médicales et 1390 entretiens sociaux en 2000, contre 4733 personnes accueillies, 3074 consultations médicales et 1993 entretiens sociaux en 2001. En 2002 (23), les nombres d'accueils (5807), de consultations médicales (2712) et d'entretiens sociaux (2075) sont globalement stables, après cette augmentation entre 2000 et 2001 due à une meilleure connaissance de la structure par les patients et les partenaires sociaux. Le fonctionnement de la PASS, qui nécessite une étroite collaboration entre médecins, assistantes

sociales, infirmières..., est très dépendant d'un travail en réseau efficace. En effet, dans un premier temps, les patients y sont adressés par l'hôpital (réseau interne) ou les différentes personnes ou structures d'accueil, administratives... (réseau externe). Dans un deuxième temps, le but de la consultation est de réintégrer les patients dans le système de droit commun, d'où la nécessité d'avoir des relais sociaux et médicaux. Nous allons donc, à travers les réponses à cette question, tenter d'évaluer l'importance des réseaux internes et externes créés depuis la mise en place de la PASS et leur efficacité.

Dans un premier temps, nous avons réparti les patients en 4 groupes différents, selon qu'ils aient été adressés à la consultation par une institution, une association, un professionnel de santé ou par une autre personne.

Les résultats obtenus montrent que c'est principalement par le « bouche à oreille » que les patients ont connaissance de l'existence de la consultation, puisque qu'ils sont adressés par « une autre personne » dans presque la moitié des cas (42.3%).

Les institutions, regroupant les structures d'hébergement et de soins, jouent également un rôle important puisqu'elles adressent 25% des patients de la consultation.

Les associations intervenant dans la lutte contre la précarité adressent 18.8% des patients et les professionnels de santé n'adressent qu'un petit nombre de consultants (14%).

La comparaison entre les hommes et les femmes ne montre pas de différence significative, alors que la comparaison entre les français et les étrangers montre que la proportion de français conseillée par une institution est significativement plus élevée que celle des étrangers (français : 39.6% / étrangers : 20%), tout comme la proportion de français conseillée par les urgences (français : 18.9% / étrangers : 3.2%). Ceci peut peut-être s'expliquer par le fait que les français s'orientent mieux dans le système de soins.

L'importance du nombre de **consultants adressés par le « bouche à oreille »** n'est pas surprenant, la consultation ayant ouvert ses portes deux ans auparavant et son activité étant croissante, de plus en plus de patients ont connaissance de l'existence de cette structure de soins, parce qu'un ami, un membre de leur famille a fréquenté la consultation ou en a entendu parler. Ceci est d'autant plus vrai pour les personnes étrangères qui sont souvent regroupées, hébergées dans des hôtels ou de façon précaire chez des compatriotes, amis ou familles. Il arrive aussi souvent qu'un membre unique de la famille arrive en France en repérage, le reste de la famille venant le rejoindre quelques mois plus tard.

Le grand nombre de **consultants adressés par les institutions et les différentes associations** intervenant dans la prise en charge de patients précarisés peut s'expliquer par le fait que depuis l'ouverture de ses portes en novembre 1999, la consultation Jean Guillon s'est attachée à informer les différents services de l'hôpital, ainsi que les professionnels de santé, les différentes structures et organismes intervenant dans la prise en charge des patients précarisés à l'extérieur de l'hôpital, sur le fonctionnement de la consultation, afin de créer des réseaux de soins et de permettre une prise en charge optimale des patients.

Le réseau interne à l'hôpital a été créé progressivement (22). Tout d'abord, des notes de communication ont permis de faire connaître, en interne, le dispositif. La revue interne du CHU, « ANCRAGE », a consacré un article à la présentation de la consultation. Puis, au fur

et à mesure de l'orientation des patients vers les services spécialisés, des contacts ont été établis dans le cadre du travail de liaison. La PASS s'est également mise en liaison avec la pharmacie hospitalière, qui a mis à la disposition des médecins un guide des références de bonnes pratiques d'antibiothérapie, ainsi que des fiches simplifiées de description de certains médicaments d'usage courant (présentation, posologie, modalités d'administration). Des réunions avec d'autres services qui travaillent en étroite collaboration avec la PASS ont été organisées (centre de planification, centre de soins dentaires...). Des personnels infirmiers et aide-soignants ont effectué des stages de comparaison à la consultation, et plusieurs stagiaires ont été accueillis (étudiants en service social, étudiants infirmiers et étudiants en médecine).

En ce qui concerne les réseaux externes, le centre de Médecins du Monde a été le partenaire privilégié de départ (80% des patients étaient orientés par cette association durant les premiers mois) puis progressivement, la consultation tente de créer des liens avec les autres partenaires extérieurs. Lorsque les patients sont réorientés vers le système de droit commun, on leur remet les coordonnées d'un médecin généraliste (le plus proche de chez eux) et un courrier explicatif de la PASS, visant à rassurer le médecin sur la couverture sociale de ces nouveaux patients. Cette réorientation est souvent difficile, de nombreux patients revenant tout de même consulter à la PASS, en raison de leur attachement au service, ou lorsque leur médecin est absent ou ne peut répondre à un besoin immédiat de consultation. De même, l'accueil des patients venant de la consultation par les pharmacies de ville s'est amélioré depuis que la CMU est mieux connue, et là aussi, les patients se présentent avec un courrier de la PASS expliquant que la délivrance des médicaments ne pose aucun souci. Enfin, des échanges se déroulent chaque mois avec de nombreuses associations et institutions qui interviennent dans le champ de la précarité dans le cadre du Collectif d'Aide aux Sans Abris, et la PASS s'est également mise en relation avec certains services et structures administratives.

La faible proportion de **consultants adressés par les professionnels de santé** (médecins, infirmiers, assistantes sociales, pharmaciens...) peut s'expliquer par la méconnaissance de l'existence de la consultation par ces différents professionnels de santé, ou par le fait que peu de patients se présentent spontanément chez les différents praticiens (sauf peut-être chez les assistantes sociales de secteur), peut-être par crainte de ne pas être pris en charge car ils n'ont pas de couverture sociale (ou ont une couverture sociale incomplète) et/ou ne peuvent pas faire l'avance des frais. Elle peut également s'expliquer par le fait que ces professionnels de santé prennent en charge les patients qu'ils reçoivent, même en l'absence de couverture sociale. Une meilleure information des professionnels de santé sur la PASS permettrait sans doute une orientation plus adaptée de certains patients.

Une étude réalisée en santé publique 6 mois après l'ouverture de la consultation (43) avait notamment recherché le mode de recrutement des patients et avait trouvé les résultats suivants : parmi les 145 dossiers renseignés sur les 168 étudiés, on retrouvait 25 patients adressés par le « bouche à oreille » (17%), 104 patients (72%) adressés par un réseau externe à l'hôpital (comprenant les centres d'hébergement, Médecins du Monde, la médecine libérale, le SAMU social, les CCAS), 13 patients adressés par le réseau interne de l'hôpital (9%), et 3 patients venus par eux-mêmes (2%).

On remarque donc que peu de temps après l'ouverture de la structure, ce sont principalement les institutions qui adressent les patients à la consultation Jean Guillon. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'au cours des premiers mois de fonctionnement de la consultation, les différentes structures et institutions ont été informées de l'existence et du fonctionnement de la PASS (comme nous l'avons vu lorsque nous avons évoqué les réseaux), et que par la suite, le

« bouche à oreille » s'est progressivement développé, avec le nombre croissant de nouveaux consultants, pour devenir actuellement le principal mode de recrutement des patients à la consultation Jean Guillon.

Nous nous sommes ensuite intéressés plus en détails aux différentes institutions, associations, professionnels de santé et autres personnes ayant conseillé aux patients de consulter au centre Jean Guillon.

Tout d'abord, dans le groupe des patients adressés par « une autre personne », qui est le plus représenté, on remarque que le « sous-groupe » des amis et relations est de loin le plus important, car il est responsable de 25.5% (soit $\frac{1}{4}$) du recrutement des patients à la consultation. La famille et les personnes ayant déjà consulté à la PASS adressent respectivement 6.7% et 8.6% des consultants. Dans le sous-groupe « autres personnes », peu important, on retrouve essentiellement des interprètes. Donc on retiendra que dans ce groupe, ce sont essentiellement les amis et relations qui ont adressé les patients à la consultation, et ceci chez les hommes comme chez les femmes, chez les français comme chez les étrangers.

Les urgences, les différents services hospitaliers et le centre de Médecins du Monde, qui ont adressé respectivement 7.2%, 3.8% et 5.3% des consultants, peuvent être regroupés sous le nom des structures de soins, qui ont adressé au total 16.3% des patients.

Les professionnels de santé qui adressent les patients à la consultation sont peu nombreux. Parmi eux, ce sont les assistantes sociales qui adressent le plus de patients (8.7%). On remarque que les infirmières libérales n'ont adressé aucun patient à la consultation : peut-être n'ont-elles pas reçu de patient n'ayant pas de couverture sociale ou ne pouvant pas faire l'avance des frais, ou peut-être les ont-elles pris en charge gratuitement. Le sous-groupe « autre » était composé essentiellement des pharmacies de ville.

Pour conclure sur ce point, on retiendra que les principaux responsables du recrutement des patients à la consultation Jean Guillon sont les amis et relations (25.5%), les structures de soins (16.3%, dont 7.2% pour les urgences), les différentes associations intervenant dans la lutte contre la précarité (13.5%), et les assistantes sociales (8.7%).

Il est intéressant de noter que parmi les patients ayant consulté à la PASS d'Avignon (29), 33% consultent sans intermédiaire, 16% sont adressés par les associations de ville, 14% par les urgences, 12% par les centres d'hébergement, 10% par les services sociaux de la ville, 13% par l'hôpital, 3% par les médecins de ville. On constate que, par rapport aux résultats obtenus dans notre étude, l'hôpital, les urgences, les centres d'hébergement et les services sociaux adressent d'avantage de patients vers la PASS d'Avignon (ce qui témoignerait d'un réseau plus efficace ?).

