

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2020

N°19

THESE

Présentée pour le Diplôme d'État de Docteur en Chirurgie Dentaire
Le 29 septembre 2020

par

WOHLHUTER Louise

Née le 26/05/1994 à COLMAR

LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE DENTAIRES EN
FRANCE

Président : Professeur MUSSET Anne-Marie
Assesseurs : Docteur OFFNER Damien
Docteur VAN BELLINGHEN Xavier
Docteur BOEHLER Christian

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE DE STRASBOURG

Doyen : Professeur C. TADDEI-GROSS

Doyens honoraires : Professeur R. FRANK
Professeur M. LEIZE
Professeur Y. HAIKEL

Professeurs émérites : Professeur H. TENENBAUM

Responsable des Services Administratifs : Mme F. DITZ-MOUGEL

Professeurs des Universités

V. BALL	Ingénierie Chimique, Energétique - Génie des Procédés
A. BLOCH-ZUPAN	Sciences Biologiques
F. CLAUSS	Odontologie Pédiatrique
J-L. DAVIDEAU	Parodontologie
Y. HAIKEL	Odontologie Conservatrice - Endodontie
O. HUCK	Parodontologie
M-C. MANIERE	Odontologie Pédiatrique
F. MEYER	Sciences Biologiques
M. MINOUX	Odontologie Conservatrice - Endodontie
A-M. MUSSET	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
C. TADDEI-GROSS	Prothèses
B. WALTER	Prothèses

Maîtres de Conférences

Y. ARNTZ	Biophysique moléculaire
S. BAHY-GROSS	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
L. BIGEARD	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
Y. BOLENDER	Orthopédie Dento-Faciale
F. BORNERT	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
A. BOUKARI	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
O. ETIENNE	Prothèses
F. FIORETTI	Odontologie Conservatrice - Endodontie
C-I. GROS	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie
S. JUNG	Sciences Biologiques
N. LADHARI	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie
D. OFFNER	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
M. SOELL	Parodontologie
M. STRUB	Odontologie Pédiatrique
X. VAN BELLINGHEN	Prothèses
D. WAGNER	Orthopédie Dento-Faciale
E. WALTMANN	Prothèses

Equipes de Recherche

N. JESSEL	INSERM / Directeur de Recherche
Ph. LAVALLE	INSERM / Directeur de Recherche
H. LESOT	CNRS / Directeur de Recherche
M-H. METZ-BOUTIGUE	INSERM / Directeur de Recherche
P. SCHAAF	UdS / Professeur des Universités / Directeur d'Unité
B. SENGER	INSERM / Directeur de Recherche

Remerciements

A l'ensemble de mon jury de thèse

A ma directrice et présidente de thèse, madame le Professeur Musset,

Permettez-moi de vous adresser toute ma reconnaissance pour cette année de travail.

Vous avez toujours fait preuve d'une accessibilité, d'un soutien et surtout d'une grande humanité.

Je suis très admirative de vos qualités et suis très fière d'avoir pu rédiger ce travail sous votre direction.

Un grand merci.

A monsieur le Docteur Offner, Membre du Jury

Je vous adresse toute ma gratitude pour votre intérêt à mon sujet de thèse et pour avoir accepté de faire partie des membres de ce jury.

Merci pour votre bonne humeur tant dans vos enseignements magistraux que lors des vacations cliniques. C'était toujours avec plaisir que je m'y rendais.

A monsieur le Docteur Van Bellinghen, Membre du Jury

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury et je vous en suis très reconnaissante.

Merci pour votre gentillesse et votre obstination à nous faire adopter les bons gestes et les bonnes pratiques de notre profession, aussi bien dans le choix des biomatériaux que dans l'ergonomie de nos postures.

Je garde en mémoire ces travaux dirigés qui me seront utiles au quotidien dans l'exercice de notre profession.

A monsieur le Docteur Boehler, Membre du Jury

Merci pour l'attention que vous portez à mon travail et pour avoir accepté d'être juge de celui-ci.

Vous avez su m'apporter confiance dans mon travail grâce à vos conseils avisés et votre sympathie. Je garde un excellent souvenir de mes vacances cliniques à vos côtés, où y séjournait un environnement de travail calme et serein.

A mon parrain de thèse et maître de stage, le Dr Hervé Barthélémy,

Merci pour votre passion, votre acharnement, et votre perfectionnisme. Vous avez tant influencé mon exercice dentaire et m'avait aidée dans sa bonne réalisation, avec minutie. J'espère pouvoir exercer notre profession avec autant de précision et d'exactitude que ce que j'ai pu apprendre à vos côtés. Merci de me faire l'honneur d'être mon parrain pour ce jour.

A l'équipe de Médecins du Monde, et plus précisément aux Drs Claude Scheffler et Jean Moebs,

Merci pour votre soutien infaillible dans mon projet, et votre accueil à Médecins du Monde quand je me suis présentée. Vous êtes des ambassadeurs de vos professions respectives ; votre générosité et humanité seront toujours un exemple pour moi.

Claude, merci pour tes conseils et tes recommandations. Tu as toujours été d'une bienveillance exceptionnelle à mon égard et je t'en remercie.

Merci à vous deux de me faire l'honneur d'être à mes côtés pour ce jour si particulier.

A ma famille

Maman et Papa, pour m'avoir soutenu pendant toutes ces années et qui m'a permis de mener à bien mes études. Sans vous, rien de tout cela n'aurait pu être possible et je vous en serai éternellement reconnaissante.

A ma sœur Charlotte, pour avoir supporté l'ambiance « bibliothèque du salon » pendant toutes ces années. Mais ça en valait la peine !

A mon frère Nathan, car finalement c'est un peu grâce à toi aujourd'hui si j'ai suivi ce parcours. Merci pour tes encouragements et pour avoir toujours cru en moi.

Je suis fière aujourd'hui d'être arrivée jusqu'ici et enthousiaste à l'idée que nos professions respectives nous permettront de toujours collaborer.

Et à leurs conjoints respectifs, ***Audry et Alia, Ève***, parce que tous ensemble on vit des moments merveilleux.

A Paul, mon amour, pour ton soutien inconditionnel dans tous les projets que je mène, et pour m'avoir épaulé dans mes moments de doute, et dans la rédaction de mon travail.

A mes amis

Aux JDV, mes sturmiennes, Salomé, Maurine, Léa, Marie, Mako, parce que c'est avec vous que toute cette histoire a débuté en première année de médecine. Merci d'avoir été à mes côtés durant toutes ces années.

A Lucie, parce qu'au-delà de nos études communes nous partageons bien plus avec notre goût invétéré pour les voyages et notre passion pour l'art. C'est toujours avec enthousiasme que je découvre de nouvelles cultures à tes côtés.

A Corentin, Grégoire et Maëva, car grâce à vous j'ai fini de rédiger bien plus rapidement que prévu, merci d'avoir partagé mes doutes et d'avoir répondu à toutes mes questions pendant ces 5 années.

A Alexandre, merci de m'avoir fait confiance pour te remplacer, merci pour ton humour et ta bonne humeur quotidienne. C'est toujours un plaisir de travailler à tes côtés.

Et merci à tous ceux que j'ai oublié... !

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2020

N°19

THESE

Présentée pour le Diplôme d'État de Docteur en Chirurgie Dentaire
Le 29 septembre 2020

par

WOHLHUTER Louise

Née le 26/05/1994 à COLMAR

LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE DENTAIRES EN
FRANCE

Président : Professeur MUSSET Anne-Marie
Assesseurs : Docteur OFFNER Damien
Docteur VAN BELLINGHEN Xavier
Docteur BOEHLER Christian

Table des matières :

I. Introduction	4
II. Les Offres de Soins de Santé en France	5
1. Généralités	5
a. Contexte	5
b. Définitions	5
2. Système de soins en France	10
a. Présentation de la Sécurité Sociale	10
b. Financement de la Sécurité Sociale	10
c. Le remboursement de la sécurité sociale	11
d. Les différents statuts de l'assurance maladie	12
3. L'accès aux soins pour tous	14
a. Inégalité face à la santé	14
b. Comparaisons des comportements selon la catégorie socio- professionnelle	15
c. Santé bucco-dentaire des précaires	17
d. Les Répercussions	18
III. Les Dispositifs des PASS	20
1. Historique et Présentation	20
a. Le renoncement aux soins : un élément déclencheur	20
b. L'instauration de la PASS	21
c. Les objectifs de la PASS et son emplacement déterminant au sein du réseau de soins	22
d. Fonctionnement, méthodes d'évaluation et budget de la PASS	23
2. Organisation d'une PASS	26
a. Les PASS transversales	26
b. Les PASS Généralistes ou Centralisées	27
c. Les PASS Spécialisées	27
3. L'exemple de La PASS à Strasbourg : La Boussole	27
a. La PASS Généraliste	27

b.	La PASS dentaire	35
4.	Comparaisons des PASS dentaires en France et analyse	41
a.	Similitude des PASS buccodentaires	41
b.	Rôle du chirurgien-dentiste	42
c.	Un fonctionnement contrasté	43
5.	PASS : comment améliorer son fonctionnement ?	45
a.	La PASS : un lieu encore confidentiel	45
b.	La formation des professionnels	46
c.	L'interprétariat	47
d.	La mission d'accueil de la PASS	48
e.	Le renforcement des réseaux et le comité de pilotage	48
f.	La réorientation vers une médecine de ville	49
IV.	<i>Accès aux soins à l'étranger : parallèle avec la France</i>	50
1.	Comparaisons sur la santé à l'étranger et son organisation	50
a.	Vers une démocratisation du système de santé	50
b.	Des inégalités persistantes	52
2.	La santé : un enjeu politique dans un contexte économique	54
a.	A l'étranger	54
b.	En France	56
V.	<i>Conclusion</i>	58
VI.	<i>Références bibliographiques</i>	61
VII.	<i>Annexes</i>	64

I. Introduction

La santé est proclamée comme « l'un des droits fondamentaux de tout être humain quelque soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » en 1948 par l'Organisation Mondiale de la Santé. C'est à cette époque que le concept d'universalité et d'équité inhérent à la santé émerge et que celle-ci devient alors une priorité et un enjeu politique pour l'ensemble des Nations.

L'Organisation Mondiale de la Santé souligne l'importance d'un accès à tous dès lors qu'il y a nécessité et à des tarifs abordables afin de ne pas engendrer de difficultés financières ; elle prône ainsi la Couverture Universelle. Par ce dispositif, la généralisation du droit à la santé va être rendu possible.

Néanmoins celle-ci nécessite de nombreuses démarches administratives et souvent un délai non négligeable avant de pouvoir y avoir recours, notamment pour les immigrés ou les populations les plus démunies.

En France, il existe des dispositifs permettant de dispenser des soins en attendant l'ouverture des droits à l'assurance maladie. Ce sont les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ; créées en 1998 pour lutter avant tout contre l'exclusion sociale et accorder aux populations les plus précaires une prise en charge sanitaire et sociale.

Afin de pouvoir répondre aux sollicitations des usagers, les PASS sont désignées par leur domaine de prédilection. Nous retrouvons ainsi des PASS gynécologiques, psychiatriques, mais aussi dentaires : élément central de cette étude.

L'objectif est d'analyser le mode d'organisation et le fonctionnement de ces PASS en comparant ces différentes structures. L'intention est de mettre en valeur les irrégularités mais aussi les atouts d'un tel système, pour à terme le rendre plus efficient et renforcer son engagement au sein de l'ensemble des structures médico-sociales.

Pour appuyer ces propos, nous verrons dans un premier temps les offres de soins de santé proposées en France. Nous étudierons ensuite le dispositif de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) à proprement parler,

particulier au système français et plus précisément sur l'activité des PASS dentaires. Enfin, nous ferons un parallèle de l'accès aux soins de santé avec les pays étrangers.

II. Les Offres de Soins de Santé en France

1. Généralités

a. Contexte

En 1998, la politique française a comme volonté de réunir l'ensemble des acteurs sociaux et médicaux afin d'universaliser la prise en charge par la mise en place d'un nouvel établissement : la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

Celle-ci permet de dispenser gratuitement des actes médicaux aux personnes nécessiteuses tout en les accompagnant socialement dans leurs démarches administratives pour percevoir leurs droits.

Force sera de constater que le public de la PASS ne compte pas seulement parmi les personnes pauvres et/ou étrangers. Celui-ci comporte également les « oubliés », qui malgré la possession éventuelle d'une protection sociale, sont exclus de la société du fait de leur isolement, d'une absence de logement, de difficultés dans la compréhension des démarches administratives, ou encore d'un manque de connaissance de la langue française.

b. Définitions

La pauvreté

Approche monétaire :

En France une personne est considérée comme pauvre quand ses revenus mensuels sont fixés entre 50 et 60% du niveau de vie médian, soit entre 867

et 1041 euros pour l'année 2019. Autrement dit, il y a un même nombre de personnes demeurant en dessous et au-dessus de ces montants. Même si le seuil de pauvreté a tendance à réduire depuis plus de trente ans, l'inflation et le coût de la vie eux n'ont cessé d'augmenter. (1)

Entre 2004 et 2014, on observe un accroissement du nombre de personnes pauvres qui concerne plus d'un million d'individus. Paradoxalement à cette progression considérable, la richesse nationale hausse d'environ 10%. Ces éléments contradictoires ne font que confirmer et renforcer des inégalités sociales déjà établies : les pauvres demeurent de plus en plus pauvres à mesure qu'une partie de la population s'enrichit. En France on compte à ce jour environ 5 millions de pauvres à condition de fixer le revenu médian à 50%, celui-ci passe à 9 millions pour un revenu médian de 60%. Ceci représente 3 millions d'enfants, soit un enfant sur cinq. (2)

Autrement dit, la pauvreté en France est une réalité de proximité et nous touche tous directement ou indirectement.

« Être pauvre c'est être exclu d'une norme sociale à un moment donné, sur un territoire donné ». (3)

Approche administrative :

Elle correspond au nombre de ménages vivant grâce aux minimas sociaux. En France il en existe plusieurs comme les Allocations, le Revenu Minimum Vieillesse, la Prime d'Activité mais le plus connu reste le Revenu de Solidarité Active (RSA). Fin 2017, 4,22 millions de personnes était concerné par une aide sociale (4) : presque 2 millions bénéficiait du RSA (5) ; 2,8 millions recevait la prime d'activité ; 500 000 personnes percevaient le revenu minimum vieillesse. On estime à environ 14% le nombre de pauvres en France, ce qui reste un chiffre très élevé pour un pays comme le nôtre. (2)

Approche subjective :

C'est le sentiment exprimé par un foyer quant au manque de revenus et de moyens qu'il détient par rapport à ce qu'il considère comme une norme. Aussi, cet aspect de la définition est tout de même à analyser avec

précaution car les besoins primaires peuvent être confondus avec les ambitions du ménage.

Approche en termes de biens :

On va considérer ici les biens essentiels ou besoins nécessaires à la poursuite de l'existence comme la nourriture, la qualité et situation du logement. A noter qu'il y a quelques années, l'absence d'une salle de bain à elle seule approuvait l'hypothèse d'une pauvreté en termes de biens.

Les facettes de la pauvreté

La pauvreté a de multiples aspects, en effet on y retrouve aussi bien des personnes âgées, que des jeunes sans qualifications, mais également des familles monoparentales et bien sûr des immigrés. (3)

Qui sont les pauvres ?

Portraits de la pauvreté en France

25% vivent dans une famille monoparentale

67% ont plus d'un CAP

35% ont moins de vingt ans

67% habitent dans les grandes villes et banlieues

Source : Insee – Données 2015

La précarité

De nature dynamique par rapport à la pauvreté qui relève plutôt d'un état, on préfère utiliser le terme de précarisation.