Une étude sur les lieux de soins pour les démunis effectuée par le CREDES en 1996-97 a cherché à mettre en évidence les circuits empruntés par les personnes en situation de précarité pour accéder aux soins (33). Une enquête a été effectuée parmi 661 centres d'hébergement

concernant les structures de soins où ils adressent leurs pensionnaires nécessitant des soins, en distinguant les soins médicaux, infirmiers, dentaires et l'acquisition de médicaments. Les résultats montrent que les personnes démunies sont le plus souvent adressées vers les praticiens de ville, médecins (cités par 38% des centres), infirmiers libéraux (27%), dentistes (36%) et pharmaciens (30%), qui acceptent sur demande des centres de prendre en charge les patients gratuitement ou avec une avance des frais par les structures d'hébergement en attendant le rétablissement des droits sociaux. Les structures hospitalières constituent aussi un recours très fréquent pour les soins médicaux (cités par 41% des centres), pour les soins infirmiers (26%), les soins dentaires (24%), et la délivrance de médicaments (16%). Ce recours à l'hôpital peut être une admission aux urgences, une consultation externe ou le recours aux consultations de précarité créées récemment. Les dispensaires sont cités également par les centres pour le recours aux soins médicaux (12%), infirmiers (9%), dentaires (16%) et la délivrance de médicaments (8%). Les centres spécifiques de soins pour les démunis sont cités comme moyen de recours, selon la catégorie de soins, par 27% (problèmes médicaux), 17% (problèmes infirmiers), 16% (problèmes dentaires) et 20% (délivrance des médicaments) des centres. On note également le fait que certains centres ont répondu qu'ils pouvaient soigner les patients sur place. Il est difficile de comparer ces résultats avec les nôtres, car cette étude s'intéresse seulement aux patients adressés par les structures d'hébergement (ce qui correspond dans notre étude aux foyers), et s'est déroulée en 1996, alors que les PASS n'avaient pas encore été mises en place. Il est cependant intéressant de constater l'importance des patients démunis adressés plutôt vers le secteur libéral ou l'hôpital que vers les dispensaires ou les centres spécifiques d'accueil pour les démunis.

Une autre étude réalisée sur l'accès aux soins des personnes démunies à l'Assistance Publique-Hopitaux de Paris en 1997 (13), suite à la mise en place d'un centre d'accueil au sein de l'hôpital Saint-Antoine dispensant des soins gratuits et un soutien social pour les plus démunis, s'intéresse au mode d'accès des patients au centre. Il s'agit d'un accès direct dans 36% des cas (dû au « bouche à oreille »), d'une orientation à partir de structures externes à l'hôpital dans 41% des cas, d'un envoi à partir des urgences dans 19% des cas ou à partir des services médicaux de l'hôpital dans 4% des cas. On peut ici effectuer une comparaison avec nos résultats, puisque dans notre étude, le « bouche à oreille » représente 42.3% des cas, les structures externes à l'hôpital 31.3% des cas, les urgences 7.2% des cas et les services médicaux de l'hôpital 3.8% des cas. On constate qu'on obtient des résultats superposables, en ce qui concerne le recrutement à partir des services médicaux de l'hôpital, que le recrutement par les urgences et les structures externes à l'hôpital est plus important que dans notre étude, et le recrutement par le « bouche à oreille » un peu moindre.

VI- ANALYSE DES REPONSES A LA QUESTION : « OU SERIEZ-VOUS ALLE SI LA CONSULTATION JEAN GUILLON N'EXISTAIT PAS ? »

Il s'agit également d'un objectif principal de notre travail. Les réponses à cette question vont nous permettre d'évaluer les connaissances des patients sur les structures de soins existant à Nantes, et de voir s'ils se seraient adressés à une structure adaptée à leur situation sociale et à leurs besoins. Nous tenterons également d'expliquer les raisons pour lesquelles les patients se seraient adressés à une structure plutôt qu'à une autre.

1. ANALYSE DES REPONSES A LA QUESTION OUVERTE

Dans un premier temps, la question a été ouvertement posée aux patients et nous sommes frappés par le grand nombre de consultants qui n'ont pas répondu à la question ou qui ont répondu « **je ne sais pas** », car ils représentent 38.9% des patients. Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes mais par contre, la proportion d'étrangers qui n'a pas répondu à la question ou qui a répondu « je ne sais pas » est significativement plus élevée que celle des français (étrangers : 49.7% / français : 7.5%).

Ces chiffres peuvent s'expliquer par une mauvaise compréhension de la question par les étrangers, surtout lorsqu'ils maîtrisent peu ou pas la langue française, et en l'absence d'interprète. Afin de vérifier cette hypothèse, nous avons répertorié parmi les 81 patients ceux chez qui nous avons noté à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA) des problèmes de compréhension. On rappelle qu'à chaque patient a été attribué un chiffre entre 0 et 10 permettant d'évaluer son niveau de compréhension en tenant compte de la présence d'un interprète (sachant que 0 correspond à une parfaite compréhension et que plus le chiffre monte, plus les problèmes de compréhension sont importants). Parmi les 81 patients ayant répondu « je ne sais pas », 33 ont un chiffre supérieur à 0 sur l'EVA (soit 41% des patients), et parmi ces 33 patients, la moitié (17 patients) ont un chiffre supérieur ou égal à 5. Parmi les 33 patients, il n'y a qu'un français et 32 étrangers. On remarque donc qu'il existe des problèmes de compréhension chez 41% de ce groupe de patients (et plus particulièrement chez 21% de ces patients) qui peuvent expliquer le fait qu'ils n'apportent pas de réponse spontanée à cette question.

Les autres patients qui ont répondu « je ne sais pas » n'ont certainement pas connaissance des structures de soins existant dans la région. En effet, le repère dans le système de soins est conditionné par le degré d'intégration dans la société, lui-même dépendant du temps déjà passé en France, et il est intéressant de voir que les étrangers consultant à la PASS sont en général en France depuis peu de temps (dans sa thèse sur l'état de santé des populations immigrées à Nantes, S. Fillaudeau a étudié le délai entre l'arrivée en France des patients étrangers et leur première consultation médicale (26) : 34.4% des patients étrangers consultent dans le mois suivant leur arrivée, et 50.5% dans les 2 mois).

On peut également penser que certains patients, surpris par la question et n'ayant pas beaucoup de temps de réflexion, ne pensent pas à évoquer certaines structures qu'ils connaissent pourtant.

Les patients qui se seraient adressés spontanément à **un médecin généraliste** sont relativement nombreux puisqu'ils représentent 24% de la population totale. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe (hommes : 21.4% / femmes : 28.6%), et on constate que la proportion de français qui aurait consulté un médecin généraliste est significativement plus élevée que celle des étrangers (français : 45.3% / étrangers : 16.9%), ce qui peut s'expliquer par une meilleure connaissance des structures de soins par les français.

Ce grand nombre de patients qui auraient consulté un médecin généraliste peut s'expliquer par le fait que la consultation de médecine générale est le mode de recours le plus fréquent pour la prise en charge de pathologies bénignes et le suivi de pathologies chroniques. Cependant, on peut se demander si les médecins généralistes auraient accepté de prendre en charge ces patients, sachant qu'ils n'ont pas tous une couverture sociale complète, qu'ils n'ont pas les moyens de prendre en charge les frais de la consultation, et que les patients étrangers maîtrisent parfois mal la langue française.

En étudiant ce groupe de plus près, on remarque que parmi les 24 français, 12 patients ont une couverture sociale complète (9 ont la CMU et la CMU complémentaire et 3 ont une sécurité sociale et une protection complémentaire), 10 patients ont une protection sociale incomplète (sécurité sociale sans couverture complémentaire) et 2 patients n'ont aucune protection sociale. Parmi les 26 étrangers, 8 patients seulement ont une couverture sociale complète (CMU et CMU complémentaire), 3 patients ont l'AME, 1 patient possède une sécurité sociale sans couverture complémentaire et 14 patients n'ont aucune protection sociale.

Donc parmi les 50 patients de ce groupe, seulement 20 auraient pu consulter le médecin généraliste sans problème compte tenu de leur protection sociale (sachant que les 3 patients français qui possèdent une couverture sociale complète ne pourraient peut-être pas faire l'avance des frais). Les médecins généralistes auraient-ils accepté de soigner gratuitement les autres patients ? Rien n'est moins sûr... parmi les 7 patients adressés par les médecins généralistes à la consultation Jean Guillon, on retrouve 2 patients français n'ayant pas de protection sociale complémentaire et 5 patients étrangers n'ayant aucune protection sociale.

Les patients qui se seraient adressés aux **urgences** sont également nombreux puisqu'ils représentent 18.8% de la population totale, soit 39 patients. La proportion d'hommes qui aurait consulté aux urgences est significativement plus élevée que celle des femmes (hommes : 22.9% / femmes : 11.7%), tout comme la proportion de français par rapport à celle des étrangers (français : 30.2% / étrangers : 14.8%). La plus forte proportion de français peut s'expliquer là aussi par une meilleure connaissance des structures de soins, alors qu'il est plus difficile d'expliquer le fait que les hommes soient plus nombreux que les femmes à se diriger vers les urgences.

Le nombre important de patients qui se seraient adressés aux urgences peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'une structure où tout patient, quelles que soient ses ressources ou sa couverture sociale, est accueilli et pris en charge. C'est un lieu connu de tous, toujours très bien indiqué et facile d'accès, où les patients ont la certitude qu'ils seront pris en charge.

En étudiant ce groupe de plus près, on constate que parmi les 39 patients qui auraient consulté aux urgences, la majorité (26 patients) consulte pour une pathologie aiguë bénigne, 5 consultent pour une pathologie préventive, et 8 pour une pathologie chronique. Par conséquent, aucune de ces pathologies ne relève de l'urgence. Par contre, parmi les 4 patients qui ont consulté pour des pathologies potentiellement urgentes, 1 se serait adressé à un

médecin généraliste, et 3 ont répondu « je ne sais pas » (puis lors des propositions de réponses, 1 aurait consulté aux urgences, 1 le centre de Médecins du Monde et 1 un médecin généraliste). Aucun n'a répondu spontanément qu'il se serait adressé aux urgences.

De plus, si on s'intéresse à la protection sociale des patients qui auraient consulté aux urgences, on remarque que seulement 8 patients possèdent une couverture sociale complète (6 ont l'AME et 2 la CMU et la CMU complémentaire) alors que 31 patients n'ont pas de couverture sociale (18 patients) ou une couverture sociale incomplète (13 patients ont une sécurité sociale sans couverture complémentaire). Ce sont donc majoritairement des patients présentant des pathologies bénignes et n'ayant pas de couverture sociale complète qui auraient consulté aux urgences. On se rend donc ici compte du rôle important de la PASS qui va prendre en charge ces patients à la fois sur le plan médical et social (pour les informer des démarches nécessaires au recouvrement de leurs droits) et par là-même décharger les urgences de ces consultations supplémentaires, qui ne relèvent d'ailleurs pas du cadre de l'urgence.

Par ailleurs, on note que les urgences ont adressé à la consultation 15 patients présentant des pathologies aiguës bénignes ou chroniques et ayant soit une couverture sociale incomplète soit aucune couverture sociale, c'est-à-dire des patients qui ne relèvent pas de leur activité et nécessitent une prise en charge sociale.

Une étude sur les urgences et la précarité réalisée en Seine Saint-Denis en 1999 (44) rapporte que les patients en situation de précarité recourent plus volontiers à l'hôpital, notamment après la fermeture des caisses, et que, par ailleurs, nombre de situations rencontrées dans le cadre des urgences relèvent plus de difficultés sociales que de véritables pathologies médicalement repérables. Les urgences sont confrontées à la fois à la préoccupation autour de l'augmentation du volume de leur activité, en termes à la fois de coût et de qualité d'accueil, et au souci de faire face plus positivement aux problèmes de la précarité, à partir du moment où l'on se souvient que l'hôpital a une mission de soigner tout le monde et où l'on comprend qu'une meilleure prise en charge de la précarité peut participer d'un plus efficace recouvrement des créances. Par ailleurs, elle dénonce les discours dont font l'objet les urgences et la précarité : « D'un côté, les comportements des patients sont volontiers considérés comme mal adaptés (ils viennent aux urgences pour des désordres minimes qui auraient pu être vus en ville, ils n'effectuent pas les démarches administratives de recouvrement de leurs droits...) ou au contraire, hyper-adaptés (ils viennent aux urgences après la fermeture des caisses pour éviter de régler, ils profitent de la gratuité des soins dans les dispositifs de précarité...). De l'autre, les réponses de l'hôpital sont également soumises à des opérations de jugement consistant pour chacun des responsables à justifier les positions prises dans son établissement ou sa structure (ici, on soigne tout le monde, on évite toute discrimination...) et, simultanément, à critiquer les pratiques des autres hôpitaux ou services (ils nous envoient leurs pauvres, ils mettent en place des médecines à deux vitesses...). Il s'agit là d'une relative spécificité de ce secteur d'activité de l'hôpital. »

Les patients qui auraient consulté au centre de **Médecins du Monde** représentent 9.1% de la population totale, soit 19 patients. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe et 18 patients sur 19 sont étrangers. La proportion d'étrangers qui aurait consulté le centre de Médecins du Monde est significativement plus élevée que celle des français.

Il s'agit d'une structure fondée en 1980 connue de tous pour soigner les populations les plus démunies, ce qui peut expliquer le fait que de nombreux patients s'y seraient adressés.

En étudiant ce groupe de plus près, on constate qu'en ce qui concerne la couverture sociale, 4 patients ont l'AME et les autres n'ont aucune couverture sociale.

Nous avons déjà vu que le centre de Médecins du Monde a été le premier partenaire privilégié de la consultation Jean Guillon et que son activité a diminué au profit de la PASS (Il a adressé 5% des patients à la PASS). Le centre s'adresse à toute la population en situation de précarité et prend en charge la population étrangère ayant un visa touristique sans assurance personnelle, qui ne peut bénéficier d'aucun des systèmes de protection sociale existant en France actuellement. Tous les patients qui se seraient adressés au centre auraient été pris en charge, sur le plan médical mais également sur le plan social, afin de les aider à faire valoir leurs droits.

Les patients qui auraient consulté **un médecin spécialiste** sont peu nombreux (3 cas).

Parmi eux, on retrouve 2 français ayant une sécurité sociale sans couverture complémentaire et une étrangère n'ayant aucune protection sociale. On se demande ici aussi si ces personnes auraient été prises en charge gratuitement par les médecins spécialistes, sachant qu'elles n'auraient pas pu régler la consultation...d'ailleurs, la femme étrangère a été envoyée à la PASS par un médecin spécialiste, ce qui veut bien dire qu'il n'a pas accepté de la soigner gratuitement.

Un homme consulte pour des verrues, et se serait donc adressé à un dermatologue, et 2 femmes consultent pour des mycoses vaginales, et se seraient adressées à un gynécologue. Pour obtenir une consultation avec ces spécialistes, il faut non seulement prendre un rendez-vous, mais il faut savoir que les délais sont relativement longs, les pathologies présentées par les consultants n'étant pas des urgences. Les patients n'auraient-ils pas renoncé à cette consultation devant tant d'obstacles ?

Un patient seulement aurait consulté **le planning familial**. Il s'agit d'une femme française de 20 ans sans couverture sociale envoyée par une pharmacie de ville pour un renouvellement de pilule.

En s'adressant à cette structure, cette femme aurait pu avoir gratuitement sa prescription de contraceptif, ainsi qu'un examen de contrôle gynécologique. Cependant, elle n'aurait pas pu obtenir gratuitement sa pilule (seules les mineures peuvent l'obtenir gratuitement).

Cette structure semble donc peu ou mal connue par la population à laquelle elle s'adresse, par rapport aux différents services proposés. En effet, parmi les patientes consultant pour une demande de contraception (2 cas) ou un suivi de grossesse (3 cas), c'est-à-dire les patientes pour qui le planning familial aurait été une structure adaptée à leur demande, seulement une a répondu qu'elle s'y serait adressée.

Un patient aurait consulté **la PMI**. Il s'agit d'une mère ayant une sécurité sociale sans couverture complémentaire qui y aurait emmené sa fille de 5mois pour un eczéma.

Les services proposés étant pris en charge à 100% par la CPAM sans avance des frais, le fait de ne pas avoir de couverture sociale n'est pas un problème.

Tout comme le planning familial, il semblerait que la PMI soit peu connue des personnes auxquelles elle pourrait s'adresser. En effet, comme pour le centre de planification familiale, les femmes qui consultent pour un suivi de grossesse (3 cas) ou une demande de contraception (2 cas) auraient pu s'adresser à la PMI, mais aussi tous les parents d'enfants de moins de 6 ans (10 cas). Donc au total, sur les 15 consultants pour qui la PMI aurait été une structure adaptée, un seul a répondu spontanément qu'il s'y serait adressé.

Un seul consultant se serait adressé à **SOS médecins**.

Il s'agit d'une femme algérienne de 69 ans ayant l'AME et consultant pour des douleurs abdominales chroniques. Aurait-elle été prise en charge, sachant qu'avec la protection sociale dont elle bénéficie, elle ne peut consulter qu'à l'hôpital?

Les services proposés par SOS médecins semblent également peu connus des personnes précarisées.

Les patients **qui auraient renoncé aux soins** représentent 6.3% des consultants, soit 13 patients. Il n'existe pas de différence significative selon le sexe (6.9% des hommes et 5.2% des femmes n'auraient pas consulté) ou la nationalité (7.5% des français et 5.8% des étrangers n'auraient pas consulté).

Parmi les 13 patients qui auraient renoncé aux soins, on retrouve 4 français ayant une sécurité sociale sans couverture complémentaire et 9 étrangers n'ayant aucune couverture sociale. Trois consultent pour un acte de prévention, un pour le suivi d'une pathologie chronique et 9 pour une pathologie aiguë bénigne.

Les raisons pour lesquelles ces patients auraient renoncé aux soins peuvent être multiples. Les patients ayant des difficultés financières n'ont pas d'argent pour faire l'avance des frais ou prendre en charge le ticket modérateur. Certains patients pourraient avoir accès à une protection sociale mais ignorent leurs droits, ou renoncent devant la complexité des démarches administratives. La barrière de la langue chez les étrangers rend encore plus compliquées ces démarches. D'autres patients renoncent aux soins devant les difficultés relatives à la consultation libérale (prise de rendez-vous, consultation différée...). On peut également évoquer la relativisation des problèmes de santé face à l'urgence de la recherche d'un emploi, d'un toit, ou plus généralement face aux difficultés des conditions de vie (45).

Pour conclure sur ces réponses spontanées, on peut dire qu'un grand nombre de consultants ont répondu ne pas savoir où ils auraient consulté, si la PASS n'avait pas été là pour les prendre en charge, car ils ont mal (ou pas) compris le sens de la question, ou connaissent mal les structures où ils pourraient être pris en charge. Les réponses les plus fréquemment données par les consultants ayant répondu spontanément à cette question sont le médecin généraliste, les urgences et le centre de Médecins du Monde.

2. ANALYSE DES REPONSES DONNEES DANS UN SECOND TEMPS

Dans un deuxième temps, nous avons donné une liste de réponses possibles à tous les patients qui n'avaient pas répondu à la question ou qui avaient répondu « je ne sais pas », afin de voir s'ils n'avaient pas compris la question, ou s'ils n'avaient pas pensé, sur le moment, à évoquer une structure de soins qu'ils connaissent pourtant.

Les 6 patients qui **n'ont pas donné de réponse** sont étrangers et ont sur l'EVA un chiffre montrant un niveau de compréhension très bas (8 ou plus). Ces patients, qui correspondent à 7% du groupe, n'ont pas répondu du fait d'un problème de compréhension.

Les patients qui auraient consulté aux **urgences** représentent presque la moitié du groupe (48.1%, soit 39 patients).

Ce groupe est composé de 2 français et 35 étrangers. Parmi eux, 9 ont l'AME, 4 la CMU et la CMU complémentaire, 2 une sécurité sociale sans couverture complémentaire et 24 n'ont aucune couverture sociale. Seulement 1 patient consulte pour une pathologie potentiellement urgente (crise d'asthme), alors que 3 consultent pour un acte de prévention, 3 pour le suivi d'une pathologie chronique, et 32 pour une pathologie aiguë bénigne.

On constate donc que dans la majorité des cas, le problème médical n'est pas une urgence, et qu'une prise en charge sociale est indispensable. Donc, même si les patients sont pris en charge sur le plan médical, les autres problèmes ne pourront pas être traités efficacement dans le cadre du service des urgences.

Les patients qui se seraient adressés au **centre de Médecins du Monde** représentent 18.5% du groupe, soit 15 patients. Parmi eux, il y a 14 étrangers.