Celle-ci se détermine par l'absence d'une ou plusieurs sécurités permettant aux personnes de satisfaire leurs principales responsabilités et de disposer de leurs droits fondamentaux. Cette définition a été celle établie par un ancien défenseur des Droits de L'Homme Joseph Wresniski en 1987, et

reste actuelle puisqu'elle fait toujours office de référence auprès des Institutions Publiques. (6)

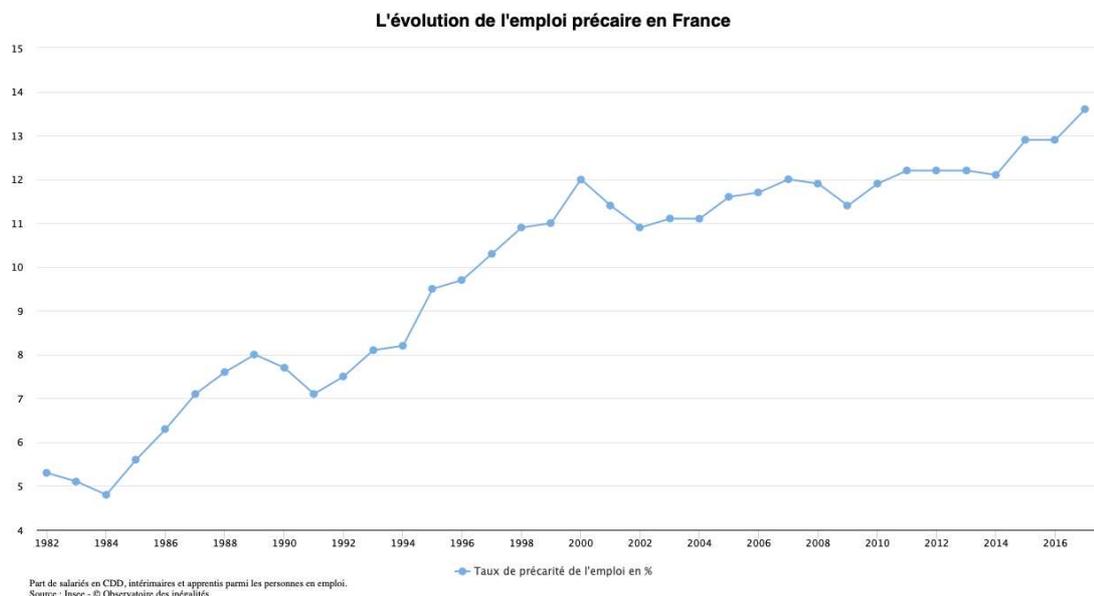
Selon les auteurs, la précarité peut être caractérisée par différents critères sociaux qui seront à identifier.

Plusieurs sécurités aussi bien sur le plan professionnel que personnel entrent en compte dans la précarité comme l'emploi, le logement, l'accès aux soins.

C'est au cours des années 1980 en France que la précarité apparaît en bouleversant le marché du travail.

Malgré son évolution constante depuis 30 ans, la précarité n'est pas une généralité pour l'ensemble des professions. Les principaux concernés étant les jeunes et les personnes non diplômés. En 2018, on compte 13,5% des emplois qui sont précaires soit 3,7 millions de personnes.

La hausse de plus de 10% en 20 ans peut s'expliquer notamment par les différentes crises économiques subies : la précarité de l'emploi augmente alors avec des CDD non renouvelés et des missions ponctuelles (agents intérimaires). (7)



C'est ainsi que les professions ne demandant aucune qualification sont dévalorisés avec un revenu qui stagne voire même diminue et une

impossibilité d'évolution de carrière. Les faibles revenus justifient les désagréments retrouvés dans la recherche d'un logement.

En France, plus de 12 millions de personnes rencontrent des difficultés à différents niveaux dans le fait de pouvoir se loger. Entre habitations insalubres, appartements partagés avec des regroupements de plusieurs foyers, chambres d'hôtels besogneuses, ou même dans la rue, les situations sont multiples. (8)

Quand on est précaire, l'insécurité en résultant est d'autant plus importante du fait de l'absence de plusieurs sécurités élémentaires, de la durée du phénomène et des difficultés à recouvrer ses droits fondamentaux ; c'est ainsi que s'amplifie le risque de chute dans une extrême pauvreté, pouvant aboutir jusqu'à l'exclusion.

L'exclusion sociale

La privation des droits sociaux au regard de l'individu et de son contexte social pendant une période plus ou moins longue engendre l'exclusion. D'après le Conseil Nationale des politiques de Lutte contre la pauvreté et L'Exclusion sociale (CNLE) « L'exclusion sociale dépasse celui de pauvreté puisqu'il correspond à la non réalisation des droits sociaux de base garantis par la loi ». (9)

Différents domaines peuvent être concernés :

- Le contexte économique et professionnel avec un chômage persistant
- Le contexte social : les familles monoparentales, les personnes âgées isolées, mais aussi les jeunes déscolarisées en rupture avec le système scolaire
- Le contexte de l'individu à proprement parler : les personnes handicapées et les immigrés exclus automatiquement du système social par leurs dissemblances

Dans cet environnement, apparait un sentiment d'inutilité sociale et de dévalorisation de sa propre estime de soi pouvant conduire à la dépression. La souffrance psychologique subie est telle qu'elle entraine une rupture avec

le système social et ainsi un recours aux soins plus tardif, lorsque les pathologies sont déjà avancées.

Le Haut Comité de Santé Publique commente l'exclusion sociale de la manière suivante : « Le problème essentiel est que l'exclusion est intimement liée à des sentiments d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi qui entraînent une intense souffrance psychique et la difficulté à s'insérer dans un tissu relationnel. C'est également cette souffrance qui conduit au renoncement y compris des soins à son propre corps et finalement à l'adoption de comportements pathogènes qui aggravent une vulnérabilité souvent déjà importante aux maladies organiques et psychiques. » (10)

2. Système de soins en France

a. Présentation de la Sécurité Sociale

Instaurée en 1945, la Sécurité Sociale assure à chacun « qu'en toutes circonstances, il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes ». (11)

Basée sur un principe de solidarité nationale, elle a comme but de garantir une sécurité financière à tous les affiliés en cas d'imprévu. La sécurité sociale recouvre 4 domaines distincts : l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, les retraites et les prestations familiales.

b. Financement de la Sécurité Sociale

La couverture maladie garantie par la sécurité sociale en France est un dispositif solidaire fondé sur la cohésion nationale. Celle-ci collecte l'ensemble des cotisations des travailleurs dont le montant est calculé sur l'ensemble des rémunérations perçues : salaires bruts, congés payés, primes et indemnités, avantages en nature, etc. D'autres cotisations

financent la sécurité sociale et sont dépendantes du statut employé/employeur. (12)

Le seuil minimum de cotisation est basé sur le SMIC (Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance) ainsi, les personnes sans profession ne financent pas le régime de la sécurité sociale, mais peuvent néanmoins en bénéficier sous certaines conditions.

En effet le seul prérequis pour être éligible au régime de la sécurité sociale est de travailler ou à défaut de résider de manière régulière en France. A noter que les personnes travaillant en France mais n'y demeurant pas y sont également recevables. (13)

c. Le remboursement de la sécurité sociale

En France les actes médicaux sont codifiés selon une nomenclature définie par l'assurance maladie. Chaque acte médical dispose donc d'un code CCAM et d'une tarification unique et à respecter par les professionnels médicaux.

De manière générale, les dépenses de soins se décomposent en deux parties : une part obligatoire remboursée par l'assurance maladie et qui fait communément partie du Régime Obligatoire (RO) et une part complémentaire à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire et aussi connu sous le nom de ticket modérateur. (14)

NB : Il y a également une participation forfaitaire qui s'applique à tous les actes médicaux, analyses et actes radiologiques, et ce à partir de 18 ans. Elle s'élève à 1 euro et a pour but d'amortir la dette publique engendrée par la sécurité sociale.

Ainsi pour chaque personne, il y aura toujours une participation financière à sa charge directement, ou indirectement avec la caisse complémentaire.

Bien que celle-ci représente moins de la moitié de la somme totale, entre 10% et 30% selon le régime local ou général, il est évident que cela peut

représenter une charge financière considérable pour un certain nombre d'individus résidents en France.

Cependant, la sécurité sociale a permis dans son organisation de créer différents statuts permettant parfois un remboursement jusqu'à 100% pour les dépenses de santé, notamment pour les personnes en difficulté financière. Aussi, la démarche pour obtenir ces aides sera à renouveler chaque année et sous la présentation de certaines pièces justificatives (relevé d'imposition, justificatif de domicile...)

d. Les différents statuts de l'assurance maladie

En 2016, la sécurité sociale subit la réforme PUMa (Protection Universelle Maladie), cette réforme suit la continuité de la mise en place de la CMU (Couverture Maladie Universelle) qui vise à ouvrir les droits de couvertures maladie aux personnes les plus démunies.

Le but de cette réforme est de restreindre les démarches administratives nécessaires à l'obtention des droits et surtout de préserver la continuité des droits aux assurés. Par exemple, dans le cas de déménagement et d'un changement de caisse d'assurance maladie, la première caisse ne peut pas interrompre les droits tant que la transmission du dossier à la deuxième caisse n'est pas à jour.

L'abréviation PUMa désigne uniquement la réforme du Code de la sécurité sociale. Ce n'est en aucun cas un « droit PUMa » ou un « dispositif PUMa » car celui-ci ne correspond à aucune prestation sociale. (13)

PUMa: Protection Universelle Maladie, anciennement CMU (Couverture Maladie Universelle) avant la réforme 2016, mais terme encore utilisé aujourd'hui. C'est le palier de base de la sécurité sociale assurant la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité. Elle est propre à chaque individu et s'applique pour toute la durée de la vie de l'assuré. Pour être éligible à la PUMa, il faut résider en France de manière **régulière**, mais

également y être de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois. Les cotisations pour ce dispositif dépendent du niveau social de l'assuré et de son capital perçu pour l'année précédente.

AME: Aide Médicale d'État, elle prend également en charge toutes les dépenses de santé comme les consultations médicales mais aussi les dépenses de médicaments et analyses biologiques à un tarif maximum de 100% fixé par l'assurance maladie. Les conditions d'accès sont : résider en France de manière **irrégulière** mais stable c'est-à-dire pour une durée ininterrompue supérieure à 3 mois, et vivre en dessous d'un certain plafond qui s'élève à 8810€ annuellement (plafond réévalué chaque année). (14)

ACS: Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé. Celle-ci justifie l'obtention d'un tarif préférentiel sur la complémentaire santé, qui permet d'alléger le coût des soins puisqu'elle prend en charge une partie ou dans certains cas la totalité du ticket modérateur restant. Elle accorde également l'accès à des actes médicaux sans dépassements d'honoraires et à des montants plafonnés pour l'orthodontie et les prothèses dentaires, et l'optique. De même que pour la CMU-C, il y a une dispense totale d'avance des frais médicaux et de la participation forfaitaire pris en charge par l'assurance maladie et la complémentaire santé. (2)

CMU-C: Elle se distingue de la CMU car celle-ci rembourse la part complémentaire des dépenses de soins, y compris dans le milieu hospitalier. Ainsi les dépenses de santé sont prises en charge à une hauteur de 100% du tarif imposé par la sécurité sociale. C'est la dispense totale d'avance des frais : la part obligatoire et la part complémentaire sont toutes les deux prises en charge. A noter que dans ce cas-là, il y a également une dispense de la part forfaitaire.

3. L'accès aux soins pour tous

a. Inégalité face à la santé

Si le système de soins en France et ses dispositifs d'aide sociale permettent de prendre en charge toute la population dans sa globalité, il n'en demeure pas moins des inégalités sociales concernant la santé. On dénombre en effet plus de 5 millions de personnes qui rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins. (15)

Plusieurs éléments y sont mis en cause, mais une des principales serait le vieillissement de la population et le développement des pathologies chroniques.

Malgré les solutions proposées par le gouvernement et les ONG pour la promotion de la santé, le système de soins n'est pas encore universel.

Tout d'abord, l'inégalité sociale d'accès primaire : ceci englobe tous les obstacles qu'un individu peut rencontrer dans sa démarche initiale d'accès aux soins. Il peut s'agir aussi bien des démarches administratives, que d'un refus de prise en charge de la part d'un professionnel de santé ou encore d'une ignorance sur l'état de santé réel de l'individu et sur la nécessité de se faire dispenser des soins.

L'inégalité sociale d'accès secondaire concerne toutes les difficultés auxquelles l'individu peut être confronté après la première rencontre avec le système de soins, et ce dans tous les domaines.

Il s'agit notamment des inégalités par rapport aux structures de soins souvent plus axés sur le curatif, et qui ne ciblent que la pathologie de l'individu. De la même manière le cloisonnement des différentes spécialités tend à accentuer ce fonctionnement en omettant complètement les facteurs sociaux et psychosociaux de la prise en charge. (16)

Dans ce climat actuel, la prévention chez les personnes en situation de précarité est en déclin. De même le suivi médical est souvent inexistant, pas de médecin traitant, laissant alors le temps aux pathologies d'évoluer.

b. Comparaisons des comportements selon la catégorie socio-professionnelle

Comparaison des indicateurs de santé et de comportements selon la catégorie de population

Les habitudes et comportements de vie ne sont pas les mêmes entre les populations précaires ou non et peuvent expliquer les écarts au niveau de la santé.

En effet, comme le montre le tableau ci-dessous provenant d'une étude publiée dans la revue hebdomadaire du Bulletin Épidémiologique, les personnes précaires ont des comportements plus à risque que le reste de la population avec un tabagisme plus important et une sédentarité, qui favorisent l'apparition de pathologies chroniques comme l'obésité ou l'hypertension artérielle. (17)

Tableau 2

	16 - 59 ans					16 - 25 ans	
	Non précaires	Catégories de populations précaires				Non précaires	En insertion
		Chômeurs	RMI	CES	SDF		
Hommes	N = 239 236	N = 156 287	N = 87 571	N = 13 141	N = 2 102	N = 31 417	N = 65 978
Indicateurs de comportements							
Tabagisme ^a	36,89	52,45	58,58	60,82	69,89	41,88	66,67
Non-recours aux soins ^b	5,07	11,01	15,42	13,50	29,66	5,36	13,73
Sédentarité ^c	41,00	45,24	45,54	37,01	44,34	33,62	36,81
Indicateurs de santé							
Mauvaise santé perçue ^d	24,11	36,83	45,27	36,87	51,30	16,27	23,32
Obésité ^e	8,16	9,81	9,32	10,58	5,30	2,81	3,78
Maigreux ^f	3,02	4,38	6,34	6,18	6,28	8,24	11,61
Pression artérielle élevée ^g	23,25	25,41	26,02	28,14	20,27	10,91	10,40
Présence de dents cariées ^h	39,07	51,01	59,20	60,15	62,12	42,56	61,36
Femmes	N = 277 371	N = 193 039	N = 84 595	N = 16 089	N = 811	N = 53 516	N = 84 515
Indicateurs de comportements							
Tabagisme ^a	28,14	35,79	39,37	37,27	35,70	36,66	56,80
Non-recours aux soins ^b	2,08	4,62	6,08	4,20	24,05	2,50	6,26
Non suivi gynécologique régulier ⁱ	30,33	38,11	51,65	40,73	66,39	46,48	51,33
Sédentarité ^c	52,06	54,48	54,99	49,06	57,90	47,66	51,45
Indicateurs de santé							
Mauvaise santé perçue ^d	29,66	38,70	49,30	40,06	60,44	20,35	30,94
Obésité ^e	9,62	14,49	18,80	15,76	18,63	3,86	8,02
Maigreux ^f	6,48	6,75	7,59	6,70	7,86	12,69	13,04
Pression artérielle élevée ^g	12,44	14,70	17,46	15,97	14,58	2,96	3,66
Présence de dents cariées ^h	32,85	41,61	50,61	45,35	59,16	35,36	52,11

RMI : revenu minimum d'insertion, CES : contrats emplois solidarité, SDF : sans domicile fixe.

^a Fumeurs actuels ou en cours d'arrêt vs. jamais et anciens fumeurs.

^b Absence de consultation médicale et dentaire au cours des 2 dernières années vs ≥ 1 consultation médicale ou dentaire.

^c Activité physique de loisir : aucune ou < 1 heure de marche par jour vs ≥ 1 heure ou activité sportive.

^d « Compte tenu de votre âge, veuillez indiquer par une note comprise entre 0 et 10, votre état de santé tel que vous le ressentez ».

Mauvaise santé : note < 7 vs ≥ 7 .

^e Obésité : indice de masse corporelle (IMC) (poids/taille²) ≥ 30 vs IMC < 30 .

^f Maigreux : IMC $< 18,5$ vs IMC $\geq 18,5$.

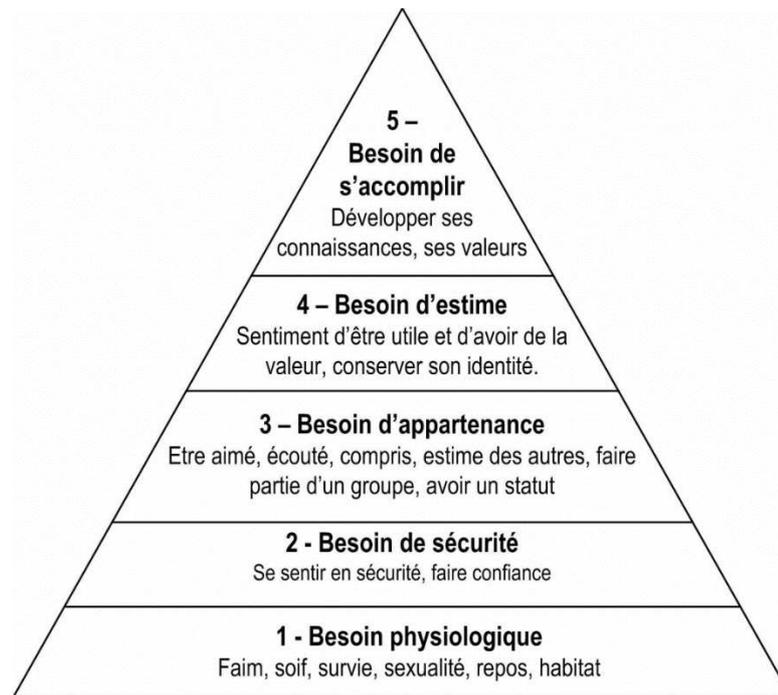
^g Pression artérielle (PA) élevée : PA systolique et/ou PA diastolique ≥ 140 et/ou ≥ 90 mmHg.

^h Dents cariées : ≥ 1 carie dentaire non traitée vs absence de carie.

ⁱ Absence de consultation gynécologique dans l'année vs ≥ 1 consultation.

Ces indicateurs de comportements et de santé ne sont pas à omettre d'une situation psychosociale souvent difficile où les préoccupations premières demeurent l'accès au logement ou à défaut dormir dans un endroit chaud, trouver un emploi et pouvoir s'alimenter à hauteur de ses besoins. Dans cet environnement-là, il est bien sur évident que la santé soit logée au second plan.

« La pyramide des besoins » selon le psychologue Abraham Maslow (1943) :



Selon l’avis des personnes en situation de précarité, la santé physique est réduite à un aspect purement fonctionnel du corps : pouvoir tenir sur ses deux jambes et marcher. La santé mentale, quant à elle, endosse un rôle de pivot pour pouvoir résister aux difficultés et à l’instabilité de la situation : il faut un moral d’acier. (18)

Malgré tout il faut noter qu’un état de « bonne santé » est souvent limité au fait de ne pas être malade.

Ainsi il est aisé de comprendre pourquoi les populations précaires sont en moins bonne santé générale que le reste de la population.

c. Santé bucco-dentaire des précaires

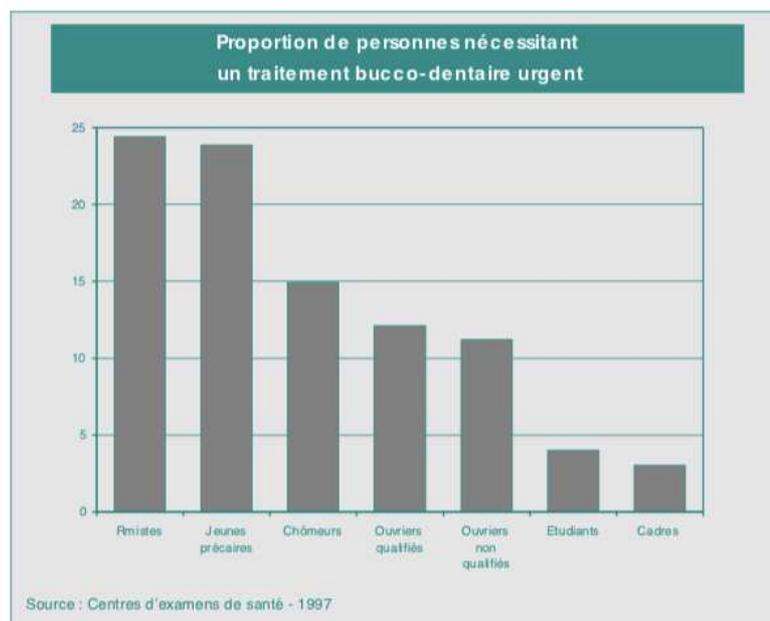
La « mauvaise » santé est donc finalement un indicateur de précarité.

L’aspect bucco-dentaire n’est pas à omettre, puisque la carie dentaire concerne en majorité un milieu social défavorisé : 70% des problèmes bucco-dentaires sont concentrés sur seulement 20% d’une population

d'enfants de 12 ans. La carie est donc encore présente dans notre société mais sévit en grande majorité dans les milieux défavorisés. (16)

Des études menées il y a plus de vingt ans par l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) anciennement Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES) ont mis en évidence un lien de causalité entre milieu défavorisé et une altération de l'état bucco-dentaire. (19)

Chez les personnes en situation de précarité, on observe des pathologies plus nombreuses et plus urgentes par rapport à la population générale.



Outre les soins urgents, le nombre de dents cariées et absentes, mais aussi l'indice de plaque et de tartre, les maladies parodontales et les dysfonctions des articulations temporo-mandibulaires sont de manière générale plus présentes dans cette population.

d. Les Répercussions

La précarité est souvent la conséquence de plusieurs facteurs aussi bien sur le plan socio-économique (chômage, famille monoparentale, personne âgée isolée), que psychologique (troubles, déficits mentaux), ou médical

(pathologies chroniques, handicap). Un sentiment d'exclusion y est souvent perçu.

Finalement faire partie intégrante d'une société et bénéficier de ses privilèges comme l'accès aux soins, à l'information, aux ressources reste un privilège et s'obtient grâce au lien social qu'il existe entre les individus ; un des meilleurs moyens de l'obtenir reste l'emploi.

Les immigrés sont d'autant plus susceptibles d'y être inclus car une série d'autres déterminants s'y rajoutent comme leur maîtrise le plus souvent limitée de la langue française et le rapport à leur corps et à la nécessité de soins, souvent trop tardif, qui renvoient à un contexte culturel différent. (2)

Un cercle vicieux va alors se mettre en place : un déséquilibre de leur santé va aggraver leur précarité en ayant des retentissements sur les autres déterminants aussi bien économiques avec un plus grand risque d'être licencié et de se retrouver au chômage que psychosocial ; la maladie entraîne l'isolement.

D'autre part la difficulté des démarches administratives pour pouvoir accéder à l'ouverture des droits décourage le plus souvent. Le simple fait de ne pas avoir une adresse fixe retarde la mise en place des droits.

Aussi, la gêne que peuvent éprouver les personnes quant à leur dégradation physique explique le renoncement aux soins par la crainte de se faire juger par le corps médical. (18)

III. Les Dispositifs des PASS

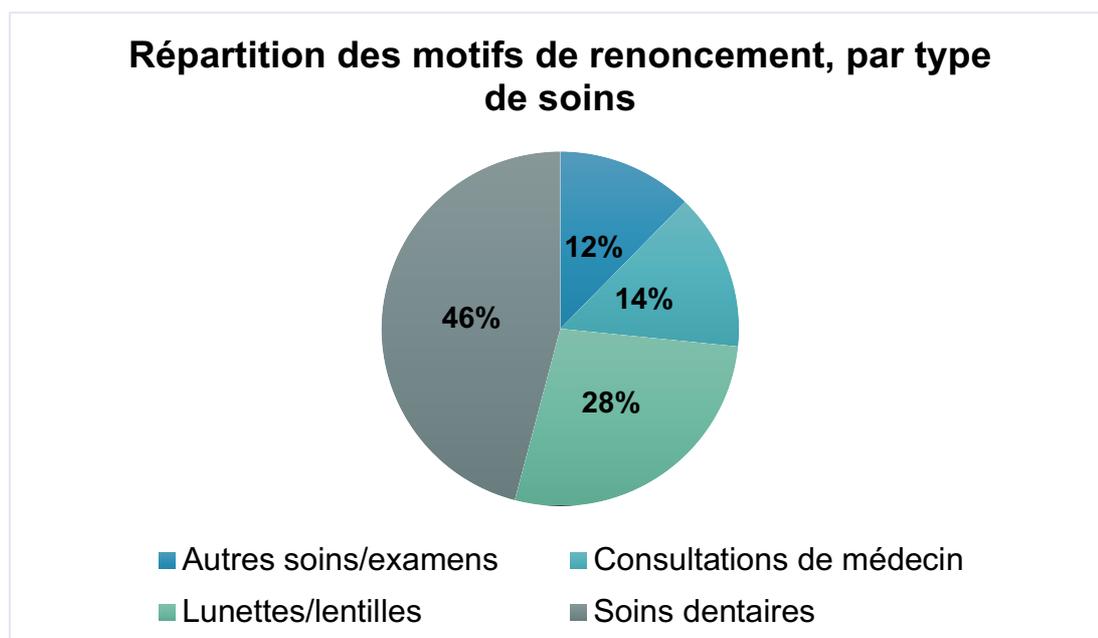
1. Historique et Présentation

a. Le renoncement aux soins : un élément déclencheur

La Permanence d'Accès Aux Soins de Santé : PASS, apparait en France le 29 juillet 1998 sous le gouvernement de Jacques Chirac dans un contexte de lutte contre l'exclusion sociale.

A cette époque le combat visé par les politiques est de garantir à tout un chacun les besoins fondamentaux tels que : le droit au logement, le droit au travail et le droit à l'accès aux soins de manière à lutter contre la précarité croissante. (20)

Le renoncement aux prestations sociales concernerait plus de 60% de la population en 2016, avec une prédominance pour les soins dentaires et ophtalmiques.

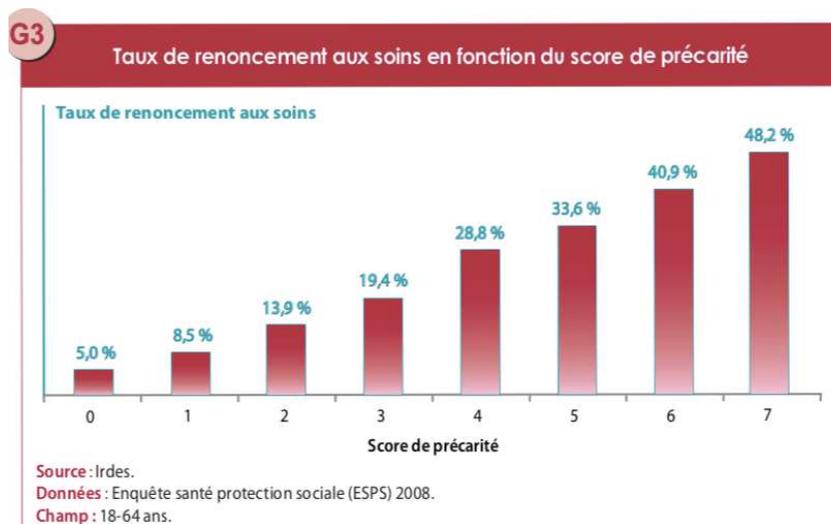


Source : EHIS-ESPS 2014, Drees-Irdes.(21)

Les causes principales citées sont des difficultés financières, des droits sociaux fragiles, des requêtes administratives trop longues ou trop compliquées, mais aussi parfois la méconnaissance des droits qui ont pour conséquence un manque d'observance de la part des intéressés et un abandon total des démarches. (22)(23)

En 2014 le non-recours à la CMUC-C concernait entre 21 et 34% ; et celui de l'ACS entre 57 et 70% selon les départements. (24)

A noter que le renoncement aux soins est élevé à mesure que la précarité est importante. En effet un score de précarité va être déterminé en prenant en compte les difficultés rencontrées au cours de la vie d'une personne selon sa propre perception à trois périodes distinctes : son passé, son présent et son futur. (25)



b. L'instauration de la PASS

Dans la lutte contre les inégalités et le renoncement aux soins, la PASS s'introduit dans le système de santé au début des années 2000.

C'est dans le rapport sur le bilan et les perspectives sanitaires en France rédigé en 2005 par Eric Molinié, que la mission de l'hôpital est réaffirmée : « L'hôpital doit non seulement soigner mais aussi participer à la réinsertion

des exclus dans un réseau de soins de type médico-social, adapté aux caractéristiques de cette population. Cela nécessite de mettre en place des partenariats appropriés ». (26)

De cette manière chaque établissement de santé public et privé à but non lucratif et intervenant au sein du service public hospitalier doit être en mesure de proposer un service dédié à l'accompagnement et à la prise en charge médicale via la PASS.

Le Code de la Santé Publique justifie alors sa création dans l'article L.6112-6 par « les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public [...] 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. » (27)

Le but de ces organismes est de permettre une prise en charge de qualité chez des personnes détenant un contexte médico-social complexe, incluant ainsi la pathologie médicale dans le milieu de vie de chaque patient.

Des actions de prévention et d'information, des soins médicaux et la délivrance des médicaments pourront alors être réalisés, et ce sans indemniser les patients qui sont bien souvent dans des situations de grande pauvreté.

c. Les objectifs de la PASS et son emplacement déterminant au sein du réseau de soins

Deux rôles principaux s'imposent à la PASS :

- Permettre l'accès au réseau de soins en associant conjointement le médical et le social dans le but d'obtenir ou de réobtenir l'ouverture des droits communs et donc d'accéder à une couverture maladie.
- Fonctionner de manière coordonnée avec les équipes à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement pour optimiser la prise en charge du bénéficiaire et faciliter sa circulation entre les différents locaux.

Le véritable enjeu se situe dans ce deuxième rôle de la PASS : harmoniser l'organisation et la communication entre les différentes structures pour assurer l'accompagnement dans un environnement hospitalier qui évolue et s'hyperspécialise toujours davantage. (2)

De cette manière, il devient essentiel que la PASS détienne une position stratégique dans le périmètre de soins et connue de tous les acteurs médicaux et sociaux. Un référent médical et social sont nommés dans chacune des structures afin de garantir la communication avec les différents correspondants.