Quelle que soit sa protection sociale et son motif de consultation, tout patient se présentant au centre bénéficiera d'une prise en charge médico-sociale.

Les patients qui se seraient adressés à **un médecin généraliste** représentent 8.6% du groupe, soit 7 patients.

Parmi ces patients, tous étrangers, 1 bénéficie de la CMU et de la CMU complémentaire, 2 de l'AME et 4 n'ont pas de couverture sociale, ce qui veut dire que 6 patients sur les 7 ne sont pas certains d'être pris en charge, du fait de l'absence de couverture sociale ou d'une couverture sociale ne prenant pas en charge ce type de consultation. De plus, les patients étant tous étrangers, la barrière de la langue peut également être un obstacle à leur prise en charge.

Par contre, tous les problèmes posés par ces patients sont du ressort de la médecine générale (1 acte de prévention, 3 suivis de pathologies chroniques et 3 pathologies aiguës bénignes).

Les patients qui auraient **renoncé aux soins** représentent 12.3% du groupe, soit 10 patients.

Ils sont tous étrangers et parmi eux, 6 n'ont aucune couverture sociale, 3 ont l'AME et 1 une sécurité sociale sans couverture complémentaire. La barrière de la langue, l'absence de protection sociale et l'impossibilité de prendre en charge la consultation sont des facteurs à prendre en compte pour expliquer le fait que ces patients renonceraient aux soins.

Seulement 2 patients auraient choisi de s'adresser à **un centre médico-social**. Il s'agit de 2 hommes étrangers sans couverture sociale consultant pour des pathologies aiguës bénignes. Il s'agit d'une structure qui aurait pu les prendre en charge, même en l'absence de couverture sociale, sur le plan médical et social.

Le fait que les centres médico-sociaux aient été peu cités peut s'expliquer par le fait qu'ils sont peu connus des personnes précarisées.

De même, seulement 2 patients auraient eu recours à **SOS médecins**. Il s'agit d'une française avec une couverture sociale complète consultant pour un acte de prévention et d'un homme étranger bénéficiant de l'AME consultant pour une pathologie aiguë bénigne.

Ces patients auraient-ils été pris en charge, sachant que la première n'aurait peut-être pas pu faire l'avance des frais et que le second ne bénéficie pas d'une protection sociale prenant en charge ce type de consultation?

Aucun patient ne se serait adressé à **une clinique privée**, à **un médecin spécialiste** ni à **un guérisseur**. En ce qui concerne les cliniques, leur image est peut-être associée à un coût élevé des consultations et actes pratiqués, qui en éloigne les personnes précarisées. De même, consulter un médecin spécialiste peut paraître compliqué pour les personnes sans couverture sociale et devant les délais souvent longs pour obtenir un rendez-vous. Par contre, on peut être surpris qu'aucun patient n'ait répondu qu'il serait allé voir un guérisseur. En effet, notre enquête s'adresse à un grand nombre d'étrangers qui ont souvent une approche de la médecine différente de la notre de par leur culture et les guérisseurs sont nombreux dans certains pays notamment les pays africains.

La seconde partie de cette question nous a permis d'obtenir des réponses supplémentaires, nous permettant de compléter celles obtenues lors des réponses à la question ouverte. Si on additionne le nombre de consultants ayant répondu qu'ils s'adresseraient aux urgences, à un médecin généraliste, au centre de Médecins du Monde et qui n'auraient pas consulté au nombre de consultants ayant mentionné ces réponses lors de la question ouverte, on obtient alors les résultats suivants :

- le service des urgences est la structure la plus fréquemment citée, puisque 78 patients s'y seraient adressés, soit 37.5% de la totalité des consultants ;
- les médecins généralistes auraient accueilli 57 patients, soit 27.5% des consultants ;
- le centre de Médecins du Monde aurait pris en charge 34 patients, soit 16.4% des consultants ;
- les patients qui auraient renoncé aux soins représentent 11% des consultants, soit 23 patients.

Pour conclure sur cette seconde question, on peut dire que, si la consultation Jean Guillon n'existait pas, les patients se seraient adressés à des structures de soins souvent non adaptées à leur demande médicale (surtout dans le cas des consultants qui se seraient adressés aux urgences, structure peu adaptée à une situation qui ne relève pas de l'urgence médicale) ou à leur situation sociale (dans les cas où les consultants s'adressent à des professionnels de santé alors qu'ils n'ont pas de couverture sociale ou ne peuvent pas faire l'avance des frais), ce qui peut aboutir à une prise en charge insuffisante de leurs problèmes médicaux et sociaux

(surtout dans le cadre des urgences où le service est souvent surchargé et où les problèmes de santé « mineurs » ne sont pas prioritaires et sont pris en charge rapidement) ou à un refus de soins (chez les professionnels de santé libéraux par exemple, quand les patients ne peuvent pas régler la consultation).

Malheureusement, certaines structures de soins qui auraient pu accueillir certains patients quelle que soit leur couverture sociale comme les centres médico-sociaux, la PMI, le planning familial sont peu connues des patients précarisés (hormis bien sûr le centre de Médecins du Monde).

La consultation Jean Guillon joue donc un rôle primordial dans l'accueil et la prise en charge à la fois médicale et sociale de ces patients, et participe à décharger les urgences de consultations n'étant pas de son ressort. Son rôle social est déterminant, car en informant les patients sur leurs droits, elle va leur permettre de réintégrer le système de droit commun, et donc de consulter les différents professionnels de santé sans problème.

CONCLUSION, PROPOSITIONS

La consultation Jean Guillon joue donc un rôle primordial dans l'accueil et la prise en charge des patients précarisés, tant sur le plan social que médical. Elle accueille depuis son ouverture en novembre 1999 de plus en plus de consultants, ce qui témoigne d'un réseau interne et externe relativement efficace. Pour cela, l'information sur la consultation, son activité et son rôle est primordiale. Il est nécessaire de poursuivre les efforts déjà réalisés pour permettre une meilleure connaissance de la consultation par les différentes institutions et associations impliquées dans la prise en charge de la précarité et par les professionnels de santé.

Il serait intéressant de refaire un article sur la consultation Jean Guillon dans le journal interne de l'hôpital, comme cela avait été fait avant l'ouverture, afin de sensibiliser le personnel hospitalier sur le rôle de la consultation et l'évolution de son activité depuis novembre 1999. L'accueil de stagiaires infirmiers, aides-soignants ou médecins, ainsi que l'accueil d'infirmiers ou d'aides-soignants dans le cadre de stages de comparaison doit être poursuivi, dans le cadre d'une approche de la prise en charge des personnes précarisées.

En ce qui concerne les urgences (vers lesquelles, comme nous l'avons vu précédemment, se dirigent une grande partie des personnes précarisées), l'information régulière du personnel soignant, et notamment des internes, qui changent de poste tous les 6 mois, sur les différents critères leur permettant d'orienter les patients vers la PASS (par exemple, le fait de ne pas avoir de couverture sociale et de consulter pour un motif non urgent, ou le fait de ne pas parler ou comprendre le français) serait utile.

La journée porte ouverte pourrait également être une expérience à renouveler, afin que les différentes institutions, associations et les professionnels de santé intéressés puissent se rendre à la consultation et ainsi mieux connaître son fonctionnement et son rôle.

Pour les professionnels de santé, et notamment ceux qui travaillent dans des secteurs géographiques particulièrement exposés à la précarité, il faudrait développer les actions d'enseignement sur le sujet de la précarité, afin de contribuer à la connaissance des données épidémiologiques et médicales actuelles sur ce sujet, ainsi qu'à la maîtrise des conduites diagnostiques et thérapeutiques adaptées à ces patients. Ces actions d'enseignement seraient à envisager pendant les études médicales, mais elles pourraient également faire l'objet de discussions lors de séances de formation médicale continue (46).

De même, afin d'informer les médecins sur le thème de la précarité et l'activité de la consultation Jean Guillon, on pourrait faire paraître régulièrement un article dans le bulletin de l'ordre des médecins. Cela permettrait également aux médecins généralistes impliqués dans le fonctionnement de la consultation d'avoir un « feed-back » sur leur activité au sein de la PASS.

Enfin, il serait intéressant d'organiser à nouveau une réunion avec les médecins généralistes et spécialistes de la région nantaise afin de leur présenter la consultation et son rôle, même si l'expérience qui a déjà été menée n'a pas été très positive (peu de médecins ont répondu à l'invitation).

A propos de l'information aux consultants, il semblerait que le « bouche à oreille » soit un très bon moyen pour la consultation de se faire connaître, et peut-être pourrait-on donner à chaque primo-consultant une petite carte de la consultation, qu'il pourra à son tour montrer ou donner à un ami ayant besoin de soins.

Bien sûr, refaire une étude similaire quelques années après celle-ci pourrait être intéressant et nous permettrait de voir s'il existe une évolution dans les modes d'orientation des patients vers la consultation, et si les consultants ont ou non une meilleure connaissance des structures de soins vers lesquelles ils pourraient s'orienter en fonction de leur demande et de leur protection sociale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haut Comité de la santé publique
La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé
Collection Avis et Rapports, février 1998.
2. Jacquot S
La couverture maladie universelle, vers un droit à la santé pour tous
Actualités sociales hebdomadaires, supplément au n° 2171 du 16/06/2000.
3. ORS des Pays de la Loire
La santé observée dans les Pays de la Loire
Edition 2003-2004.
4. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Loi n° 98-657 du 29 Juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
Journal Officiel de la République Française du 31 juillet 1998.
5. Norès JM
La précarité, un concept anthropologique
Ann. Med Interne, 2000, 151, n°6, p.435-437.
6. Lecomte T, Mizrahi A
Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux
CREDES, juin 1996.
7. Sournia JC
Exemples de pays étrangers
Bull. Acad. Natle Méd, 1997, 181, n°8, p.5-11.
8. Wresinski J
Grande pauvreté et précarité économique et sociale
Rapport du conseil économique et social, Journal Officiel de la République Française, 28 février 1987.
9. Poinsignon Y, Marjanovic S, Farge D
Maladies infectieuses nouvelles et récurrentes liées à la pauvreté
La revue du praticien, 1996, 46, p.1827-1838.
10. Rouiller B
La tuberculose à la consultation Jean Guillon du CHU de Nantes : expérience et mise en place d'un dépistage
Thèse de médecine générale, faculté de médecine de Nantes, 2002.
11. DDASS de la Loire Atlantique
Plan départemental d'accès aux soins des plus démunis
Mai 1998.