Malgré tous les procédés mis en place, les PASS font encore l'objet d'un manque de visibilité et de méconnaissance au sein même des structures hospitalières. (28)

d. Fonctionnement, méthodes d'évaluation et budget de la PASS

Depuis 2009, les PASS font parties intégrantes des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) qui ont comme rôle de défendre la santé des plus démunis en luttant pour la prévention, l'accès et la continuité aux soins médicaux, mais aussi pour promouvoir l'éducation thérapeutique du patient.

Ainsi elles coordonnent les actions de santé publique sur l'ensemble des régions en mobilisant les secteurs sanitaire et social pour entourer au mieux les classes défavorisées et faire valoir leurs droits.

Un pluralisme dans le fonctionnement et l'organisation des PASS est perceptible entre les régions. En effet, celles-ci se sont développées aux dépens des hôpitaux et des partenariats déjà établis avec différentes associations ou via des réseaux interprofessionnels. (29)

L'Agence Régionale de Santé (ARS) revendique la mise en place d'un comité de pilotage associant les différentes structures qui interviennent dans l'accompagnement des populations précaires comme la PASS, mais aussi avec les associations (comme Médecins Du Monde), les institutions sociales,

les centres d'hébergements et de réinsertion sociale, les centres d'accueil des demandeurs d'asile...

Ainsi la PASS n'est pas la seule institution liguée pour l'accompagnement des précaires, d'autres structures publiques et indépendantes sont concernées par la prise en charge des populations précaires et effectuent un travail similaire et/ou complémentaire à la PASS.

De nombreux partenariats sont connus : en 2017, 53% des établissements médico-sociaux sont partenaires d'une PASS et 25% d'entre eux aboutissent à la signature d'une convention.

Parmi les collaborations engagées, les maraudes et les interventions orales de la PASS au sein des structures médico-sociales sont les plus courantes. (30)

Une réunion annuelle avec ces différents acteurs médicaux et sociaux permet de coordonner les activités au niveau de la région et d'avoir un meilleur contrôle des missions de chaque structure.

L'objectif étant d'avoir une cohérence dans l'accompagnement des populations précaires et d'inscrire la PASS dans le réseau médico-social local. Le développement des partenariats au sein même et à l'extérieur de l'établissement de santé est la condition sine qua non pour y parvenir.

De cette manière, les ARS vont travailler en collaboration avec les Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) pour établir des méthodes d'évaluations et des recommandations sur les pratiques à appliquer. Ceci dans le but d'optimiser et d'assurer une cohérence dans la prise en charge entre les différentes structures. (20)

Le rapport annuel d'activité des PASS est examiné par l'ARS dont elles dépendent et prend en compte plusieurs marqueurs :

- Le flux de patients pris en charge au cours de l'année
- Le dénombrement d'entrevues sociales et le nombre de consultations médicales réalisées grâce à la médiation de la PASS au sein de l'établissement de santé

- L'examen annuel au travers du comité de pilotage et de ses différents partenaires

Ce rapport permet de réévaluer chaque année le budget dédié à la PASS en fonction de son activité et de ses besoins.

Les subventions de la PASS (Généralistes) dépendent de la MIGAC (Mission d'Intérêt Général et à la contractualisation), distribué actuellement par l'ARS et qui finance notamment les salariés, les évaluations et les comités de pilotage au sein de l'administration pour la coordination des équipes ; mais dédie également une enveloppe à l'égard de la PASS elle-même afin d'assurer les services d'interprétariat pour les consultations, l'approvisionnement des médicaments, et les frais de transports pour les équipes des PASS mobiles.

Le financement des PASS dépend donc de leur activité et plus précisément du nombre de patients comptabilisé.

Le montant annuel d'une PASS généraliste peut ainsi varier entre 50000 euros pour une centaine de patients et jusqu'à 450000 euros pour plus d'un millier de patients.

Les PASS spécialisées comme les PASS dentaires ou les PASS psychiatriques sont subventionnées par la DAF (Dotation Annuelle Forfaitaire). De la même manière que les PASS généralistes, le budget sera limité : en fonction du nombre de patients et des actes de spécialité pratiqués par les centres. (20)

Montant du budget annuel (dotation MIGAC)	Seuil minimal d'activité annuelle (évaluée par le nombre de patients vus au moins une fois)
50 000 < 100 000 €	100 patients
100 000 < 150 000 €	200 patients
150 000 < 300 000 €	400 patients
300 000 < 450 000 €	1 000 patients
> 450 000 €	1 600 patients

Source : Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire DGOS/R4 no 2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) (20)

2. Organisation d'une PASS

Si le mode d'action des PASS demeure similaire quelque soit la localisation, le schéma d'organisation quant à lui peut varier.

En effet, l'Agence Régionale de la Santé établit une classification avec : les PASS transversales, les PASS généralistes, et les PASS spécialisées.

Ces dernières ont vu le jour à la fin de l'année 2009 pour répondre à une demande de soins plus spécifiques telle que les affections buccodentaires, les troubles psychiatriques ou encore les pathologies gynécologiques. (20)

Il existe également des PASS mobiles ou PASS hors-les-murs qui ont pour but de se déplacer dans des associations et des centres d'hébergements afin de promouvoir la santé.

a. Les PASS transversales

Composées uniquement de professions sanitaires et sociales, l'assistante sociale devient l'unique référente et effectue le lien avec l'hôpital et les différentes unités de soins. L'activité médicale se désunit complètement de l'activité sociale aboutissant à une prise en charge plus difficile car non centralisée.

b. Les PASS Généralistes ou Centralisées

Opposées au modèle précédent, ces PASS se coordonnent avec deux référents : un médecin et un assistant social. Ainsi c'est une véritable équipe pluridisciplinaire qui accompagne les patients, sur un même site, aussi bien dans la pratique des soins que dans leurs démarches pour l'obtention de leurs droits médicaux notamment.

c. Les PASS Spécialisées

Pour des pathologies plus spécifiques notamment d'ordre gynécologique, psychiatrique ou encore buccodentaire des PASS dites spécialisées sont créées.

3. L'exemple de La PASS à Strasbourg : *La Boussole*

a. La PASS Généraliste

La PASS de Strasbourg, plus communément appelé « la Boussole » est fondée en 2000 et suit le modèle généraliste.

C'est donc une équipe pluridisciplinaire qui s'organise autour de la prise en charge des patients et qui a un local dédié au sein même de l'hôpital civil, et plus précisément (secteur médical B, à côté de la diabétologie dans le vieil hôpital). C'est un dispositif imputé aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS), qui n'est pas rattaché à un service mais qui fonctionne au sein de sa propre unité fonctionnelle : UF0813.

Depuis une dizaine d'année, les PASS gynécologique et dentaire se sont adjointes à la PASS généraliste. Ces dispositifs travaillent en parallèle de la PASS généraliste puisqu'elles fonctionnent au dépend de celle-ci notamment pour l'accueil des patients et la prise en charge par les travailleurs sociaux (absents des PASS gynécologique et dentaire).

(Il existe également la PASS psychiatrique, mais elle fonctionne indépendamment des HUS).

Les horaires :

La PASS est ouverte du lundi au vendredi de 9 heures à 12 heures et de 13 heures 30 à 17 heures.

Les consultations du matin vont concerner tout l'aspect social de la prise en charge avec des consultations destinées aux nouveaux arrivants de la PASS uniquement. Ces consultations sont assurées par un binôme médico-social avec une assistante sociale et une infirmière.

Les consultations de l'après-midi vont concerner l'aspect médical mais aussi social pour le suivi du dossier d'un patient par exemple.

Au total, il y a 10 vacations par semaine pour la prise en charge sociale, et 5 vacations dédiées à la prise en charge médicale.

La consultation médicale peut être faite par un médecin généraliste, ou un interniste mais quelque soit le professionnel, celle-ci est toujours exécutée en intégrant le contexte social de l'individu.

Les professionnels :

L'équipe se compose de deux médecins, deux assistantes sociales, trois infirmières, dont une consacré à la PASS hors-les-murs à temps plein et de deux secrétaires. Parmi les deux médecins et les deux assistantes sociales, sont nommés un référent médical et un référent social, permettant de rendre la prise en charge pluridisciplinaire.

La PASS accueille environ 5 étudiants infirmiers, 2 à 3 étudiants assistant sociaux et 2 internes en médecine générale chaque année.

Le rôle clé de l'assistante sociale :

L'assistante sociale est la première interlocutrice et intervient lors d'une consultation d'orientation initiale, où elle va déterminer la problématique du patient, le motif de sa venue, et évaluer selon les critères sociaux du patient, s'il est éligible ou non à la PASS. Son rôle est donc capital dans l'admission des usagers, puisqu'elle seule est à l'origine du dossier « PASS démuni ».

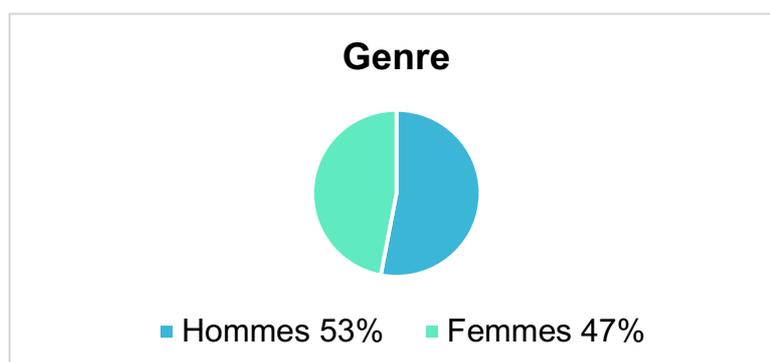
Elle peut être accompagnée d'une infirmière pour évaluer et orienter le patient selon ses besoins et le degré d'urgence.

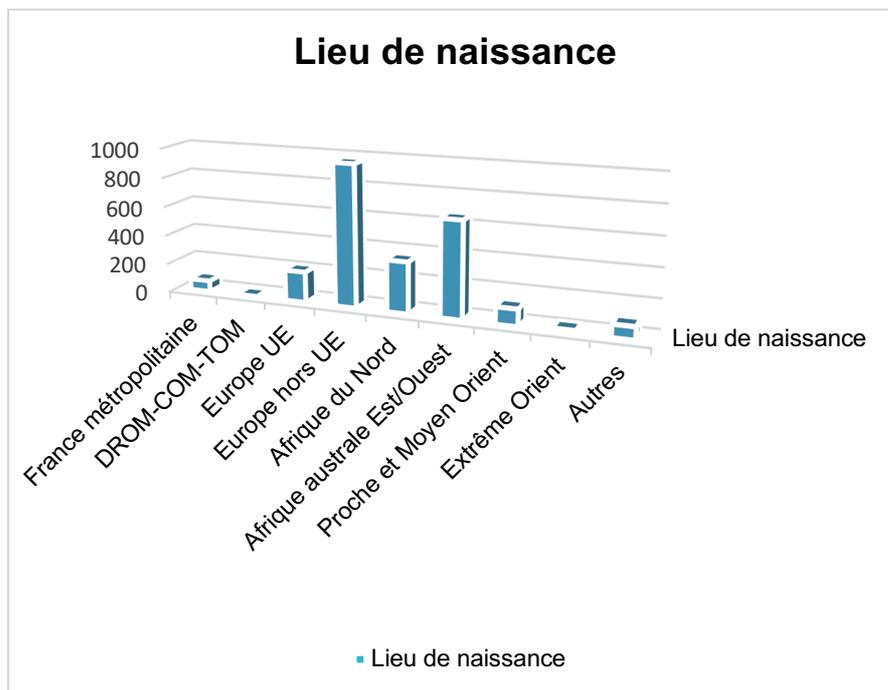
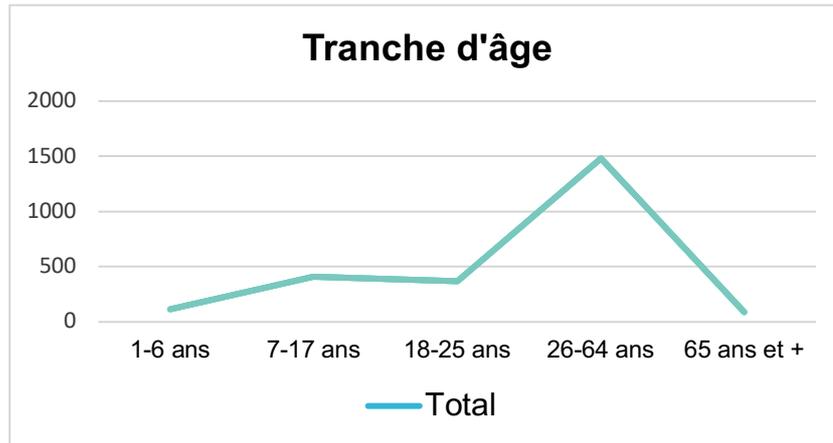
Après cette première consultation, le patient peut déjà être adressé à une PASS spécialisée : dentaire, gynécologique ou même psychiatrique ou à une consultation médicale au sein même de la PASS généraliste.

Quelques fois les premiers motifs de consultation à la PASS peuvent être plus d'ordre juridique notamment pour l'obtention de papiers provisoires, d'ouverture des droits et l'accès à l'AME ou à la CMU selon le cas, mission assurée par l'assistante sociale. Au vu de tout l'aspect médico-social qu'elle peut engendrer cette consultation dure généralement entre 45 minutes et 1 heure.

Le public de la PASS : Caractéristiques sociodémographiques des usagers de Strasbourg (basé sur le rapport de 2018)(31):

De manière générale, il y a une prédominance d'hommes âgés entre 26-64 ans et originaires d'Europe (hors Union Européenne), essentiellement représenté par des pays appartenant à l'ancien empire Soviétique.

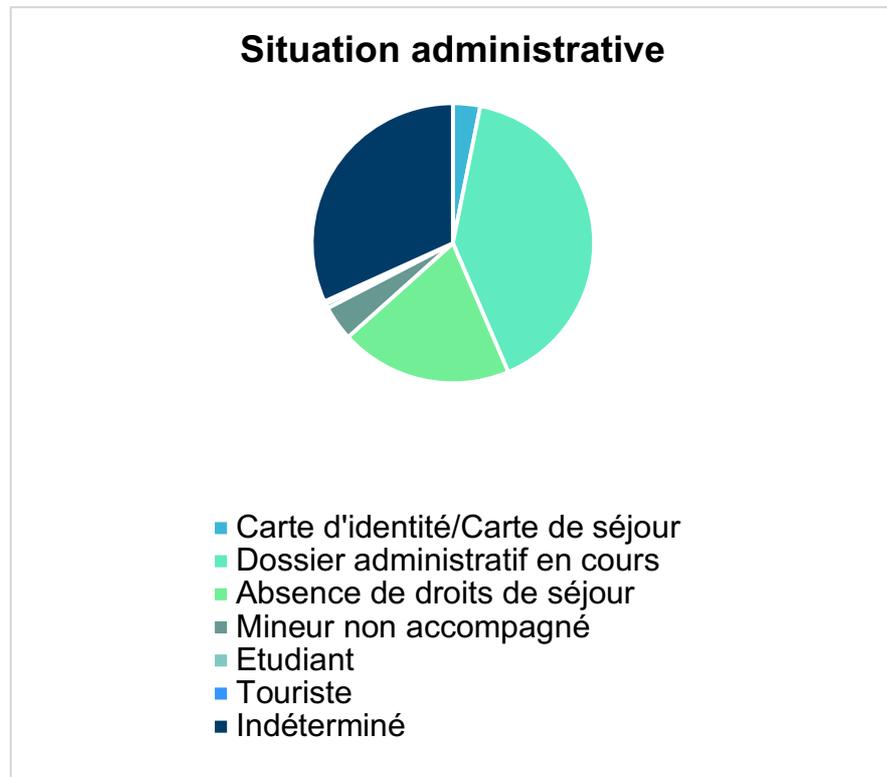




On distingue trois catégories de personnes consultant à la PASS :

- Les personnes sans couverture sociale
- Les personnes avec une couverture sociale incomplète : le plus souvent celles-ci bénéficient déjà d'une couverture maladie mais pas d'une mutuelle. Le souci financier réside alors dans le reste à charge.
- Les personnes avec une couverture maladie complète, mais exclues du système de soins et de la société en général. Ceux-là font le plus souvent partie d'une catégorie sociale précaire, marginalisée et parfois stigmatisée par la société. La peur d'être jugé ou de se voir

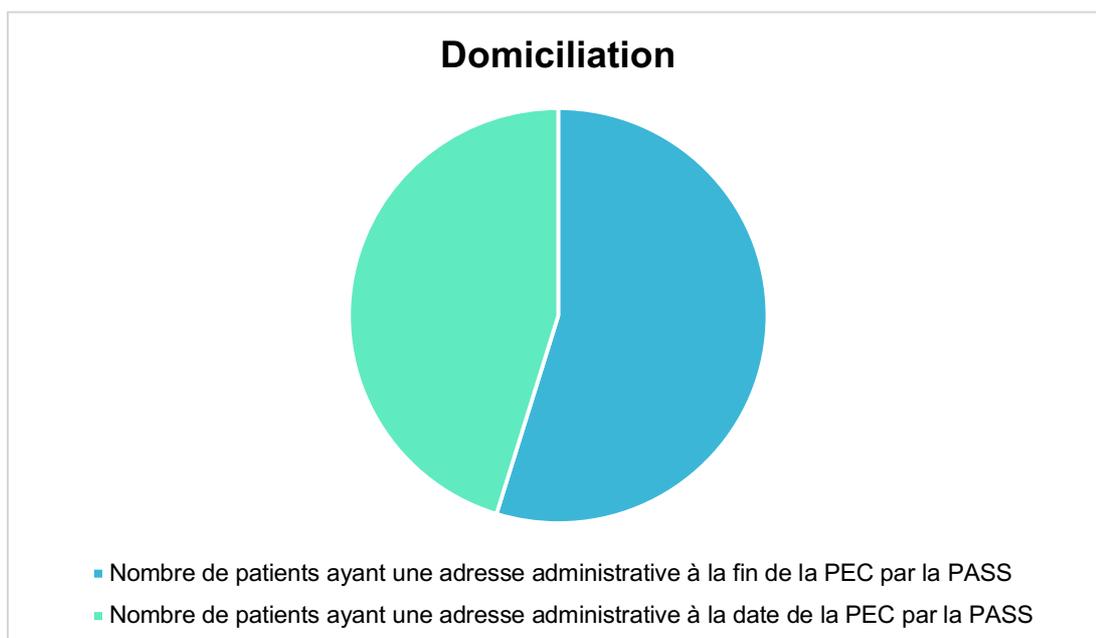
refuser la prise de rendez-vous par le corps médical en général les conduit à consulter à la PASS.



La proportion la plus importante des usagers est en cours d'obtention de ces droits, à noter que la deuxième partie la plus représentative est dans une catégorie indéterminée : ceci s'explique notamment par la complexité des situations et par une difficulté de compréhension (barrière linguistique).

Selon la situation administrative et sociale, le patient sera réorienté vers le système adéquat. Par exemple, les touristes (avec ou sans visa) ne sont pas concernés par une prise en charge via la PASS, ils devront donc avancer les frais médicaux en France et seront ensuite remboursés par leur caisse d'assurance maladie de leurs pays.

Autrement les étudiants étrangers, les mineurs non accompagnés, les demandeurs d'asile et les membres d'une famille qui viennent dans le cadre d'un regroupement familial sont éligibles à la PASS, et peuvent bénéficier de l'ouverture des droits à l'assurance maladie.



La domiciliation reste un critère fondamental pour pouvoir bénéficier d'une couverture maladie, que ce soit l'AME ou la PUMa (CMU), il faut pouvoir justifier d'une adresse administrative. Ce critère sera du ressort de l'assistante sociale, et un des premiers éléments à justifier pour l'approbation du dossier.

Le travail en réseau :

La signalétique à travers tous les supports (papier, internet et intranet de l'hôpital) est affirmée. La PASS généraliste de Strasbourg assure sa communication avec les partenaires intra hospitaliers (PASS gynécologique et dentaire, pharmacie de l'hôpital et urgences pédiatriques pour la prise en charge des mineurs).

Elle est également à l'origine de plusieurs conventions avec des partenaires extérieures. On y retrouve parmi elles, le Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) de l'association Médecins du Monde qui a pour but de décharger la PASS et de pouvoir répondre à l'affluence ; le Centre Communal d'Action Social (CCAS) de Strasbourg qui s'intéresse à la question du logement ; et avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Bas-Rhin notamment pour les questions portant sur la réglementation des actes.

La PASS a également une activité hors-les-murs, qui lui permet de divulguer son rôle auprès d'un public non averti dans des hébergements de stabilisation, ou des accueils de jour.

L'orientation des patients :

L'acheminement des patients jusqu'à la PASS reste encore imprécis ; le bouche à oreille reste le meilleur moyen de connaissance de ce lieu par les usagers.

Cela dit différentes structures engagées dans l'accompagnement social des précaires sont susceptibles d'accroître sa fréquentation notamment les centres d'hébergement, les services d'accompagnement des mineurs, les centres de santé en ville, les centres hospitaliers et d'urgence, la Structure de Premier Accueil pour Demandeurs d'Asile (SPADA).

Les formations :

Elles concernent les professionnels exerçant leur activité au sein de la PASS dans un objectif de formation continue avec différentes colloques sur les thèmes suivants : « Prévention et prise en charge des violences sexuelles », « Trauma et culture » ; mais également au sein des établissements universitaires (faculté de médecine, institut de formation en soins infirmiers, école supérieure européenne de l'intervention sociale) pour rendre attentif les futures professions sanitaires et sociales à la problématique de la précarité, et les familiariser avec cette prise en charge. (31)

Bilan d'activité :

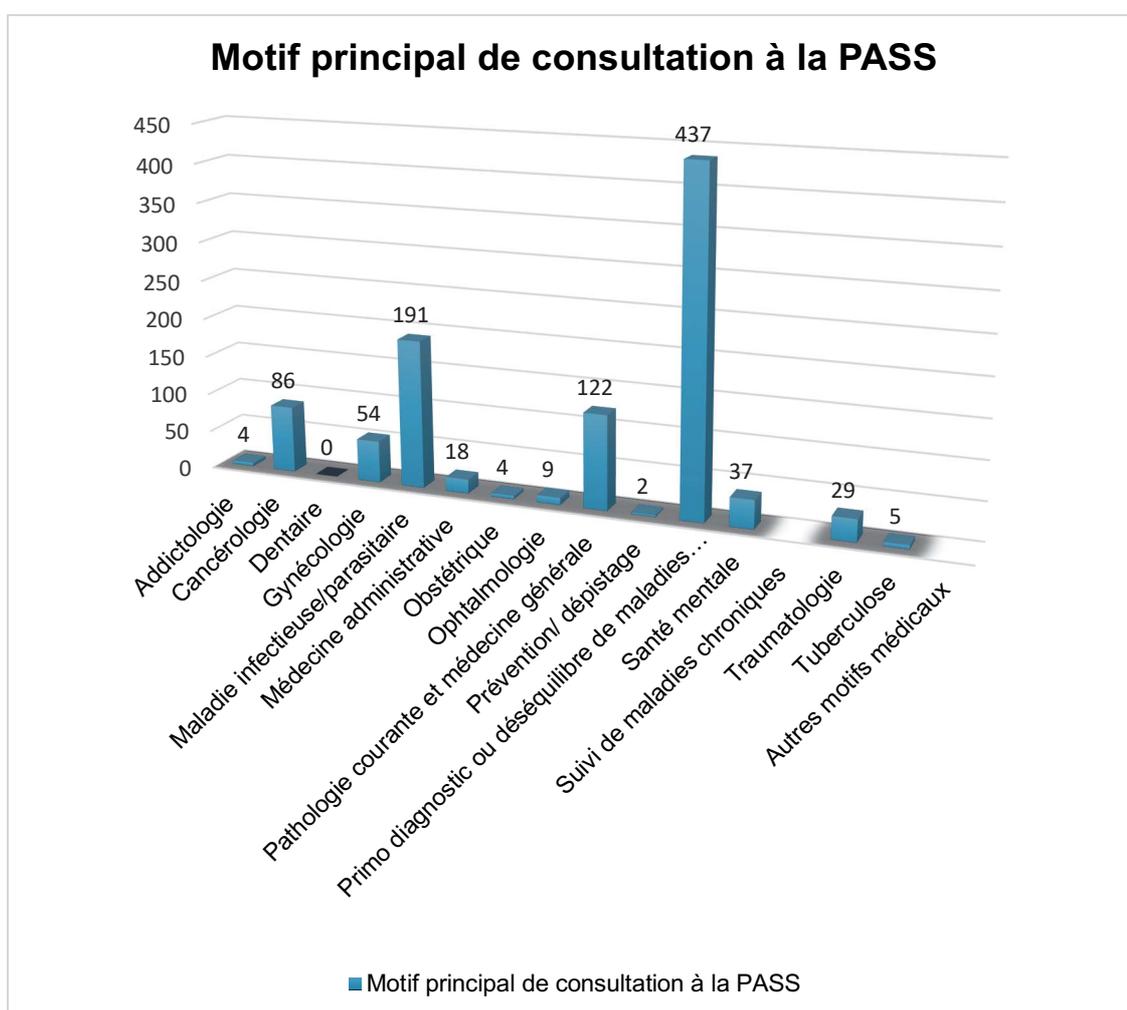
La file active globale c'est-à-dire la prise en charge sociale et sanitaire confondue pour l'année 2018 représente un nombre de 2464 patients.

Parmi eux, la file active sociale représente 1451 usagers, soit un peu moins de 60% qui ont bénéficié d'un accompagnement pour l'accès à leurs droits de couverture maladie mais également parfois pour l'accès à d'autres protections (mise à l'abri, aide alimentaire, aides sociales, conseils juridiques...)

Dossiers pour Sécurité Sociale (CMU, AME, ACS...)	846
Dossiers pour autres protections	946

Source : Rapport d'activité de la PASS généraliste. Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

La file active médicale pour l'année 2018 est de 1367 consultations allouées à la PASS généraliste. Parmi elles, 205 patients ont été orientés vers la PASS dentaire et 244 vers la PASS gynécologique.



Le motif de consultation le plus important de la PASS concerne le primo-diagnostic ou déséquilibre de maladies chroniques, suivi de près par les maladies infectieuses et parasitaires, et les pathologies cancéreuses.

Un budget de 653 000 euros a été alloué pour l'ensemble du fonctionnement des 3 PASS (généraliste, dentaire et gynécologique) pendant l'année par l'ARS. Ce budget va permettre de couvrir les salaires (\approx 360 000 euros), les frais de structure (\approx 105 000 euros), les dépenses pharmaceutiques, les examens de radiologies et l'ensemble des bilans médicaux facturées par l'UF PASS (\approx 200 000 euros), et de couvrir les frais liés à l'interprétariat professionnel (\approx 12 000 euros).

Conséquences et perspectives :

Les formalités administratives sont toujours plus complexes et étendues dans le temps, que les domaines concernent l'accès aux soins, la place dans un hébergement, ou l'obtention de papiers provisoires.

Les pathologies souvent chroniques et diagnostiquées à un stade déjà avancé nécessitent un plateau technique et des actes médicaux plus lourds.

Un manque de moyens humains est décevant perceptible au regard des délais des consultations médicales (1 mois) et des actes de prévention, type vaccinations, qui ont concernées 2 personnes pour l'année 2018, en dépit d'une maîtrise de l'opération par le personnel soignant.

Afin de contrôler au mieux les actes médicaux de chacune des PASS (généraliste, gynécologique, dentaire), une séparation des différentes structures via des unités fonctionnelles distinctes est mise en place depuis début 2019. Un cahier des charges régionale de la PASS élaboré par l'ARS, dresse les différents axes et lignes de conduite à respecter notamment sur cette nouvelle répartition des unités et sur le parcours de soins effectué par les patients, toujours dans un but d'optimisation. (31)

b. La PASS dentaire

La PASS dentaire : un détournement de la PASS généraliste :

A la fin des années 2000, la PASS généraliste s'est hyperspécialisée dans plusieurs domaines avec la PASS psychiatrique, la PASS gynécologique et la PASS bucco-dentaire.

Cette spécialisation a pour but de rendre plus efficiente la prise en charge et les sollicitations des usagers en ayant pour chacune un interlocuteur dédié.

La PASS dentaire est rattachée au pôle des urgences/réanimations médicales et est localisée à l'hôpital civil au sein du pôle de médecine et chirurgie buccodentaire.

Cependant, celle-ci fonctionne toujours aux dépens de la PASS Généraliste notamment en ce qui concerne l'accueil des usagers par les travailleurs sociaux et l'élaboration du dossier nécessaire pour l'enclenchement des soins, puisque la PASS dentaire n'a pas d'assistante sociale exclusive, et relève donc de l'Unité Fonctionnelle UF0813.

Son lieu d'accueil est le même que celui des Consultations d'Accueil Santé Urgences (CASU) pour la première consultation. Le patient est ensuite pris en soins dans les différentes Unités Fonctionnelles du Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-Dentaires selon ses besoins.

Les horaires :

Les horaires d'ouverture de la PASS sont répartis sur une grande plage horaire puisque le centre sera ouvert du lundi au vendredi de 9 heures à 13 heures et de 14 heures à 18 heures (fin des consultations à 17 heures pour le vendredi), comptabilisant un total de 10 vacations par semaine.

L'accompagnement : la gestion de l'urgence :

Les usagers faisant l'objet d'une consultation bucco-dentaire à la PASS arrivent toujours au CASU. Ceci permet dans un premier temps de réaliser l'anamnèse médicale et de traiter l'urgence, mais également de poser un diagnostic.

En fonction du degré d'urgence et de la nécessité d'une thérapeutique bucco-dentaire, le patient pourra alors être réorienté vers les différentes unités fonctionnelles telles que : la chirurgie dentaire, l'odontologie conservatrice, la radiologie, etc... (32)

Le travail en réseau :

Bien que la communication entre la PASS et les différents services hospitaliers existe au sein même de l'hôpital et avec la PASS généraliste ; la correspondance avec les différents réseaux médico-socio-éducatif (établissement d'insertion professionnel et services sociaux, collectivités locales, la caisse d'assurance maladie...) et la collaboration avec ceux-ci et les associations humanitaires sont encore trop peu répandues. A ce jour aucune convention n'est signée entre la PASS Dentaire et une structure extérieure.

Et aucune action hors-les-murs n'a été menée au cours de l'année 2019.

Les professionnels :

D'après le rapport d'activité de l'année 2018, l'Équivalent Temps Plein (ETP) de l'exercice de la PASS représenté par un chirurgien-dentiste senior, un interne en chirurgie dentaire et une assistante dentaire se quantifie à seulement 0,55.

A ces trois exécutants, il faut rajouter cinq étudiants externes en odontologie par vacation.

Dans ce contexte, un manque de moyens humain est facilement perceptible au regard des besoins de la population, notamment concernant le chirurgien-dentiste senior dont l'ETP représente à lui seul 0,10. Il est clairement établi que l'intervention d'autres praticiens du Pôle de médecine bucco-dentaire est nécessaire pour faire face à la demande.