12. Malicier D, Feuglet P
Accès aux soins, précarité et misère
Rev Prat 1996, 48, pages 1824 à 1826.
13. Brücker G, Nguyen DT, Lebas J
L'accès aux soins des personnes démunies à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
Bull. Acad. Natle Méd, 1997, 181, n° 8, p.23-41.
14. Douste-Blazy P, Veil S
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.
15. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Circulaire n° 98-568 du 8 septembre 1998 relative à la mise en œuvre de la loi de lutte contre les exclusions sur les exercices 1998 et 1999 : action sociale et santé publique-programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins.
Paris, 9 septembre 1998.
16. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Circulaire 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
Paris, 17 décembre 1998.
17. Vidal-Trécan G
Protection sociale
Impact internat santé publique 1996, n°11, p.205-213.
18. Le Faou AL
Protection sociale
Rev Prat 2003, 53, n°7, p.765-772.
19. CPAM de Nantes
Circulaire technique n° 28/2004 sur la réforme de l'aide médicale de l'Etat
Février 2004
20. Gayral-Taminh M, Molinier L, Mallet JO, Pous J
Protection sociale et situation administrative des étrangers immigrés en France (1990-1994)
Santé Publique 1995, 7^e année, n° 1, p.5-18.
21. CHU de Nantes
Permanence d'accès aux soins de santé : dispositif du CHU de Nantes
Mai 1999.
22. Permanence d'accès aux soins de santé
Rapport d'activité
CHU de Nantes, année 2000.

23. Permanence d'accès aux soins de santé
Rapport d'activité
CHU de Nantes, année 2002.
24. Moncorgé C, Picard H
Présentation de la population accueillie et soignée en France dans les centres de soins de
« Médecins du Monde »
Bull. Acad. Natle Méd, 1997, 181, n° 8, p.43-55.
25. Perchais H
Accès aux soins pour les personnes en situation de précarité en Loire Atlantique
Thèse de médecine générale, faculté de médecine de Nantes, 1999.
26. Fillaudeau S
Etat de santé des populations immigrées à Nantes. A propos d'une enquête à la consultation
Jean Guillon du CHU de Nantes
Thèse de médecine générale, faculté de médecine de Nantes, 2002.
27. Bourillon A, David S
Protection maternelle et infantile
Rev Prat 2004, 54, n°4, p. 415-420.
28. DDASS de Loire Atlantique et la ville de Nantes
Urgence sociale
Décembre 2001.
29. De La Blanchardière A, Méouchy G, Brunel P, Olivier P
Etude prospective des caractéristiques médicopsychosociales de 350 patients ayant consulté
une permanence d'accès aux soins de santé en 2002
Rev Med interne 2004, 25, p.264-270.
30. Farge D
Un enjeu important pour la médecine interne : la médecine de premier secours
Rev Med interne 2004, 25, p.261-263
31. Dupas P, Jacob A, Lecomte T, Luciulli E, Mizrahi An, Mizrahi Ar et Rauna P
Evolution du recrutement des centres de soins gratuits de 3 associations (CASA-REMEDE-
MSF)
CREDES, décembre 1990.
32. Hui Quan Cong
Les nouveaux patients des centres de soins gratuits en 1990 : français-maghrébins-étrangers
CREDES, août 1991.
33. Sourty-le-guellec MJ, Paris V
Lieux de soins pour les démunis
Bull. Acad. Natle Méd, 1997, 181, n° 8, p.13-22.

34. Lecomte T, Mizrahi An, Mizrahi Ar
Recours aux soins et morbidité des personnes sans domicile permanent en région parisienne
Bull. Acad. Natle Méd, 1997, 181, n° 8, p.57-77.
35. Permanence d'accès aux soins de santé
Rapport d'activité
CHU de Nantes, année 2001.
36. Agard C, Rouiller B, Fillaudeau S, Bacha D, Amelineau M, Plaçais C, et al.
Le centre Jean Guillon au CHU de Nantes : exemple d'une PASS rattachée à un service de médecine interne
Rev Med interne 2002, 23 (suppl. 5), 625s.
37. Caumes E, Brücker G
Epidémiologie des infections rencontrées chez les migrants
Rev Prat 1995, 45, p. 1445-1448.
38. Centre de Médecins du Monde
Caractéristiques médicales pour les consultations médicales de l'année 2001
Mars 2002.
39. Arfi C, Dehen L, Bénassaïa E, Faure P, Farge D, Morel P, et al.
Consultation dermatologique en situation de précarité : étude prospective médicale et sociale à l'hôpital Saint-Louis à Paris
Ann Dermatol Vénéréol, 1999, 126, p.682-686.
40. Blum L, Bourrat E
Pathologie cutanée de la misère
Rev Prat 1996, 46, p.1839-1843.
41. Pernes J, Bientz P
Affections rencontrées chez les migrants
Impact internat santé publique, 1996, n° 11, p.73-77.
42. Declerck P, Henry P
Pathologie de la rue
Rev Prat, 1996, 46, p.1844-1848.
43. Peslin N, Pasquier V, Plaçais C, Coutant A, Agard C, Barrier J, Lombrail P
Evaluation d'une nouvelle offre de soins : la permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Nantes
Santé publique, 2001, 13, n° 4, p.349-357.
44. CRESP université Paris 13
Les urgences et la précarité. Etude sur la prise en charge des patients confrontés à des difficultés socio-économiques dans les établissements hospitaliers de Seine Saint-Denis
Bobigny, mars 1999.

45. Lebas J, Chauvin P
Précarité et santé
Edition Flammarion, 1998.

46. Farge D
Précarité et médecine interne
Rev Méd interne 1997, 18, p.687-690.

ANNEXES

ANNEXE 1 : questionnaire

ANNEXE 2 : statistiques

ANNEXE 3 : loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

1. DEMOGRAPHIE

Sexe : M / F

Âge :

Français / étranger (pays :.....)

2. COUVERTURE SOCIALE

- ☐ Pas de couverture sociale
- ☐ CMU + CMU complémentaire
- ☐ AME
- ☐ CPAM
- ☐ CPAM + CC

3. MOTIF DE CONSULTATION

- Prévention ☐
- Symptôme ou pathologie
 - ☐ Pathologie aiguë bénigne
 - ☐ Pathologie chronique
 - ☐ Pathologie potentiellement urgente

Motif de consultation ou pathologie retenue :

4. QUI VOUS A CONSEILLÉ DE VENIR À LA CONSULTATION JEAN GUILLON ?

- Une institution
 - ☐ Un foyer
 - ☐ L'hôpital
 - ☐ Les urgences
 - ☐ Un CCAS
 - ☐ Une autre institution en clair :
- Une association
 - ☐ Médecins du Monde
 - ☐ Une autre association en clair :
- Un professionnel de santé
 - ☐ Un médecin généraliste
 - ☐ Un médecin spécialiste
 - ☐ Une assistante sociale
 - ☐ Une infirmière
 - ☐ Un autre professionnel de santé en clair :

-Une autre personne

- ☐ Un ami ou une relation
- ☐ Un membre de la famille
- ☐ Une personne ayant déjà fréquenté la consultation
- ☐ Une autre personne en clair :

5. OÙ SERIEZ-VOUS ALLE SI LA CONSULTATION JEAN GUILLON N'EXISTAIT PAS ?

a. Réponse ouverte :

b. Propositions pour ceux qui n'ont pas répondu ou qui ne savent pas :

- ☐ Les urgences
- ☐ Une clinique privée
- ☐ Un médecin généraliste en ville
- ☐ Un médecin spécialiste en ville
- ☐ Un médecin dans un centre médico-social
- ☐ Le centre de Médecins du Monde
- ☐ SOS médecins
- ☐ Un guérisseur
- ☐ Je n'aurais pas consulté
- ☐ Pas de réponse

6. ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

Compréhension : 0-----10

0 correspond à l'absence de problème de compréhension ;

10 correspond à des difficultés de compréhension majeures.

ANNEXE 2 : STATISTIQUES

1. A PROPOS DES MOYENNES D'AGE

Les moyennes d'âge des différents groupes ont été calculées grâce au logiciel Excel.

L'écart-type s des moyennes a été calculé grâce au logiciel Excel.

La variance s^2 est égale au carré de l'écart-type.

Le tableau suivant regroupe les différentes moyennes, écart-types et variances calculés pour chaque groupe étudié.

	moyenne d'âge	écart-type	variance
population totale	30.017	14.084	198.359
hommes	30.560	13.513	182.601
femmes	29.094	15.136	229.098
français	33.292	14.302	204.547
étrangers	28.897	13.924	193.877

Le test de Student nous a permis de comparer les moyennes des hommes et des femmes d'une part, des français et des étrangers d'autre part, en calculant l'écart-type réduit ε_c correspondant à la différence de ces moyennes.

Celui-ci est comparé à un écart-type ε donné par les tables statistiques, qui est égal à 1.96 pour un risque de 5%.

- si $\varepsilon_c \leq \varepsilon$, la différence entre les 2 moyennes n'est pas significative ;
- si $\varepsilon_c > \varepsilon$, la différence entre les 2 moyennes est significative.

Si on compare les moyennes d'âge des hommes et des femmes, on trouve $\varepsilon_c = 0.701$. On a $\varepsilon_c < \varepsilon$, donc la différence entre les 2 moyennes n'est pas significative.

Si on compare les moyennes d'âge des français et des étrangers, on trouve $\varepsilon_c = 1.941$. Nous sommes ici à la limite de la significativité.

2. COMPARAISONS DANS LES DIFFERENTS GROUPES

Des tests statistiques (test du khi-deux si les effectifs sont supérieurs à 5, test de Fischer dans le cas contraire) ont été utilisés afin de comparer différents paramètres dans les groupes des hommes et des femmes d'une part, des français et des étrangers d'autre part.

On parle de différence significative quand on obtient une p-value < 0.05 . Dans ce cas, l'odd ratio (OR) est le risque relatif pour qu'un groupe présente ou bénéficie d'un paramètre par rapport à l'autre groupe.

Les résultats obtenus sont notés dans les tableaux suivants.