En effet, si la PASS buccodentaire est ouverte 39 heures par semaine, le chirurgien-dentiste sénior ne consacre que 3,9 heures de son temps de travail à l'activité médico-sociale. Ce temps-là est insuffisant pour une telle activité, dont la consultation est d'ores et déjà plus longue que pour un patient lambda, puisqu'elle nécessite une attention particulière et une responsabilité tant au niveau du dossier administratif (courrier à envoyer à la PASS généraliste), que des explications données au patient concernant sa pathologie et la prise de rendez-vous. Celle-ci peut devenir autrement plus longue lorsque s'insinue une barrière linguistique entre les individus.

Bilan d'activité :

Le rapport d'activité de la PASS dentaire de 2012 montre une augmentation du nombre de consultations par rapport à l'année précédente : aussi bien pour la file active, c'est-à-dire le nombre de nouveaux patients examinés que pour le nombre d'actes effectués. (32)

Année	2011	2012	Variation
Nombre de passages total	920	1028	+11,7%
Nombre de patients total	214	232	+8,4%

Source : *La boussole - Permanence d'Accès aux Soins de Santé des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg*

L'activité de médecine buccodentaire comptabilise 205 patients différents entre le 1 janvier et le 31 décembre 2018, mais ne renseigne pas sur le nombre de passages effectués.

En dépit de l'activité, le budget accordé par l'ARS est de 30 896 euros pour l'année 2018. Cette somme finance les frais de structure, les salaires, les examens de radiologie, les frais de pharmacie facturés par l'unité fonctionnelle du pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire à la PASS. (33)

D'autre part, comme le souligne le graphique sur le motif principal de consultation à la PASS plus haut, les pathologies dentaires ne sont pas un motif principal de consultation à la PASS.

Pourtant, après ouverture des droits par l'assistante sociale, 15% des usagers ont été redirigés pour des soins vers la PASS dentaire en 2018.

Plusieurs hypothèses pourraient vérifier ce chiffre négligeable et la déconsidération assimilée aux soins bucco-dentaires en premier recours.

Dans un premier temps, il est nécessaire de rappeler que la ville de Strasbourg renferme plusieurs organismes dédiés à l'humain qui rendent possible l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables dont les droits ne sont pas ou plus à jour, en dehors de la PASS.

C'est le cas notamment de l'association Médecins Du Monde (MDM) qui détient au niveau de son local à Strasbourg un cabinet dentaire. Cette association regroupe des assistantes sociales et des chirurgiens-dentistes de profession qui, de manière complètement volontaire et bénévole, assurent le soutien social et médical par l'élaboration du dossier médical et l'exécution de soins. Doté d'un fauteuil dentaire, de son scialytique, d'instruments et de matériel souvent récupérés des cabinets privés des praticiens, le cabinet fonctionne de manière totalement autonome à la PASS.

Le cabinet dentaire consultait à raison de 3 matinées par semaine, durant lesquelles 5 patients en moyenne étaient examinés. Au cours de l'année 2018, la file active était de 245 patients, soit 40 usagers de plus que celle admise par la PASS dentaire de Strasbourg. (34)

D'autres structures existent comme le centre de Santé Dentaire de Strasbourg, dépendant de l'Eurométropole de Strasbourg. Celle-ci effectue majoritairement des actions de prévention et dispense des soins aux enfants défavorisés, mais collabore également avec diverses associations accueillant des adultes en complète rupture avec le système social, comme c'est le cas de L'Étage.

L'autre raison qui peut expliquer que les pathologies bucco-dentaires ne soient pas le motif principal de consultations découle de croyances culturelles encore actuelles selon lesquelles les soins dentaires seraient des soins de « luxe », chers et qui visent plutôt à améliorer un aspect esthétique qu'à soigner une véritable pathologie. (35)

Longtemps déconsidérés des campagnes de prévention, les soins dentaires apparaissent comme facultatifs entraînant une inertie des patients dans l'approche de leur santé bucco-dentaire.

Paradoxalement, si les pathologies dentaires sont asymptomatiques à un stade précoce et représentent un coût de traitement relativement modéré ;

l'évolution de celles-ci entraîne bien souvent des douleurs intolérables qui amènent les patients à consulter en urgence. A ce stade la destruction des tissus dentaires est bien souvent trop importante et nécessite une prise en charge bien plus onéreuse que si elle avait été prise à un stade antérieur.

Conséquences et perspectives :

Le bilan d'activité de la PASS dentaire pour l'année 2018 reste quelque peu imprécis, puisqu'il n'est pas indépendant de la PASS généraliste d'un point de vue des activités et de son fonctionnement, même si un budget défini lui est déjà attribué.

En effet en étant rattachée à la même unité fonctionnelle que la PASS généraliste, le bilan financier des activités dentaire n'est pas connu.

La volonté de l'ARS est donc d'individualiser les PASS par l'instauration d'unités fonctionnelles distinctes, ceci dans le but de caractériser clairement les activités de chacune d'elles et de pouvoir auquel cas répondre le mieux aux attentes ou subventions nécessaires en fonction des résultats. (33)

Mais cette décision va également permettre de mettre en avant la PASS dentaire comme une entité à part, lui permettant alors d'établir des liens avec les professionnels et les structures médico-sociales externes. Ainsi, sa place au sein des comités de pilotage ne sera plus à prouver.

Il convient également de mentionner que le cabinet dentaire au sein de l'association Médecins du Monde a cessé son activité depuis mars 2019. Cette décision émanant directement de la volonté du siège national de l'association à Paris, ne s'est révélé en aucun cas être le souhait des bénévoles.

Quoi qu'il en soit, une telle action va forcément impacter l'activité de la PASS dentaire, qui risque d'être surchargée si les effectifs ou subventions accordées ne sont pas modifiés.

Ce constat est bien sûr à prendre en considération par l'ARS pour conserver une prise en charge bucco-dentaire de qualité.

Depuis janvier 2019 une Unité Fonctionnelle distincte (UF 8621) a été créée au sein du Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-Dentaires. Elle va permettre

de suivre cette activité et de l'organiser notamment à l'aide de parcours de soins, pour répondre aux demandes de l'ARS.

4. Comparaisons des PASS dentaires en France et analyse

a. Similitude des PASS buccodentaires

Il existe à ce jour 17 PASS dentaires en France (annexe 1). Localisées majoritairement dans les grandes villes et à proximité de centres hospitalo-universitaires, leur engagement auprès des plus démunis est fondamental pour éviter un renoncement aux soins, et à plus forte raison pour les soins dentaires.

En général, 15 à 25% de la file active d'une PASS généraliste implique une prise en charge buccodentaire par la suite.

Le tableau ci-dessous présente le pourcentage de patients adressé par la PASS généraliste à la PASS bucco-dentaire et le pourcentage de patients adressé à la PASS buccodentaire connus du dispositif PASS par toutes les structures confondues (associations, centre d'hébergements, centre médico-sociaux...) à proximité de chaque ville. Ceci indique que la PASS buccodentaire de Saint Etienne est la plus établie des trois, puisque son rôle et sa fonction sont aussi bien connus par le dispositif PASS que par les organismes médico-sociaux périphériques. (36)

	Strasbourg 2014	Henri Mondor 2015	Saint Etienne 2015
PASS généraliste (file active)	1880	1400	873
PASS dentaire (file active)	283 = 15% de la file active PASS généraliste	234 = 17% de la file active PASS généraliste	224 = 25% de la file active PASS généraliste
Pourcentage de patients PASS buccodentaire connus par le dispositif PASS	30%	33%	50%

Source : Potin C, Janvier S. *Prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de précarité sur le bassin Rennais.* (36)

b. Rôle du chirurgien-dentiste

L'instauration d'une atmosphère sereine et calme par le chirurgien-dentiste est indispensable pour mettre en confiance le patient et obtenir sa coopération. Un premier échange verbal entre les deux interlocuteurs va permettre au chirurgien-dentiste d'assimiler au mieux la situation globale du patient, et d'en tenir compte pour améliorer la prise en charge thérapeutique. (36)

Cette approche très humanitaire de la médecine offre la possibilité d'un accompagnement personnalisé et d'une approche de soins de type « *care : prendre soin de l'autre* » en solidarissant la pathologie au contexte psychosocial de l'individu. (28)

Après une analyse des pathologies buccodentaires, la prise en charge thérapeutique à suivre doit tenir compte d'une réflexion médicale en accord avec les avancées scientifiques et médicales. Une réhabilitation de l'occlusion fonctionnelle et esthétique est très importante et déterminante pour insérer ou réinsérer ces individus dans la société. Malgré tout, cette réflexion est toujours co-dépendante d'une réflexion sociale en particulier des doléances du patient et notamment de sa volonté ou pas

d'intervenir, de sa motivation, du coût du traitement et de son impact financier, et de la conséquence des soins effectués sur l'amélioration de son existence.

L'approche thérapeutique au sein de la PASS est différente par rapport à une prise en charge de ville : à l'évidence une prise en charge sur le long terme semble difficile à envisager pour ces personnes en situation de précarité. Le plus souvent ces patients souffrent d'une exclusion sociale, ce qui les amènent à consulter uniquement en urgence. Dans cette condition, c'est au chirurgien-dentiste de choisir le traitement le plus approprié aux besoins de son patient en tenant compte de ses propres caractéristiques. (36)

La prévention primaire, l'information sur les conduites addictives et leurs conséquences (tabac), et l'éducation thérapeutique du patient en matière d'hygiène buccodentaire ne sont pas omises de cette prise en charge. L'objectif de cette démarche est d'attirer l'attention du patient sur l'importance de l'état bucco-dentaire sur son état de santé général, et de l'amener à consulter un chirurgien-dentiste, en vue d'un suivi médical régulier. (36)

c. Un fonctionnement contrasté

Si presque une vingtaine de villes sont dotées d'une PASS buccodentaire aujourd'hui, la mise en place de ces structures n'a pas été sans obstacles et a suivi un développement modéré.

Les désagréments logistiques par rapport à l'affiliation des patients au réseau et l'insuffisance de chirurgiens-dentistes intéressés par un tel projet, expliquent le manque de moyens humains et la difficulté à déployer de tels organismes, et ce en dépit d'un soutien financier. (37)

Certains secteurs géographiques notamment en milieu rural sont encore défavorisés et victimes d'une désertification médicale. Il reste à assurer le développement de ces dispositifs dans ces régions.

Selon la localisation géographique de la PASS et son financement, la prise en charge peut être plus ou moins complète.

Si les actes urgents et l'ensemble des soins relevant de l'odontologie restauratrice sont systématiques pour la plupart, la prise en charge prothétique et/ou orthodontique ne représente pas une garantie de l'ensemble des PASS buccodentaires.

A Rennes, après une prise en charge de l'ensemble des soins et des actes urgents, une réévaluation du besoin prothétique est faite en tenant compte de l'avis du patient. En cas de besoin prothétique, une commission se réunit et donne un avis favorable ou non, en fonction des critères sociaux, médicaux et financiers du patient. Il est bien sur évident que l'aspect financier du patient à régler le reste à charge et sa motivation à effectuer le traitement prothétique sont les deux facteurs principaux d'une telle décision.

A Strasbourg, il n'existe pas à ce jour de commission semblable pour une prise en charge prothétique. Seuls les soins urgents et actes de restaurations sont effectués. Les réalisations de prothèses sont envisagées. Il est important de souligner que les subventions entre les PASS buccodentaires de Renne et de Strasbourg sont différentes, puisque le budget prévisionnel pour la PASS Rennaise est de 145 000 euros contre 30 568 euros pour la PASS à Strasbourg, soit plus de cinq fois moins et ce pour un même nombre de patients (~ 250).

De telles différences peuvent expliquer cette disparité dans la prise en charge, et il en revient à l'ARS d'harmoniser le plus possible les dotations régionales des PASS en fonction de leurs files actives, pour garantir une même qualité et efficacité de la prise en charge quelque soit l'emplacement.

D'autre part, les actions de prévention et de sensibilisation auprès des populations les plus démunies et exclues doivent être généralisées à l'ensemble des PASS buccodentaires, notamment via les actions hors-les-murs.

Des actions ponctuelles sont déjà menées par certaines d'entre elles, comme le dépistage bucco-dentaire une fois par mois dans une structure sociale ; des vacances réservées à la prise en charge des plus précaires par

les étudiants au sein du pôle de chirurgie bucco-dentaire ; la distribution de kits dentaire (brosse à dents, dentifrice, et note explicative) en vue d'améliorer l'hygiène buccodentaire. (36)

Ces interventions doivent se maintenir et continuer à perdurer de façon à sensibiliser le plus possible les milieux précaires sur l'importance de la santé bucco-dentaire et de son suivi régulier. L'objectif est d'éclaircir une fois pour toutes les connaissances sur les droits des usagers en matière de soins bucco-dentaires pour lutter contre leur inaction et au contraire les rendre acteurs de leur propre santé.

5. PASS : comment améliorer son fonctionnement ?

Depuis sa mise en place il y a plus de vingt ans, la PASS doit continuellement se perfectionner et s'adapter aux nouvelles applications et cahiers des charges imposés par les hôpitaux mais aussi au public et à la complexité des situations.

a. La PASS : un lieu encore confidentiel

La méconnaissance de la PASS, malgré son intérêt significatif dans le contexte médico-social, persiste aussi bien auprès du grand public que des professionnels de santé. Sa situation géographique demeure souvent incertaine.

Encore trop d'institutions sociales et d'hôpitaux ignorent son rôle et son fonctionnement ; la diffusion de brochures, un compte rendu sur les actions menées et un rapport d'activité dans le journal de l'hôpital ou encore l'affichage dans l'organigramme permettraient d'améliorer la visibilité du dispositif et de le valoriser.

Des descriptions du lieu à travers des plaquettes et un marquage signalé au sein des établissements de santé vont pouvoir garantir l'identification du lieu et son bon usage.

L'ajout systématique des coordonnées et des horaires de consultations sur les sites internet de l'ARS et de la PASS régionale permettrait une divulgation de l'information au grand public et faciliterait la prise en charge. (30)

Pour l'exemple de Strasbourg, ces mesures sont déjà prises au niveau de la PASS généraliste. Néanmoins il reste à améliorer la visibilité de la PASS dentaire via l'intranet de l'hôpital et un signalement géographique au sein même de l'accueil et du service dédié. (33)

Aussi, des systèmes à travers des échelles, scores et des indices bien codifiés renseignent les personnels hospitaliers du niveau socio-économique permettant ainsi à l'ensemble des unités de soins de pouvoir diriger les patients jusqu'à la PASS pour qu'ils bénéficient d'une prise en charge particulière. (20)

b. La formation des professionnels

L'information, la sensibilisation, et la formation des professionnels au sein des établissements de santé et des institutions sociales à proximité restent une priorité pour garantir le bon fonctionnement de la PASS. (20)

Des instructions et explications via l'élaboration de nouveaux protocoles à respecter et des mises en situation avec des jeux de rôles par exemple, sont nécessaires pour prendre en charge ce public et faire face à ces caractéristiques.

Des brochures explicatives sur le rôle de la PASS et ses champs d'action, disponibles en plusieurs langues sont des initiatives à développer.

La sensibilisation du personnel hospitalier dans son ensemble, à l'instabilité sociale que peut engendrer la précarité permet de distinguer plus clairement ce public, et de l'adresser au service compétent.

Les futurs professionnels de santé et travailleurs médico-sociaux ne sont pas exempts de ces formations puisque tôt ou tard ils seront confrontés à des situations sociales complexes et instables ; les stages vont permettre de s'acclimater à ces problématiques. (37)

L'objectif est de créer un environnement de confiance entre le personnel et le public ; démystifier les idées reçues sur ce public, et s'approprier ces caractéristiques propres. Enfin, trouver les outils nécessaires pour résoudre leurs difficultés. C'est donc une action conjointe via la communication entre les pouvoirs publics, les professionnels de santé, et le monde associatif. (2)

c. L'interprétariat

Les interprètes sont encore trop absents au sein des PASS, en particulier pour les consultations sociales. Pourtant la compréhension de l'assistante sociale par le patient reste un point clé pour une prise en charge optimale et l'avancée du dossier social, mais surtout pour établir une relation de confiance.

Si la majorité des usagers sont originaires d'Afrique Subsaharienne (44,6%) et parlent le français, les autres sont originaires d'Europe (18,5%), du Maghreb (15,7%), d'Asie (15,4%) et Amérique/Caraïbes (5,8%). Les langues principalement parlées sont l'arabe, le créole, l'arménien et le russe. En l'absence d'un interprète professionnel, et dans le cas où aucune langue commune n'est parlée et comprise par le professionnel et l'utilisateur, la traduction se fera par un tiers (30% des cas). Cette traduction pose le problème du secret médical puisque dans la plupart des cas elle sera effectuée par un membre de la famille ou un ami, plus rarement par un travailleur d'un centre socio-éducatif ou un accompagnant et dans le cas le plus extrême un site internet. (38)

Sur les enquêtes de satisfaction menées dans les PASS, les usagers se plaignent essentiellement de la barrière linguistique et du défaut d'interprétation qu'il génère. Dans ce contexte il s'avère primordial que les professionnels emploient une terminologie succincte et sommaire afin qu'elle soit comprise par le plus grand nombre. (39)

d. La mission d'accueil de la PASS

Il s'agit notamment de l'accueil et du temps accordé à la consultation : « La PASS se veut un lien d'accueil inconditionnel ». (39) Elle reçoit tous les publics peu importe leurs droits ou leurs absences de droits. La prise en charge concerne essentiellement des migrants représentant environ 60% des primo-arrivants, qui souvent ont été traumatisés voire violentés par les événements vécus avant de quitter leur pays de naissance ou pendant leur expédition jusqu'à la France. Les agressions subies et rapportées sont de tout genre : abus sexuels, violences familiales, tortures, mariages contraints, guerres... (38)

Ainsi les professionnels les accompagnant doivent pouvoir se confier à un psychologue, ou échanger via des groupes de parole interprofessionnel dans le but de relativiser ces situations sociales complexes. (39)

e. Le renforcement des réseaux et le comité de pilotage

Au vu de tout l'aspect médico-social qu'elle suscite, la PASS doit correspondre avec ses interlocuteurs médicaux et sociaux intra et extra hospitaliers. Au sein même de l'hôpital, le dispositif PASS exerce des liens étroits avec les services hospitaliers qui lui exposent si besoin un plateau technique, utiles pour prendre en charge des pathologies graves et compliquées, comme c'est le cas pour 5 consultations sur 10.

La PASS, quelque soit son champ d'action (généraliste, gynécologique, dentaire), se doit d'élaborer des liens étroits avec les dispositifs sociaux-éducatifs extérieurs (associations, centre des demandeurs d'asile, centres d'actions sociales...) ; dans le meilleur des cas des accords sont signés entre les deux partis, mais ceci ne concerne pas la majorité.

Les actions hors-les-murs qu'elles dirigent sont les plus efficaces pour aborder cette population défavorisée, exclue, souvent ignorante des droits qui lui sont reconnus. Ces interventions ont pour objectif d'informer et de sensibiliser la population sur des sujets différents comme : la vaccination, les

maladies infectieuses/ virales et les moyens de transmission (tuberculose, VIH, hépatite), le saturnisme, l'addiction, l'importance de l'alimentation et de l'hygiène buccodentaire...(37)

Les comités de pilotage, quand ils existent ne sont pas considérés percutants, en raison d'un trop faible nombre de participants et d'un manque de régularité dans les réunions.

Il s'agit de généraliser ces comités à l'ensemble des professionnels intervenant dans les réseaux médico-sociaux et pas uniquement au dispositif PASS. Tous les acteurs confrontés au domaine de la précarité de près ou de loin : sanitaire, social mais aussi les services administratifs et notamment l'ARS doivent se réunir afin de discuter ensemble des projets menés et de leurs conséquences sur les paramètres médico-social et financier. (37)

f. La réorientation vers une médecine de ville

Dès que l'obtention des droits à l'assurance maladie sont applicables, les nouveaux bénéficiaires sont éligibles à une prise en charge « standardisée » via la médecine de ville. Bien que celle-ci leur revient de droit, il n'est pas aisé d'obtenir le consentement des patients qui ont recouvré dans la PASS un lieu de confiance et d'assistance, avec les travailleurs sociaux notamment et les services d'interprètes quand ils sont accessibles.

Plusieurs facteurs comme le manque d'autonomie, la fragilité de nouveaux droits sociaux obtenus, les pathologies psychiatriques et les traumatismes vécus ou simplement la complexité du cadre social vont être des obstacles à une prise en charge de médecine de ville.

Dans ce climat, PASS et médecine de ville doivent se coordonner pour assurer le suivi et la transition des patients de l'une vers l'autre. Leurs actions sont ordonnées avec d'une part l'accueil et la mise en place des droits sociaux via la PASS ; puis avec le suivi médical à long terme via la médecine de ville permettant de pallier l'évolution des pathologies et de dispenser régulièrement des actions de prévention. (34)

IV. Accès aux soins à l'étranger : parallèle avec la France

1. Comparaisons sur la santé à l'étranger et son organisation

a. Vers une démocratisation du système de santé

En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) attire l'attention des dirigeants sur l'équité en matière de santé. Elle déclare celle-ci comme un droit fondamental de l'Homme et revendique le principe de santé pour tous à travers la couverture sanitaire universelle : « tous les individus ont accès aux soins dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne de difficultés financières pour les usagers ». (40)

Les systèmes de santé universels sont sous la responsabilité des gouvernements, et il leur appartient de mettre en place les dispositifs nécessaires pour assurer la prospérité de leur population. En effet, la démocratisation de la santé est une problématique essentielle pour un état, puisqu'elle va assurer le bien-être des citoyens en réduisant les inégalités et convoiter ainsi à une productivité économique totale. (40)

Avant la proclamation de l'OMS sur le droit fondamental à la santé, deux éléments sont dominants sur l'iniquité en matière de santé :

- La multiplicité des caisses d'assurance maladie et sa variabilité dans le taux de cotisations
- L'augmentation régulière de la contribution financière accordée à la santé par l'ensemble des ménages, puisqu'en fonction des régimes souscrits, certains actes médicaux non pris en charge par la caisse d'assurance maladie, sont exclusivement financés par le bénéficiaire ou indirectement par la complémentaire santé à laquelle il a souscrit.

En Grèce, il existait une trentaine de caisses d'assurance maladie avant la réforme du système de santé en 1983. L'affectation à l'une d'entre elles était dépendante de la profession du bénéficiaire, et les prestations sociales octroyées différaient selon le montant des cotisations. Aussi, le reste à charge fixé sur les soins ou actes effectués provenait directement du portefeuille de l'utilisateur. Celui-ci était estimé comme le plus élevé d'Europe et a contribué à accentuer les dépenses de santé et à renforcer les inégalités en fonction des ressources des individus. (41)

Différents principes doivent être respectés pour garantir une couverture sanitaire universelle (40) :

- Une organisation de la santé adaptée aux problématiques de sa population avec les moyens mis en œuvre pour lutter contre les affections (prévention, dépistage, vaccination)
- Une santé à tarif modéré pour bénéficier des innovations tant au niveau des médicaments que du plateau technique
- Un personnel soignant compétent et dans un nombre raisonnable pour pouvoir répondre aux attentes des patients

L'introduction des couvertures universelles en Europe a eu lieu au cours du XX^{ème} siècle.

Au nord du continent, les nations plus puissantes qu'au Sud sont parvenues à une transition plus rapide de la couverture universelle.

A l'inverse les pays méditerranéens comme la Grèce et le Portugal peinent encore aujourd'hui à bâtir un système national uniforme avec les multiples caisses d'assurance maladie existantes dans le pays.

Néanmoins, les efforts fournis par le gouvernement portugais depuis plus de 30 ans pour assurer l'égalité en matière de soins, associée au développement économique du pays et à la hausse générale du niveau de vie, a permis d'accomplir les meilleurs progrès en Europe au niveau de l'espérance de vie avec la réduction du taux de mortalité aussi bien chez les adultes que les enfants. (41)

b. Des inégalités persistantes

Malgré la mise en place des couvertures maladies universelles et l'augmentation générale du niveau de vie, les inégalités en matière de santé demeurent dans les pays industrialisés.

Celles-ci apparaissent dans plusieurs domaines incluant :

- Le niveau social
- La gestion des pathologies dès l'élaboration d'un diagnostic et de la thérapeutique considérée
- L'utilisation du secteur secondaire qui privilégie la prise en charge de soins spécifiques par un médecin spécialiste (à l'hôpital ou en clinique)
- La participation à des campagnes de prévention et dépistage.
- Le secteur géographique : au sein même d'un pays il existe une disparité de groupes socio-économiques, dont les ressources et moyens diamétralement opposés, convergent vers un accès différent au système de santé, associées à une diversité des facteurs d'exposition

En Angleterre, un dépistage du cancer colorectal a été effectuée en offrant à l'ensemble de la population une trousse de dépistage. Bien que celui-ci soit gratuit, le taux de participation atteignait seulement 35% dans les zones défavorisées contre 61% dans les milieux privilégiés.

Et pourtant, la prise en charge des femmes et des minorités ethniques est plus tardive dans le cadre d'une pathologie cancéreuse : celles-ci sont amenées à consulter jusqu'à trois fois leur praticien généraliste avant d'être adressées en secteur hospitalier. La même observation est faite pour les personnes issues de milieux défavorisées. (42)

En Grèce, il y a d'importantes inégalités concernant la géographie des services de santé accessibles surtout dans les régions du *Grand Athènes* et de la *Macédoine*. Les autres secteurs sont le plus souvent dénudés d'une pratique médicale du fait de l'absence d'infrastructures ou d'un manque de

personnel. Concernant les consultations dentaires, celles-ci sont inégalement réparties au sein de la population et sont proportionnelles au revenu. (41)

En Italie, les inégalités de santé sont encore plus établies avec une césure nette entre le Nord et le Sud. L'ensemble des indicateurs de santé (pathologies et la morbidité confondus) indiquent tous une prévalence plus importante dans le sud du pays. Par exemple, le Sud du pays indique une mortalité infantile de 5,3% contre 3,3% pour les régions du Nord. (41)

Au Portugal, des inégalités persistent notamment dans l'accès aux consultations de spécialistes qui accumulent majoritairement des patients issus de classes sociales favorisées. Ceux-là peuvent souscrire à une assurance privée pour alléger leur ticket modérateur et bénéficier de soins plus coûteux. Cette double couverture ne concernerait que 20 à 25% de la population portugaise. (41)

Indépendamment des inégalités géographiques et socioéconomiques, les conduites à risques comme le tabagisme ou la consommation d'alcool sont plus importantes dans les milieux défavorisés, sûrement à l'origine d'une prévalence plus élevée de toutes les maladies chroniques en général, par rapport au reste de la population. (41)

Aussi il semblerait que la loi inverse sur les soins énoncée par Julian Tudort Hart en 1971 n'a jamais été aussi véridique : « La disponibilité des soins médicaux de qualité est inversement proportionnelle au besoin de la population concernée ». (42)

2. La santé : un enjeu politique dans un contexte économique

a. A l'étranger

Les multiples crises financières de ces vingt dernières années ont sclérosé l'économie au niveau mondial. Nombreux sont les pays qui ont dû revoir leur budget et mener d'importantes restrictions financières. Pour réduire le déficit, des politiques d'austérité sont adoptées, avec des conséquences directes sur le système de santé et sa couverture universelle.

En effet, le désengagement des pouvoirs publics envers la prise en charge sanitaire renforce celle assurée par les systèmes d'assurances privés. Ces entreprises présentes depuis les années 90, ont vu leur nombre s'amplifier depuis la dernière décennie et les récentes crises économiques, pour suppléer les dépenses de santé qui n'étaient plus garanties par le service public.

D'autre part, les restrictions budgétaires impactent directement les services hospitaliers en diminuant les effectifs et notamment le nombre de soignants, mais en appliquant également des réductions sur les matériels médicaux (nombre de lits à disposition, fournitures médicales anciennes et non renouvelées, nombre limité de consommables commandé).

Ceci engendre des conséquences néfastes sur la prise en charge avec des équipes médicales surchargées qui doivent en plus de gérer la patientèle, pallier les manques de moyens des structures, détériorant ainsi peu à peu la qualité de service proposée. (42)

En Espagne, l'actuelle dépression économique a consenti à adopter un nouveau décret qui dissout le modèle de santé universaliste et l'assimile au libre choix de l'utilisateur, ou en cas de chômage à un seuil de base de la sécurité sociale.

Cette nouvelle loi remet en cause le principe même de droit fondamental à la santé et met en péril son accès. (41)

Le constat de la crise économique est ressenti comme une épreuve pour l'ensemble des ménages mais ébranle avant tout les foyers défavorisés en

les introduisant peu à peu dans une précarité. Celle-ci est souvent intolérable et conduit malheureusement à une augmentation des dépressions, troubles mentaux et parfois même des suicides. (41)

La situation atteint son paroxysme avec la crise financière de 2008, affaiblissant l'ensemble des grandes puissances. Au niveau européen, l'OMS avertit l'Europe de l'iniquité de santé intolérable et imminente qui menace les différentes communautés, en accusant l'influence des politiques nationales d'être l'élément prédominant d'un tel échec, qui préfèrent avant tout adopter des mesures au profit de l'économie.

Le risque le plus extrême serait le retrait absolu du système de santé public avec la dissolution complète de la couverture universelle, qui au-delà des inégalités qu'elle générerait en matière de santé dans son accès et dans son équité, augmenterait de manière globale les dépenses attribuées à la santé. (42)

Au-delà des inégalités qui résident entre les différents groupes sociaux d'un même pays, celles-ci sont également plus visibles dans les pays d'Europe du Sud marquant une réelle césure avec ceux d'Europe du Nord.

De ce fait, il est aisé de comprendre que les pays méditerranéens ont davantage été concernés par les récessions économiques en général. Les mesures prises pour faire face au déficit ont souvent été radicales avec des licenciements dans la fonction publique, une réduction des effectifs et des départs en retraites non remplacés. A cela s'ajoute le renoncement non négligeable en matière de dépenses de santé des gouvernements, ce qui augmente par contrecoup la charge financière des ménages (propre au foyer ou par la souscription à une assurance de santé privé) : en Italie il y a eu une hausse des dépenses de soins de 24,5% et jusqu'à 39,4% en Grèce.

Ces chiffres sont aussi alarmants que les conséquences sanitaires qu'ils engendrent. L'allègement des remboursements de la part du système public accentue les dépenses privées créant une véritable segmentation de la santé avec un système à double vitesse.

D'un côté un système double (privé et public) pour les catégories sociales favorisées, permettant un meilleur accès aux actes de spécialistes, aux dépistages, examens de radiographie, à la prévention en général ; et de l'autre, un système uniquement fondé sur le service public qui permet de couvrir dans un panier de soins définie essentiellement les urgences et soins de base. Les principaux intéressés par ce système sont les personnes issues des milieux les plus défavorisées, qui n'ont pas suffisamment de ressources pour déboursier le supplément attribué à une série d'actes médicaux ou pour tout simplement souscrire à une assurance de santé complémentaire.

Cette différence de répartition engendre des conséquences néfastes sur l'équité de soins tant dans l'accès que dans l'utilisation et amène à dégrader la santé elle-même. (41)

b. En France

Un schéma similaire est semblable au sein de l'hexagone. Malgré un désengagement du gouvernement et de la sécurité sociale dans le remboursement des soins et des actes médicaux, la couverture sociale demeure.