« X » : signifie que le calcul est impossible

21. comparaison des patients selon leur couverture sociale

	Pas de couverture sociale	Couverture sociale
hommes	68	63
femmes	38	39

p-value	OR	IC OR 95 %
0.72	1.11	0.63-1.95

	Couverture maladie universelle (CMU) et CMU complémentaire	Pas de CMU et de CMU complémentaire
hommes	22	109
femmes	6	71

p-value	OR	IC OR 95 %
0,066	2.39	0.92-6.18

	Aide médicale de l'état (AME)	Pas d'AME
hommes	17	114
femmes	18	59

p-value	OR	IC OR 95 %
0.052	0.19	0.23-1.02

	Sécurité sociale seule (CPAM)	Pas de sécurité sociale
hommes	23	108
femmes	12	65

p-value	OR	IC OR 95 %
0.71	1.15	0.54-2.47

	Sécurité sociale et couverture complémentaire	Pas de sécurité sociale et de couverture complémentaire
hommes	1	130
femmes	3	74

p-value	OR	IC OR 95 %
0.14	0.19	0.02-1.86

	Pas de couverture sociale	Couverture sociale
français	8	45
étrangers	98	57

p-value	OR	IC OR 95 %
<0.0001	0.10	0.05-0.23

La proportion d'étrangers n'ayant pas de couverture sociale est significativement supérieure à celle des français.

	CMU + CMU complémentaire	
français	11	42
étrangers	17	138

p-value	OR	IC OR 95 %
0.072	2.13	0.92-4.89

	AME	
français	0	53
étrangers	35	120

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	CPAM seule	
français	30	23
étrangers	5	150

p-value	OR	IC OR 95 %
<0.0001	39.13	13.78-111.10

La proportion de français avec une CPAM seule est significativement supérieure à celle des étrangers.

	CPAM et couverture complémentaire	
français	4	49
étrangers	0	155

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

22. comparaison des patients selon les motifs de consultation

	Pathologie ou symptôme	Pas de pathologie
hommes	112	19
femmes	59	18

p-value	OR	IC OR 95 %
0.11	1.80	0.88-3.69

	Pathologie aiguë bénigne (PAB)	Pas de PAB
hommes	89	42
femmes	44	33

p-value	OR	IC OR 95 %
0.12	1.59	0.89-2.84

	Pathologie chronique (PC)	Pas de PC
hommes	22	109
femmes	12	65

p-value	OR	IC OR 95 %
0.82	1.09	0.51-2.36

	Pathologie potentiellement urgente (PPU)	Pas de PPU
hommes	1	130
femmes	3	74

p-value	OR	IC OR 95 %
0.14	0.19	0.02-1.86

	Acte de prévention	Pas d'acte de prévention
hommes	19	112
femmes	18	59

p-value	OR	IC OR 95 %
0.11	0.56	0.27-1.14

	Pathologie ou symptôme	
français	47	6
étrangers	124	31

p-value	OR	IC OR 95 %
0.15	1.96	0.77-5.00

	PAB	
français	33	20
étrangers	100	55

p-value	OR	IC OR 95 %
0.77	0.91	0.48-1.73

	PC	
français	13	40
étrangers	21	134

p-value	OR	IC OR 95 %
0.062	2.07	0.95-4.51

Ce résultat est à la limite de la significativité.

	PPU	
français	1	52
étrangers	3	152

p-value	OR	IC OR 95 %
1	0.97	0.10-9.57

	Acte de prévention	
français	6	47
étrangers	31	124

p-value	OR	IC OR 95 %
0.15	0.51	0.20-1.30

23. comparaison des patients selon les différentes pathologies

	Pathologie « autre »	
hommes	21	110
femmes	13	64

p-value	OR	IC OR 95 %
0.87	0.94	0.44-2.00

	Pathologie ORL	
hommes	22	109
femmes	11	66

p-value	OR	IC OR 95 %
0.63	1.21	0.55-2.66

	Pathologie digestive	
hommes	21	110
femmes	7	70

p-value	OR	IC OR 95 %
0.16	1.91	0.77-4.73

	Pathologie dermatologique	
hommes	14	117
femmes	11	66

p-value	OR	IC OR 95 %
0.44	0.72	0.31-1.67

	Pathologie rhumatologique	
hommes	10	121
femmes	10	67

p-value	OR	IC OR 95 %
0.21	0.55	0.22-1.40

	Pathologie gynécologique	
hommes	0	131
femmes	11	66

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Pathologie dentaire	
hommes	11	120
femmes	0	77

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Pathologie pneumologique	
hommes	7	124
femmes	3	74

p-value	OR	IC OR 95 %
0.75	1.39	0.35-5.55

	Pathologie psychiatrique	
hommes	6	125
femmes	3	74

p-value	OR	IC OR 95 %
1	1.18	0.29-4.88

	Pathologie traumatologique	
hommes	8	123
femmes	0	77

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Pathologie cardiologique	
hommes	3	128
femmes	3	74

p-value	OR	IC OR 95 %
0.67	0.58	0.11-2.94

	Pathologie ophtalmologique	
hommes	4	127
femmes	2	75

p-value	OR	IC OR 95 %
1	1.18	0.21-6.60

	Pathologie endocrinienne	
hommes	2	129
femmes	2	75

p-value	OR	IC OR 95 %
0.63	0.58	0.08-4.21

	Pathologie urologique	
hommes	2	129
femmes	0	77

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Pathologie hématologique	
hommes	0	131
femmes	1	76

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Pathologie « autre »	
français	4	49
étrangers	30	125

p-value	OR	IC OR 95 %
0.053	0.34	0.11-1.02

Ce résultat est à la limite de la significativité

	Pathologie ORL	
français	5	48
étrangers	28	127

p-value	OR	IC OR 95 %
0.19	0.47	0.14-1.29

	Pathologie digestive	
français	10	43
étrangers	18	137

p-value	OR	IC OR 95 %
0.18	1.77	0.76-4.12

	Pathologie dermatologique	
français	8	45
étrangers	17	138

p-value	OR	IC OR 95 %
0.43	1.44	0.58-3.57

	Pathologie rhumatologique	
français	3	50
étrangers	17	138

p-value	OR	IC OR 95 %
0.42	0.49	0.14-1.73

	Pathologie gynécologique	
français	3	50
étrangers	8	147

p-value	OR	IC OR 95 %
1	1.10	0.28-4.32

	Pathologie dentaire	
français	4	49
étrangers	7	148

p-value	OR	IC OR 95 %
0.48	1.73	0.48-6.15

	Pathologie pneumologique	
Français	4	49
Etrangers	6	149

p-value	OR	IC OR 95 %
0.28	2.03	0.55-7.48

	Pathologie psychiatrique	
Français	5	48
Etrangers	4	151

p-value	OR	IC OR 95 %
0.049	3.93	1.02-15.23

La proportion de français souffrant de pathologie psychiatrique est significativement plus élevée que celle des étrangers.

	Pathologie traumatologique	
français	3	50
étrangers	5	150

p-value	OR	IC OR 95 %
0.42	1.80	0.042-7.80

	Pathologie cardiologique	
français	1	52
étrangers	5	150

p-value	OR	IC OR 95 %
1	0.58	0.07-5.05

	Pathologie ophtalmologique	
français	2	51
étrangers	4	151

p-value	OR	IC OR 95 %
0.65	1.48	0.26-8.32

	Pathologie endocrinienne	
français	1	52
étrangers	3	152

p-value	OR	IC OR 95 %
1	0.97	0.10-9.57

	Pathologie urologique	
français	0	53
étrangers	2	153

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Pathologie hématologique	
français	0	53
étrangers	1	154

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

24. comparaison des patients selon l'organisme ou la personne qui leur a conseillé de venir consulter à la PASS (consultation médico-sociale) du CHU de Nantes.

	Une institution	
hommes	35	96
femmes	17	60

p-value	OR	IC OR 95 %
0.46	1.29	0.66-2.50

	Un foyer	
hommes	8	123
femmes	6	71

p-value	OR	IC OR 95 %
0.64	0.77	0.26-2.31

	L'hôpital	
hommes	6	125
femmes	2	75

p-value	OR	IC OR 95 %
0.71	1.80	0.35-9.15

	Les urgences	
hommes	12	119
femmes	3	74

p-value	OR	IC OR 95 %
0.18	2.49	0.68-9.11

	Un CCAS	
Hommes	6	125
Femmes	4	73

p-value	OR	IC OR 95 %
1	0.88	0.24-3.21

	Une autre institution	
hommes	3	128
femmes	2	75

p-value	OR	IC OR 95 %
1	0.88	0.14-5.38

	Une association	
hommes	28	103
femmes	11	66

p-value	OR	IC OR 95 %
0.21	1.63	0.76-3.50

	Médecins du Monde	
hommes	7	124
femmes	4	73

p-value	OR	IC OR 95 %
1	1.03	0.29-3.64

	Une autre association	
hommes	21	110
femmes	7	70

p-value	OR	IC OR 95 %
0.16	1.91	0.77-4.73

	Un professionnel de santé	
hommes	16	115
femmes	13	64

p-value	OR	IC OR 95 %
0.35	0.68	0.31-1.51

	Un médecin généraliste	
hommes	4	127
femmes	3	74

p-value	OR	IC OR 95 %
0.74	0.78	0.17-3.57

	Un médecin spécialiste	
hommes	0	131
femmes	1	76

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Une assistante sociale	
hommes	10	121
femmes	8	69

p-value	OR	IC OR 95 %
0.49	0.71	0.27-1.89

	Une infirmière	
hommes	0	131
femmes	0	77

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Un autre professionnel de santé	
hommes	2	129
femmes	1	76

p-value	OR	IC OR 95 %
1	1.18	0.11-13.21

	Une personne	
hommes	52	79
femmes	36	41

p-value	OR	IC OR 95 %
0.32	0.75	0.42-1.32

	Un ami ou une relation	
hommes	35	96
femmes	18	59

p-value	OR	IC OR 95 %
0.59	1.20	0.62-2.30

	Un membre de la famille	
hommes	6	125
femmes	8	69

p-value	OR	IC OR 95 %
0.11	0.41	0.14-1.24

	Une personne ayant déjà consulté à la PASS	
hommes	10	121
femmes	8	69

p-value	OR	IC OR 95 %
0.49	0.71	0.27-1.89

	Une autre personne	
hommes	1	130
femmes	2	75

p-value	OR	IC OR 95 %
0.56	0.29	0.03-3.24

	Une institution	
français	21	32
étrangers	31	124

p-value	OR	IC OR 95 %
0.0042	2.63	1.33-5.16

La proportion de français qui a été conseillé par une institution est significativement plus élevée que celle des étrangers.

	Un foyer	
français	5	48
étrangers	9	146

p-value	OR	IC OR 95 %
0.35	1.69	0.54-5.29

	L'hôpital	
français	3	50
étrangers	5	150

p-value	OR	IC OR 95 %
0.42	1.80	0.42-7.80

	Les urgences	
français	10	43
étrangers	5	150

p-value	OR	IC OR 95 %
0.00015	6.98	2.26-21.51

La proportion de français qui a été conseillé par les urgences est significativement plus élevée que celle des étrangers.

	Un CCAS	
français	2	51
étrangers	8	147

p-value	OR	IC OR 95 %
1	0.72	0.15-3.51

	Une autre institution	
français	1	52
étrangers	4	151

p-value	OR	IC OR 95 %
1	0.73	0.08-6.64

	Une association	
français	8	45
étrangers	31	124

p-value	OR	IC OR 95 %
0.43	0.71	0.30-1.66

	Médecins du Monde	
français	1	52
étrangers	10	145

p-value	OR	IC OR 95 %
0.30	0.28	0.03-2.23

	Une autre association	
français	7	46
étrangers	21	134

p-value	OR	IC OR 95 %
0.95	0.97	0.39-2.43

	Un professionnel de santé	
français	7	46
étrangers	22	133

p-value	OR	IC OR 95 %
0.86	0.92	0.37-2.30

	Un médecin généraliste	
français	2	51
étrangers	5	150

p-value	OR	IC OR 95 %
1	1.18	0.22-6.25

	Un médecin spécialiste	
français	1	52
étrangers	0	155

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Une assistante sociale	
français	2	51
étrangers	16	139

p-value	OR	IC OR 95 %
0.17	0.34	0.08-1.53

	Une infirmière	
français	0	53
étrangers	0	155

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Un autre professionnel de santé	
français	2	51
étrangers	1	154

p-value	OR	IC OR 95 %
0.16	6.04	0.54-68.0

	Une personne	
français	17	36
étrangers	71	84

p-value	OR	IC OR 95 %
0.08	0.56	0.29-1.08

	Un ami ou une relation	
français	9	44
étrangers	44	111

p-value	OR	IC OR 95 %
0.099	0.52	0.23-1.15

	Un membre de la famille	
français	2	51
étrangers	12	143

p-value	OR	IC OR 95 %
0.53	0.47	0.10-2.16

	Une personne ayant déjà consulté à la PASS	
français	5	48
étrangers	13	142

p-value	OR	IC OR 95 %
0.78	1.14	0.39-3.36

	Une autre personne	
français	1	52
étrangers	2	153

p-value	OR	IC OR 95 %
1	1.47	0.13-16.56

25. comparaison des patients selon l'endroit où ils seraient allés consulter si la consultation n'existait pas

251. comparaison des réponses spontanées à cette question

	Un médecin généraliste	
hommes	28	103
femmes	22	55

p-value	OR	IC OR 95 %
0.24	0.68	0.36-1.30

	Les urgences	
hommes	30	101
femmes	9	68

p-value	OR	IC OR 95 %
0.045	2.24	1.00-5.02

La proportion de d'hommes qui aurait été consulter aux urgences si la consultation n'existait pas est significativement plus élevée que celle des femmes.

	Médecins du Monde	
hommes	12	119
femmes	7	70

p-value	OR	IC OR 95 %
0.99	1.01	0.38-2.68

	Un médecin spécialiste	
hommes	1	130
femmes	2	75

p-value	OR	IC OR 95 %
0.56	0.29	0.03-3.24

	N'auraient pas consulté	
hommes	9	122
femmes	4	73

p-value	OR	IC OR 95 %
0.77	1.35	0.40-4.53

	Le planning familial	
hommes	0	131
femmes	1	76

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	La protection maternelle et infantile (PMI)	
hommes	0	131
femmes	1	76

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Sos médecins	
hommes	0	131
femmes	1	76

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Ne sait pas	
hommes	51	80
femmes	30	47

p-value	OR	IC OR 95 %
1	1.00	0.56-1.78

	Un médecin généraliste	
français	24	29
étrangers	26	129

p-value	OR	IC OR 95 %
<0.0001	4.11	2.07-8.15

La proportion de français qui aurait été consulter un médecin généraliste si la consultation n'existait pas est significativement plus élevée que celle des étrangers.

	Les urgences	
français	16	37
étrangers	23	132

p-value	OR	IC OR 95 %
0.013	2.48	1.19-5.18

La proportion de français qui aurait été consulter aux urgences si la consultation n'existait pas est significativement plus élevée que celle des étrangers.

	Médecins du Monde	
français	1	52
étrangers	18	137

p-value	OR	IC OR 95 %
0.049	0.15	0.02-1.12

La proportion d'étrangers qui aurait été consulter Médecins du Monde est significativement plus élevée que celle des français.

	Un médecin spécialiste	
français	2	51
étrangers	1	154

p-value	OR	IC OR 95 %
0.16	6.04	0.54-68.0

	N'auraient pas consulté	
français	4	49
étrangers	9	146

p-value	OR	IC OR 95 %
0.74	1.32	0.39-4.49

	Le planning familial	
français	1	52
étrangers	0	155

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	La PMI	
français	1	52
étrangers	0	155

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Sos médecins	
français	0	53
étrangers	1	154

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Ne sait pas	
français	4	49
étrangers	77	78

p-value	OR	IC OR 95 %
<0.0001	0.08	0.03-0.24

La proportion d'étrangers ayant répondu « ne sait pas » est significativement plus élevée que celle des français.

252. comparaison des 81 patients qui ont répondu « je ne sais pas » selon les réponses données dans un second temps si on leur fait une liste de propositions.

	Les urgences	
hommes	23	28
femmes	16	14

p-value	OR	IC OR 95 %
0.47	0.72	0.29-1.78

	Une clinique privée	
hommes	0	51
femmes	0	30

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Un médecin généraliste	
hommes	4	47
femmes	3	27

p-value	OR	IC OR 95 %
0.71	0.77	0.16-3.68

	Un médecin spécialiste	
hommes	0	51
femmes	0	30

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Un centre médico-social	
hommes	2	49
femmes	0	30

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Médecins du Monde	
hommes	12	39
femmes	3	27

p-value	OR	IC OR 95 %
0.15	2.77	0.71-10.76

	Sos médecins	
hommes	1	50
femmes	1	29

p-value	OR	IC OR 95 %
1	0.58	0.03-9.63

	Un guérisseur	
hommes	0	51
femmes	0	30

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	N'auraient pas consulté	
hommes	4	47
femmes	6	24

p-value	OR	IC OR 95 %
0.16	0.34	0.09-1.32

	Pas de réponse	
hommes	5	46
femmes	1	29

p-value	OR	IC OR 95 %
0.40	3.15	0.35-28.36

	Les urgences	
français	2	2
étrangers	37	40

p-value	OR	IC OR 95 %
1	1.08	0.14-8.07

	Une clinique privée	
français	0	4
étrangers	0	77

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Un médecin généraliste	
français	0	4
étrangers	7	70

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Un médecin spécialiste	
français	0	4
étrangers	0	77

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Un centre médico-social	
français	0	4
étrangers	2	75

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Médecins du Monde	
français	1	3
étrangers	14	63

p-value	OR	IC OR 95 %
0.57	1.50	0.15-15.51

	Sos médecins	
français	1	3
étrangers	1	76

p-value	OR	IC OR 95 %
0.097	25.33	1.26-510.05

	Un guérisseur	
français	0	4
étrangers	0	77

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	N'auraient pas consulté	
français	0	4
étrangers	10	67

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

	Pas de réponse	
français	0	4
étrangers	6	71

p-value	OR	IC OR 95 %
X	X	X

**ANNEXE 3 : LOI N° 98-657 DU 29 JUILLET 1998
D'ORIENTATION RELATIVE A LA LUTTE CONTRE
LES EXCLUSIONS**

LOIS

LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (1)

NOR: MESX9800072L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré.

L'Assemblée nationale a adopté.

Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 98-403 DC en date du 29 juillet 1998 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1^{er}

La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation.

La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance.

L'Etat, les collectivités territoriales, les établissements publics dont les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale ainsi que les institutions sociales et médico-sociales participent à la mise en œuvre de ces principes.

Ils poursuivent une politique destinée à connaître, à prévenir et à supprimer toutes les situations pouvant engendrer des exclusions.

Ils prennent les dispositions nécessaires pour informer chacun de la nature et de l'étendue de ses droits et pour l'aider, éventuellement par un accompagnement personnalisé, à accomplir les démarches administratives ou sociales nécessaires à leur mise en œuvre dans les délais les plus rapides.

Les entreprises, les organisations professionnelles ou interprofessionnelles, les organisations syndicales de salariés représentatives, les organismes de prévoyance, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations qui œuvrent notamment dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, les citoyens ainsi que l'ensemble des acteurs de l'économie solidaire et de l'économie sociale concourent à la réalisation de ces objectifs.

En ce qui concerne la lutte contre l'exclusion des Français établis hors de France, les ministères compétents apportent leur concours au ministère des affaires étrangères.

Article 2

Il est inséré, dans le code du travail, un article L. 353-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 353-3. - Afin d'améliorer l'information des demandeurs d'emploi et leur capacité à exercer leurs droits, l'Etat, les organismes chargés du placement et de la formation des demandeurs d'emploi fixent les règles de constitution de comités de liaison auprès de leurs échelons locaux dans lesquels siègent des demandeurs d'emploi représentant les organisations syndicales représentatives au plan national et les organisations ayant spécifiquement pour objet la défense des intérêts ou l'insertion des personnes privées d'emploi. »

TITRE I^{er}**DE L'ACCÈS AUX DROITS****CHAPITRE I^{er}****Accès à l'emploi****Article 3**

Au début du dernier alinéa de l'article L. 321-4 du code du travail, après les mots : « représentants du personnel », sont insérés les mots : « et l'autorité administrative ».