Des réformes concernant les politiques d'immigration et d'accès aux soins ont été votées cette année. Celles-ci concernent majoritairement les bénéficiaires de la PUMa et de l'AME.

De manière à lutter contre les abus des systèmes de santé tel que le tourisme médical et à contrôler au mieux l'immigration, un délai de carence de 3 mois est désormais applicable aux demandeurs d'asile pour accéder à la protection universelle de l'assurance maladie (PUMa). Si cette mesure peut sembler en contradiction totale avec les principes d'universalité et d'équité de la santé, elle ne fait qu'appliquer une loi déjà adoptée pour tous les français et/ou ressortissants étrangers en situation irrégulière rejoignant le territoire et qui sont sans activité professionnelle.

Néanmoins, cette loi ne s'applique pas lorsque des besoins vitaux ou urgents sont nécessaires, dans ce cas précis un accès aux soins pourra être recevable. (43)

L'AME, qui était en ligne de mire des débats politiques concernant sa suppression ou non a finalement été conservée, et le budget rallongé pour l'accompagnement des migrants. Cette information se répercute directement sur l'ensemble des primo-arrivants en situation irrégulière, nécessitant de soins et d'une prise en charge sociale dont l'interlocuteur premier sera la PASS.

La prise en charge globale de ces patients dans les dispositifs de PASS, même si elle est plus chronophage qu'une prise en charge ordinaire uniquement médicalisée, permet d'être mieux adaptée à la condition sociale du patient.

De ce fait, l'activité de la PASS est souvent dévalorisée par les organismes de gestion hospitaliers car elle ne respecte pas, dans un intervalle de temps défini, les logiques de productivité et de bénéfices qui sont pourtant les lignes directrices d'économie hospitalière avec la Tarification à l'Activité (T2A). (28)

Certaines PASS manquent franchement de moyens humains et peinent à superviser la masse de travail qui leur est octroyé par l'ensemble des usagers.

Les moyens financiers mis en œuvre vont permettre de subventionner certains domaines comme l'interprétariat, l'achat de nouvelles fournitures, ou renforcer les équipes en intégrant de nouvelles recrues. Des choix quelquefois discutables, vont être exécutés pour entretenir certains secteurs en particulier, et en exclure d'autres fatalement.

Cependant le gouvernement encourage ce genre de dispositifs à travers le territoire, conscient que la PASS reste un élément essentiel de la prise en charge médico-sociale et dans un moindre coût. (37)

Surnommés également « laboratoires de médecine hospitalière », les PASS permettent de limiter les passages et de désengorger le système hospitalier et en l'occurrence les services d'urgences.

Habilitée à reconnaître l'urgence médicale, la PASS pourra agir en amont de celle-ci et délivrer si besoin des médicaments ou assurer une consultation par un spécialiste et ainsi éviter la situation ultime de l'hospitalisation d'urgence, avec tous les risques qu'elle engendre pour le patient et les charges imposées à l'hôpital en termes de moyens humains (chirurgiens, infirmiers, secrétaires), des plateaux techniques requis, que du coût global que nécessite une telle intervention.

Fortement impliquées dans les démarches de dépistage et de prévention autant que sur la nécessité d'un suivi médical régulier auprès des populations vulnérables, les PASS vont moderniser les pratiques de la médecine hospitalière. En respectant l'accueil et le secours à autrui, valeurs défendues par l'hôpital public, elles répondent aux nouvelles problématiques sociales et médicales de notre siècle portées sur le vieillissement de la population et la chronicité de leurs pathologies. Privilégiant le « care » autant que le « cure », elles révolutionnent la prise en charge médicale en intégrant l'individu dans son contexte social. De cette manière, elles améliorent significativement la supervision des pathologies à l'égard d'un contexte social particulier et agissent comme de véritables moteurs d'une « démocratie sanitaire ». (28)

V. Conclusion

En définitive, les offres de soins de santé en France ont permis d'universaliser l'accès à la santé par l'assurance maladie mais également par les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) pour les populations n'ayant pas leurs droits ouverts, souvent exclues, en marge de la société.

L'analyse qui précède a permis de révéler les forces et les faiblesses d'un tel système.

Si l'intérêt des PASS n'est plus à démontrer concernant les bénéfices obtenus, notamment par l'accompagnement social et médical personnalisés,

et les mesures de prévention qui permettent d'écartier des soins médicaux plus importants pour le patient lui-même mais également plus coûteux pour le système ; des progrès sont néanmoins à faire pour améliorer la visibilité du dispositif et de ses missions au sein même de l'hôpital mais également dans les structures sociales extérieures.

Afin d'optimiser son fonctionnement dans le domaine médico-social, il convient de systématiser les comités de pilotage à l'ensemble des PASS au cours desquels le bilan d'activité de chacune d'elle est révélé.

Ces contrôles mis en place par les Agences Régionales de Santé (ARS) sont destinés à évaluer le besoin réel des structures pour harmoniser la prise en charge quelque soit la localisation, et s'accorder sur le budget nécessaire en fonction des besoins des organismes.

Les allocutions exprimées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en matière de santé ont consenti à l'avancée des progrès pour une couverture universelle par l'ensemble des pays industrialisés. Néanmoins, les multiples crises économiques de ces vingt dernières années et les politiques d'austérité qui ont suivi ont eu tendance à fragiliser l'accès à la santé. En réduisant peu à peu les dépenses publiques dédiées à celles-ci, son système devient très vite défaillant et doit être associé à un système d'assurance privé, à la charge des usagers, pour garantir son rôle.

Dès lors, le principe d'universalité n'est plus respecté et la médecine devient alors un système à deux vitesses : public et privé. Les premiers concernés par une telle mesure, restent les populations précaires pour lesquelles la charge financière est inabordable, et qui sont forcées de renoncer aux soins.

C'est dans ce climat de plus en plus inégalitaire que se trouvent aujourd'hui une grande majorité des pays industrialisés, pourtant il appartient aux gouvernements de réaffirmer leur positionnement et de ne pas céder à l'accoutumance d'une telle pratique. Après tout, la prospérité d'une population n'est-elle pas le principe fondamental pour garantir une économie durable ?

SIGNATURE DES CONCLUSIONS

Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Nom - prénom de l'impétrant : WOHLHUTER Louise

Titre de la thèse : Les permanences d'accès aux soins de santé dentaires en France

Directeur de thèse : Professeur Anne-Marie MUSSET

VU

Strasbourg, le : 13 février 2020
Le Président du Jury,



Professeur A-M. MUSSET

VU

Strasbourg, le : 04 MARS 2020
Le Doyen de la Faculté
de Chirurgie Dentaire de Strasbourg,



Professeur C. TADDEI-GROSS

VI. Références bibliographiques

1. Les seuils de pauvreté en France. Observatoire des Inégalités.fr. 2019.
2. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. Académie Nationale de Médecine. 2017 ;20.
3. Observatoire des inégalités (France), Maurin L, Compas. Rapport sur la pauvreté en France [Livre. Tours : Observatoire des inégalités ; 2018.
4. Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution - Édition 2019 - Ministère des Solidarités et de la Santé. drees.solidarites-sante.gouv.fr. 2019.
5. Bénéficiaires du RMI et du RSA selon la situation familiale en 2016 | Insee. insee.fr. 2016.
6. Wresniski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal Officiel de la République Française. 1987 ;112.
7. La précarité de l'emploi augmente à nouveau. insee.fr. 2019.
8. L'état du mal-logement en France en 2019. Fondation Abbé Pierre ; 2019 p. 353. Report No. : 24.
9. Exclusion sociale - Le site du CNLE. cnle.fr. 2014.
10. France, éditeur. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes : Editions ENSP ; 1998. 349 p. (Collection Avis et rapports).
11. Direction de la Sécurité Sociale. Les chiffres clés de la Sécurité Sociale - 2018. Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2019 Edition p. 43.
12. Déclaration et paiements des cotisations sociales. Service-Public-Pro.fr. 2019.
13. Groupe d'information et de soutien des immigrés (Paris), Comité médical pour les exilés (Le Kremlin Bicêtre V-M. La prise en charge des frais de santé des personnes étrangères par la sécurité sociale. Paris : GISTI ; 2017.
14. Présentation des dispositifs d'accès aux soins. Complémentaire-santé-solidaire.gouv.fr. 2018.
15. Le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins. ars.santé.fr. 2019.

16. Rajnchapel-Messai J. La place de la prévention dans les inégalités sociales de santé. Soins. Juin 2008;(726) :1.
17. Moulin J-J, Dauphinot V, Dupré C, Sass C, Labbe E, Gerbaud L, et al. Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2005;(43) :3.
18. Bonheure Adrien. Les priorités de santé des personnes en situation de précarité : une étude qualitative auprès de résidents de centres d'hébergement et de réinsertion sociale et d'usagers d'accueils de jour [Thèse de Médecine]. Rennes ; 2016.
19. Hassoun D. Précarité et état de santé bucco-dentaire. Questions d'Economie de la Santé. 1998 ;4.
20. Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire DGOS/R4 no 2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Bulletin Officielle - Protection Sociale - Solidarité. 2013;(7) :9.
21. Célant N, Rochereau T, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). L'Enquête santé européenne : enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. 2017.
22. Wicky Thisse M. Cause de renoncements et de non-recours aux soins primaires des personnes en situation de précarité [Thèse de Médecine]. Franche-Comté ; 2017.
23. Piron P. Comment organiser le parcours de soins des populations vulnérables entre la ville et l'hôpital? Etude à partir d'une consultation hospitalière de médecine sociale [Mémoire santé publique et environnement]. Lorraine ; 2015.
24. Revil H. Le non-recours aux soins de santé. lavedesidées.fr. 2014.
25. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. Questions d'Economie de la Santé. 2011;(170):6.
26. Molinié E. L'hôpital public en France : bilan et perspectives. Conseil économique et social ; 2005 p. 259. Report No. : 10.
27. Code de la Santé Publique Article L6112-6. Legifrance.gouv.fr. 2010.

28. Georges-Tarragano C. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS): tradition d'hospitalité et modèle d'organisation innovante. *La Revue de Médecine Interne*. Janv 2015 ;36(1) :38-41.
29. Conseil National des Politiques de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion Sociale. Les Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) et les Ateliers santé-ville (ASV). cnle.gouv.fr. 2009.
30. Fédération des acteurs de la solidarité. Enquête Le fonctionnement des PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé). Mars 2017. :5.
31. Obergfell S, Penot J, Rousseau M, Handjieva D. Rapport d'activité de la PASS généraliste. Strasbourg ; 2019 p. 11.
32. La boussole - Permanence d'Accès aux Soins de Santé des HUS. Comité de pilotage du 26 mars 2013 Données du bilan d'activité 2011 et 2012. 2013 ; Strasbourg.
33. Musset A-M, Obergfell S, Penot J, Rousseau M. Rapport d'activité 2018 de la PASS dentaire. Strasbourg ; 2019 p. 9.
34. Observatoire de l'Accès aux Droits et aux Soins dans les Programmes de Médecins du Monde en France. Médecins Du Monde; 2018 p. 128.
35. Zavras AI. "Teeth Are Always in Style": But Increasingly, Not for All. *Health Serv Res*. Avr 2014 ;49(2) :453-9.
36. Potin C, Janvier S. Prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de précarité sur le bassin rennais. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2017 ;121.
37. Etat des lieux des PASS dans 23 villes où Médecins du Monde est présent. Médecins Du Monde ; 2010 août p. 26.
38. Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N et al. Etude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2017;(19-20) :396-405.
39. Franclet A. Enquête de satisfaction auprès des usagers de la PASS de l'Hôpital Saint-André de Bordeaux. *Médecine humaine et pathologie*. 2017 ;
40. Organisation Mondiale de la Santé. Couverture Sanitaire Universelle.

who.int.

41. Serapioni M. Economic crisis and inequalities in health systems in the countries of southern Europe. Cad Saúde Pública [Internet]. 28 sept 2017 [cité 21 janv 2020] ;33(9). Disponible sur : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000903001&lng=pt&tlng=pt
42. Raine R, Or Z, Prady S, Bevan G. Evaluating health-care equity. (: unav) [Internet]. [Cité 4 févr 2019] ; Disponible sur : <http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hsdr/volume-4/issue-16#essays/4>
43. Buzyn A. Comité interministériel sur l'immigration et l'intégration. solidarites-santé.gouv. 2019.

VII. Annexes

Annexe 1 :

PASS bucco-dentaire et PASS généralistes ayant une activité buccodentaire France métropolitaine

Alsace, Champagne Ardennes Lorraine :

Metz Thionville

CHR Metz-Thionville

28-32, rue du XXème Corps Américain 57038 Metz

Strasbourg

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 1 place de l'Hôpital

67091 Strasbourg

Aquitaine, Limousin, Poitou Charentes :

Bordeaux

CHU de Bordeaux

12 rue Dubernat 33404 Talence Cedex

Poitiers

Centre hospitalier Universitaire 2 rue de la Milétrie

86021 Poitiers Cedex

Auvergne, Rhône-Alpes :

Moulins

Centre Hospitalier
10 Avenue Général de Gaulle 03000 Moulins

Bourgogne, Franche-Comté :

Dole

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

Bretagne :

Lorient

Centre hospitalier de Bretagne Sud Rue du Lettry
56100 – Lorient

Ile de France :

Colombes

AP-HP GH Paris Nord Val de Seine site Louis Mourier 178 rue des
Renouillers 92700 Colombes

Créteil

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

Paris

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

Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées :

Montauban

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

Normandie :

Le Havre

Groupe hospitalier du HAVRE 55 bis rue Gustave Flaubert 76600 Le Havre

Nord Pas de Calais, Picardie :

Calais

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

Douai

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

PACA :

Gap

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

Marseille

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

Nice

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

WOHLHUTER Louise – Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé dentaires en France.

(Thèse : 3^{ème} cycle Sci. odontol. : Strasbourg : 2020 ; N°19)

N°43.22.20.19

Résumé :

Les PASS (Programmes d'Accès aux Soins de Santé) ont vu le jour en France il y a un peu plus de vingt ans afin de lutter contre l'exclusion sociale et ainsi permettre l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

Leur mission tant médicale que sociale, vise dans un premier temps à accompagner les personnes précaires à accéder au réseau de soins pour qu'elles puissent bénéficier d'une prise en charge, mais également les aider à réaliser toutes les démarches administratives nécessaires à l'obtention du droit commun de la sécurité sociale.

Il serait intéressant d'étudier l'organisation d'un tel système avec l'exemple de la PASS dentaire à Strasbourg dans le but de comprendre tous les enjeux dont il est question pour que l'ensemble des usagers concernés puisse être reconduit dans un circuit de soins général.

Dans un contexte social où la précarité ne cesse de croître et où les démarches administratives pour disposer de la sécurité sociale ne cessent d'être plus complexes, le travail de la PASS est décisif. Aussi pour tous les professionnels de santé, il s'agit d'en prendre conscience et de ne pas omettre de leur prise en charge cette population, souvent qualifiée « des oubliés » pour laquelle l'accès aux soins considéré par le Code de la Santé Publique comme un droit universel, est néanmoins discutable.

Rubrique de classement : Santé Publique

Mots clés : PASS – Précarité – Accès aux Soins – Couverture maladie

Me SH : Continuity to health care service – Precariousness – Acces to health – Health insurance

Jury :

Président : Professeur MUSSET Anne-Marie

Assesseurs : Docteur OFFNER Damien
Docteur VAN BELLINGHEN Xavier
Docteur BOEHLER Christian

Coordonnées de l'auteur :

Adresse postale :

L. WOHLHUTER

37 rue des Cigognes

67140 BARR