Article 4

Tout chômeur âgé de seize à vingt-cinq ans ou tout chômeur de longue durée ou rencontrant des difficultés d'insertion professionnelle a le droit à un accueil, un bilan de compétences et une action d'orientation professionnelle afin de bénéficier d'un nouveau départ sous forme d'une formation, d'un appui individualisé ou d'un parcours vers l'emploi ou la création ou la reprise d'entreprise.

Article 5

I. - L'Etat prend l'initiative d'actions d'accompagnement personnalisé et renforcé ayant pour objet l'accès à l'emploi de jeunes de seize à vingt-cinq ans en difficulté et confrontés à un risque d'exclusion professionnelle par l'articulation des actions relevant de la politique définie à l'article L. 322-1 et de celles mentionnées à l'article L. 900-1 du code du travail. Les régions et la collectivité territoriale de Corse s'associent à ces actions dans le cadre des compétences qu'elles exercent en application du II de l'article 82 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat. Une convention-cadre, conclue entre l'Etat et la région ou la collectivité territoriale de Corse, précise les conditions de leur intervention conjointe.

Les actions d'accompagnement personnalisé et renforcé comprennent notamment des mesures concernant la lutte contre l'illettrisme, l'acquisition accélérée d'une expérience professionnelle, l'orientation et la qualification, et sont associées, si nécessaire, de toute autre action, notamment culturelle ou sportive. Elles visent également à assurer l'égalité d'accès des jeunes gens et jeunes filles à ces actions et la mixité des emplois.

Les jeunes sans qualification, de niveau VI et V bis, bénéficient en priorité de cet accompagnement.

II. - Pour l'application du I, l'Etat, en concertation avec les régions, conclut avec les missions locales mentionnées à l'article 7 de la loi n° 89-905 du 19 décembre 1989 favorisant le retour à l'emploi et la lutte contre l'exclusion professionnelle et les permanences d'accueil, d'information et d'orientation visées à l'article 4 de l'ordonnance n° 82-273 du 26 mars 1982 relative aux mesures destinées à assurer aux jeunes de seize à dix-huit ans une qualification professionnelle et à faciliter leur insertion sociale ainsi qu'avec l'Agence nationale pour l'emploi des conventions fixant les objectifs des actions d'accompagnement personnalisé, leur durée maximale, qui ne peut excéder dix-huit mois, sauf dérogation expresse accordée par le représentant de l'Etat dans le département ainsi que la nature et l'importance des moyens dégagés par l'Etat pour leur mise en œuvre.

31 juillet 1998

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

11695

mer aux sociétés d'économie mixte constituées en application de la loi n° 46-860 du 30 avril 1946 précitée et aux sociétés d'économie mixte locales pour les logements à usage locatif leur appartenant et construits, acquis ou améliorés avec le concours financier de l'Etat. »

CHAPITRE III

Accès aux soins

Article 67

L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé.

Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des personnes les plus démunies.

Article 68

Le sixième alinéa du I de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 3° Les objectifs de l'action sociale, de prévention et de lutte contre l'exclusion ; ».

Article 69

A la fin du premier alinéa du II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « et du médicament » sont remplacés par les mots : «, du médicament et de la lutte contre l'exclusion en matière d'accès aux soins ».

Article 70

Dans un délai d'un an, le Gouvernement présentera au Parlement un rapport sur le rôle de la médecine scolaire dans la politique de prévention et les conditions de son renforcement pour améliorer le suivi médical des enfants scolarisés, notamment dans les zones où le recours aux soins est insuffisant.

Article 71

Il est établi, dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le représentant de l'Etat dans la région ou le représentant de l'Etat dans la collectivité territoriale de Corse.

Ce programme est établi à partir d'une analyse préalable, dans chaque département, de la situation en matière d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies.

Il comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en œuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur les situations locales particulières et les expériences existantes. Il précise les conditions dans lesquelles les services de l'Etat, en particulier les services de santé scolaire et universitaire, les collectivités territoriales, grâce notamment aux services de protection maternelle et infantile, les organismes de sécurité sociale, les agences régionales de l'hospitalisation, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations, les professions de santé, les établissements et institutions sanitaires et sociales concourent à la mise en œuvre de ces actions. Il s'attache à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels.

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, réunissant des représentants des services de l'Etat et de l'agence régionale de l'hospitalisation, des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie et auquel des représentants des associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion peuvent être invités à participer. Il est rendu compte chaque année de la réalisation de ce programme à la conférence régionale de santé instituée par l'article L. 767 du code de la santé publique.

Article 72

I. - L'article 1° de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° Assurent des soins ambulatoires et des actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou nocive, ou atteintes de dépendance alcoolique. »

II. - Après le 8° de l'article 3 de la même loi, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 9° Centres assurant, en cure ambulatoire, des soins et des actions d'accompagnement social et de réinsertion à l'égard des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou nocive, ou atteintes de dépendances alcooliques.

« Les missions, les conditions de fonctionnement ainsi que les modalités de financement des centres visés au 9° sont définies par voie réglementaire. »

III. - Après l'article L. 355-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 355-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 355-1-1. - Les centres de cure ambulatoire mentionnés au 9° de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales assurent des soins ambulatoires et des actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou atteintes de dépendance alcoolique ainsi qu'en faveur de leur famille. »

Article 73

I. - Après le 6° de l'article L. 711-3 du code de la santé publique, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

« 7° A la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux. »

II. - Après les mots : « continuité de ces soins », la fin du cinquième alinéa de l'article L. 711-4 du même code est ainsi rédigée : « en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. A cette fin, ils orientent les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation. »

Article 74

Après le 1° de l'article L. 146 du code de la santé publique, il est inséré un 1° bis ainsi rédigé :

« 1° bis Des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies ; ».

Article 75

Dans l'article L. 262-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « action sanitaire et sociale », sont insérés les mots : « destinées en priorité aux populations exposées au risque de précarité ».

Article 76

Après l'article L. 711-7 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 711-7-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 711-7-1. - Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins prévus à l'article 71 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes. »

Article 77

Un rapport sera remis par le Gouvernement au Parlement sur l'opportunité et les modalités d'un transfert de compétence des départements vers l'Etat en matière de lutte contre la tuberculose. Ce rapport sera déposé dans un délai d'un an suivant la promulgation de la présente loi.

CHAPITRE IV

Exercice de la citoyenneté

Article 78

Dans l'article L. 411-7 du code du travail, les mots : « si elles l'ont exercée au moins un an, » sont supprimés.

Article 79

L'article L. 451-1 du code du travail est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les demandeurs d'emploi peuvent participer aux stages visés au premier alinéa du présent article dans la limite des durées de douze et dix-huit jours par période annuelle prévues pour les salariés. »

« Les travailleurs involontairement privés d'emploi continuent de bénéficier du revenu de remplacement auquel ils ont droit pendant la durée des stages considérés. »

Article 80

I. - Il est inséré, dans le code général des impôts, un article 951 bis ainsi rédigé :

« Art. 951 bis. - Les cartes nationales d'identité délivrées aux personnes dont les ressources ne dépassent pas le montant du revenu minimum prévu à l'article 3 de la loi n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion et qui n'ont pas la possibilité d'apporter la preuve d'un domicile ou d'une résidence dont elles seraient propriétaire ou occupant ou auxquelles la loi n'a pas fixé une commune de rattachement sont exonérées du droit de timbre prévu au c de l'article 947, sur production d'une attestation établissant le lien entre le demandeur et un organisme d'accueil figurant sur une liste établie par le représentant de l'Etat dans le département et, à Paris, le préfet de police. »

II. - Les dispositions du I s'appliquent à compter du 1^{er} septembre 1998.

Article 81

I. - La section 1 du chapitre II du titre I^{er} du livre I^{er} du code électoral est complétée par un article L. 15-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 15-1. - Les citoyens qui ne peuvent fournir la preuve d'un domicile ou d'une résidence et auxquels la loi n'a pas fixé une commune de rattachement sont, sur leur demande, inscrits sur la liste électorale de la commune où est situé l'organisme d'accueil agréé :

« - dont l'adresse figure depuis au moins six mois sur leur carte nationale d'identité :

« - ou qui leur a fourni une attestation établissant leur lien avec lui depuis au moins six mois. »

II. - L'article L. 18 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, pour les électeurs mentionnés à l'article L. 15-1, l'indication du domicile ou de la résidence est remplacée par celle de l'adresse de l'organisme d'accueil au titre duquel ils ont été inscrits sur la liste électorale. »

Article 82

Le dernier alinéa de l'article 13 de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« S'il n'a pas de domicile, le demandeur peut adresser sa demande au bureau d'aide juridictionnelle établi au siège de la juridiction dans le ressort de laquelle se trouve l'organisme d'accueil choisi par lui. Pour les besoins de la procédure d'aide juridictionnelle, le demandeur est réputé domicilié audit organisme d'accueil. »

Article 83

Les personnes condamnées à une peine d'emprisonnement ont droit, pendant l'exécution de leur peine, à une information sur leurs droits sociaux de nature à faciliter leur réinsertion.

TITRE II

DE LA PRÉVENTION DES EXCLUSIONS

CHAPITRE I^{er}

Procédure de traitement des situations de surendettement

Article 84

Dans le deuxième alinéa (1^{er}) de l'article L. 311-4 du code de la consommation, après les mots : « taux effectif global », sont insérés les mots : « mensuel et annuel ».

Article 85

L'article L. 321-1 du code de la consommation est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 3^o Soit d'intervenir, pour le compte du débiteur, sous quelque forme que ce soit, pour les besoins de la procédure de surendettement. »

Article 86

Le deuxième alinéa de l'article L. 331-1 du code de la consommation est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Elle comprend le représentant de l'Etat dans le département, président, le trésorier-payeur général, vice-président, le directeur des services fiscaux. Chacune de ces personnes peut se faire représenter, par un seul et même délégué, dans des conditions fixées par décret. La commission comprend également le représentant local de la Banque de France, qui en assure le secrétariat, ainsi que deux personnalités choisies par le représentant de l'Etat dans le département, la première sur proposition de l'Association française des établissements de crédit et des entreprises d'investissement, la seconde sur proposition des associations familiales ou de consommateurs. »

« Un suppléant de chacune de ces personnalités est désigné dans les mêmes conditions. »

Article 87

L'article L. 331-2 du code de la consommation est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le montant des remboursements résultant de l'application des articles L. 331-6 ou L. 331-7 est fixé, dans des conditions précisées par décret, par référence à la quotité

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté.