

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2022

N°:

THÈSE POUR LE

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le

Par Julien, PIERCHON

Né le 26/01/1998 à Villeneuve d'Ascq, FRANCE

**CRÉATION D'UNE CAPSULE VIDÉO PRÉSENTANT LA PASS DE
CALAIS POUR SENSIBILISER LES ÉTUDIANTS À L'ACCÈS
AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DES PERSONNES EN
SITUATION DE PRÉCARITÉ**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Assesseurs :

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Madame le Docteur Amélie de BROUCKER

Monsieur le Docteur Thomas QUENNESSON

Président de l'Université	:	Pr. R. BORDET
Directrice Générale des Services de l'Université	:	M-D. SAVINA
Doyen UFR3S	:	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S	:	G. PIERSON
Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S	:	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services	:	M. DROPSIT
Responsable de la Scolarité	:	G. DUPONT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

K. AGOSSA	Parodontologie
P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
C. DELFOSSE	Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S Odontologie Pédiatrique
E. DEVEAUX	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
A. BLAIZOT	Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale.
P. BOITELLE	Responsable du Département de Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable du Département d' Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale.
X. COUDEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
C. LEFEVRE	Prothèses
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de Biologie Orale
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux

L. ROBBERECHT Dentisterie Restauratrice Endodontie

M. SAVIGNAT Responsable du Département des **Fonction-Dysfonction, Imagerie,**
Biomatériaux

T. TRENTESAUX Responsable du Département d'**Odontologie Pédiatrique**

J. VANDOMME. Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres de mon jury...

Monsieur le Professeur Thomas COLARD
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD
Section Réhabilitation Orale
Département Sciences Anatomiques

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur au Muséum National d'Histoire Naturelle en Anthropologie Biologique
Chargé de mission Recherche

Professeur COLARD,

Je suis très reconnaissant à l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de mon jury de thèse. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma plus profonde gratitude et de tout mon respect pour l'attention que vous portez continuellement aux étudiants et à leur formation.

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Maître de Conférences des Universités – Section

Développement, Croissance et Prévention

Département Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université d'Auvergne

Master II Recherche « Santé et Populations » - Spécialité Évaluation en Santé & Recherche Clinique - Université Claude Bernard (Lyon I)

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales (Lille2)

Formation à la sédation consciente par administration de MEOPA pour les soins dentaires (Clermont-Ferrand)

Formation certifiante « concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient » (CERFEP Lille)

1^{ère} Assesseur « faculté d'Odontologie » - UFR3S Lille

Responsable du Département Prévention et Épidémiologie, Économie de la Santé et Odontologie Légale

Docteur CATTEAU,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être ma directrice de thèse, de m'avoir soutenu dans ce projet et donné tous les moyens pour y parvenir. Merci pour votre implication, votre dévouement sans faille, votre écoute et surtout pour vos nombreux et précieux conseils, notamment dans le travail de la rédaction.

Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mes sincères remerciements.

Madame le Docteur Amélie de BROUCKER

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Réhabilitation Orale

Département Sciences Anatomiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lille2

Chargé de mission Vie de campus et relations étudiants

Docteur de BROUCKER,

Merci d'avoir accepté avec spontanéité de siéger au sein de mon jury, pour votre qualité d'enseignement, votre bienveillance et votre dévouement tout au long de ma formation, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Thomas QUENNESSON

Chef de Clinique des Universités – Assistant Hospitalier des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Master 1 Biologie Santé – Parcours « Approche méthodologique en recherche clinique et épidémiologique

Docteur QUENNESSON,

Pour avoir accepté de siéger dans mon jury, pour votre implication et bienveillance dans l'enseignement de prévention, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Remerciements :

Ce travail de thèse n'aurait pas pu être réalisé sans l'accueil chaleureux de l'équipe de la PASS de Calais. Il était important pour moi de mettre en valeur leur activité. Elle mérite d'être félicitée et qu'elle soit reconnue pour son travail qui vient en aide aux personnes en situation de précarité dans le Calais. Une mention particulière pour les Dr ANDRÉ et Dr ZÈGRE-LERAY, qui ont bien voulu m'accueillir à plusieurs reprises durant leurs demi-journées à la PASS et prendre le temps de m'expliquer le fonctionnement de cette structure.

Nous tenons, avec le Dr CATTEAU, à remercier chaleureusement Mme Nathalie FOURCY, du service audiovisuel de la DGD Num (Direction Générale Numérique) de l'Université de Lille, pour son professionnalisme et sa disponibilité dans la réalisation en post-production de la capsule vidéo présentée dans ce travail.

SOMMAIRE

Introduction	2
1 Impact de la précarité sur l'accès aux soins	3
1.1 Définitions	3
1.1.1 Pauvreté	3
1.1.2 Précarité	5
1.1.3 Exclusion sociale	7
1.2 Inégalités sociales de santé	8
1.3 Exemple de dispositifs existants pour faciliter l'accès aux soins	11
1.3.1 Dispositif d'aide à la prise en charge des dépenses de santé.....	11
1.3.1.1 La Complémentaire Santé Solidaire (CSS).....	11
1.3.1.2 L'Aide Médicale d'État (AME).....	13
1.3.1.3 Dispositifs des soins urgents et vitaux	14
1.3.2 Dispositif facilitant l'accès aux soins.....	15
1.3.2.1 A l'échelle Nationale	15
1.3.2.1.1 Permanence d'accès aux soins de santé (PASS).....	15
1.3.2.1.2 Centre d'examen de santé (CES).....	15
1.3.2.2 A l'échelle Locale	17
1.3.2.2.1 Le Bus social dentaire	17
1.3.2.2.2 Médecins Solidarité Lille (MSL).....	18
1.3.2.2.3 Les contrats locaux de santé	18
2 Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)	19
2.1 Présentation générale	19
2.2 Les PASS du Nord-Pas-de-Calais	20
2.2.1 Cartographie des PASS	20
2.2.2 Présentation de la PASS de Calais	21
2.2.2.1 Les locaux	21
2.2.2.2 L'équipe	22
2.2.2.3 L'offre de prise en charge	23
2.2.2.4 Le public accueilli	23
2.2.2.5 Le tissu associatif autour de la PASS	24
3 Création d'une capsule vidéo présentant la PASS de Calais	25
3.1 Objectif	25
3.2 Demande d'autorisation	25
3.3 Matériel et Méthode	25
3.3.1 Rédaction du scénario	25
3.3.2 Rédaction de la voix off	26
3.3.3 Préparation des entretiens.....	27
3.3.4 Prises de vues	28
3.3.4.1 Au sein de la PASS.....	28
3.3.4.2 Tournage de la voix off et de l'introduction face caméra.....	30
3.3.5 Post-production.....	30
3.3.5.1 Montage des plans tournés dans les locaux de la PASS.....	30
3.3.5.2 Sous titrage des interviews.....	30
3.3.5.3 Finalisation de la capsule vidéo	31
3.3.6 Hébergement de la capsule vidéo	31
Conclusion	32
Bibliographie :	33

Introduction

En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelque soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». ¹

L'état de santé des personnes en situation de précarité est dégradé (1), et peut en partie s'expliquer par le renoncement aux soins, en lien avec une insuffisance de couverture assurantielle pour le risque maladie. Celle-ci peut être la conséquence d'une méconnaissance de leurs droits ou de difficultés pour faire valoir leurs droits (barrières sociales, barrière linguistique, complexité du système, refus de prise en charge...) (2,3).

La loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion a créé la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) au travers de structures hospitalières dédiées à la prise en charge médico-sociale des plus démunis.

Le travail décrit dans ce manuscrit avait pour finalité la réalisation d'une capsule vidéo destinée aux étudiants en 4^e année des études odontologiques à la Faculté de Lille, présentant les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au travers de la PASS bucco-dentaire de Calais.

Dans une première partie, nous rappellerons l'impact de la précarité sur l'accès aux soins, puis nous décrirons dans une deuxième partie le système des permanences d'accès aux soins de santé. Enfin, la troisième partie sera consacrée à la création de la capsule vidéo ; les différentes étapes de réalisation de la capsule vidéo depuis l'écriture du scénario jusqu'à sa diffusion sur le réseau Lille.Pod de l'Université, seront décrites.

¹ Extrait de La Constitution de l'Organisation mondiale de la santé signée le 22 juillet 1946 entrée en vigueur le 7 avril 1948.

1 Impact de la précarité sur l'accès aux soins

1.1 Définitions

La précarité est une notion complexe à définir. Il existe de larges intersections entre la précarité, la pauvreté et l'exclusion sociale.

1.1.1 Pauvreté

Selon l'INSEE, 9,2 millions de personnes vivaient sous le seuil de pauvreté (correspondant à 1 102 € par mois) en France en 2019, ce qui représentait 14,6 % de la population (4). Les chômeurs, les familles monoparentales et les travailleurs indépendants étaient les plus concernés.

Le seuil de pauvreté peut être défini de manière absolue ou relative. La pauvreté absolue se définit comme une situation de survie. C'est-à-dire que les personnes concernées ne disposent pas des ressources leur permettant de satisfaire leurs besoins primaires. Elles peuvent parfois être privées d'accès à l'alimentation, l'eau potable, voire à un logement salubre ou encore à la possibilité d'obtenir des vêtements, etc. Cette situation est courante surtout dans les pays en voie de développement, mais elle s'observe aussi dans les pays développés (personnes sans domicile fixe, migrants, etc.).

Dans les pays développés, le concept de pauvreté fait plutôt référence à la pauvreté relative qui définit les pauvres de par leur position par rapport aux autres ménages. Sont considérés comme pauvres les personnes ne disposant pas des ressources leur permettant de vivre comme les autres membres de la société dont elle fait partie. Cette approche met en évidence l'existence d'inégalités sociales (5).

Une approche purement économique de la pauvreté ne permet pas d'appréhender tous les aspects de la pauvreté. Des approches complémentaires, qualitatives, sont décrites. Elles font notamment référence aux points suivants :

- La pauvreté subjective : perception des individus sur leur niveau de vie ;
- La pauvreté de conditions de vie : dans notre société moderne, le terme condition de vie doit être entendu dans un sens très large et faisant référence à divers aspects de la vie quotidienne. La pauvreté de conditions de vie tient compte de la possession de biens d'équipement largement répandus dans la population tels que télévision, téléphone, appareils électroménagers usuels, la possibilité d'acheter régulièrement des biens et services jugés indispensables (certains aliments, vêtements). Il englobe aussi les conditions de logement (confort, environnement, surface), des éléments sur le patrimoine des ménages et l'aisance

financière : possession du logement, possibilité d'épargner ou de puiser dans d'éventuelles réserves en cas de besoin.

Selon le Conseil de l'Europe, « des personnes sont considérées comme pauvres lorsque leurs ressources matérielles, culturelles ou sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État membre où elles vivent » (6).

La pauvreté impacte les besoins primaires, et plus largement l'ensemble des besoins fondamentaux résumés dans la pyramide de Maslow (Figure 1).

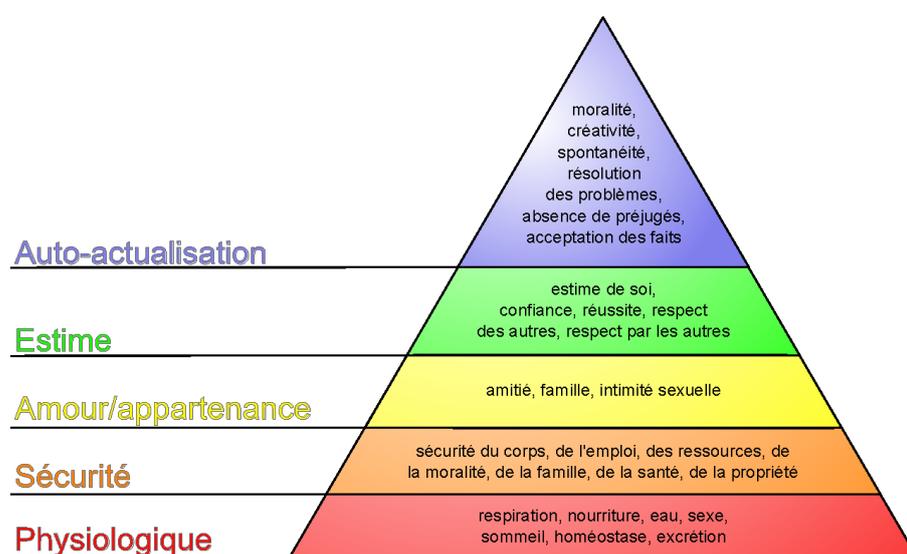


Figure 1 – Pyramide de Maslow. Source : https://fr.wikipedia.org/wiki/Pyramide_des_besoins

Pour conclure, la pauvreté est reconnue comme :

- Un phénomène multidimensionnel, qui se caractérise par une accumulation de difficultés dans divers domaines (éducation, santé, travail, logement) ;
- Un phénomène relatif, défini en fonction de modes de vie variant dans le temps avec l'évolution de la société ;
- Un phénomène conventionnel, car c'est un acte politique ainsi que normatif qui identifie une population pauvre au sein d'une population (7).

1.1.2 Précarité

En 1987, le conseil économique et social français, a adopté la définition de la précarité proposée par Joseph Wresinski dans son rapport : « *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* », à savoir : « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible » (8).

Les sécurités concernées sont le travail, le logement, les revenus, l'accès aux soins et aux droits juridiques, l'accès à la culture, l'école, l'instruction, le lien familial, le lien social...

La précarisation se définit comme un processus multidimensionnel. Elle résulte du cumul de vulnérabilités, d'états de fragilité, d'instabilité, d'accumulation de petites ruptures et désaffiliation. Ainsi, elle est le résultat d'un enchaînement d'événements, d'expériences et de ruptures qui conduisent à des situations de fragilisation économique, sociale et familiale (9).

En France, le score EPICES² permet de repérer et de quantifier la précarité. Il a été construit en 1998 par un groupe de travail, constitué de membres des Centres d'examens de santé (CES) agissant pour le compte de l'Assurance maladie, du Centre technique d'appui et de formation des CES (Cetaf) et de l'École de santé publique de Nancy, dans une volonté de prendre en compte l'aspect multidimensionnel de la précarité (10).

Aujourd'hui, il s'agit de la version simplifiée du score EPICES qui est utilisée pour repérer les situations de précarité. Celle-ci repose sur 11 questions (Figure 2).

² Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examens de santé

Repérage de la vulnérabilité sociale

SCORE EPICES SIMPLIFIÉ

(Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé financés par l'Assurance Maladie)

Entourer le code de la réponse 0 ou 1

	OUI	NON
1. Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vivez-vous en couple ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...) y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total des réponses codées **1** :

≥ 4 réponses précaires/défavorables (codées **1**) = Situation de vulnérabilité sociale

Figure 2 : score EPICES simplifié, 11 questions.

Source : <https://www.agirpourlecoeurdesfemmes.com/back/outils/Le-score-EPICES-simplifie--318-outil.pdf>

Les notions de pauvreté et de précarité sont à la fois distinctes et liées. Une personne en situation de précarité n'est pas forcément, ou pas tout de suite, en situation de pauvreté. En revanche, si cette situation persiste, cela peut conduire à l'exclusion sociale.³

³ <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite/article/precarite-acces-aux-soins>

1.1.3 Exclusion sociale

Selon l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES), l'exclusion est elle-aussi une notion multidimensionnelle. Elle prend en compte tous les aspects de la vie qui contribuent à restreindre les possibilités de choix s'offrant à la personne.

L'exclusion sociale s'illustre au sein des domaines suivants, selon les phénomènes évoqués ci-dessous :

- Sphère économique : l'absence d'emploi, le chômage, l'insuffisance des ressources, etc ;
- Sphère administrative : la non-reconnaissance des droits civils, sociaux, politiques, etc ;
- Sphère sociale : les barrières culturelles et linguistiques, etc (11).

Selon le Centre national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), le concept d'exclusion sociale dépasse celui de la pauvreté puisqu'il correspond à la non-réalisation des droits sociaux initialement garantis par la loi⁴.

Pour le sociologue Robert Castel, « les exclus sont à l'aboutissement de trajectoires, et de trajectoires différentes. Il ne s'agit plus d'une pauvreté qu'on pourrait qualifier d'intemporelle ou de résiduelle, mais d'une pauvreté qui apparaît à la suite d'une dégradation par rapport à une situation antérieure » (12). Robert Castel propose ainsi le terme de « désaffiliation » pour désigner « des trajectoires, des processus, des gens qui décrochent et basculent ». Ce basculement s'effectue de manière schématique entre différentes zones :

- Une « zone d'intégration », dont font généralement partie les personnes ayant un travail régulier et des supports de sociabilité suffisamment fermes ;
- Une « zone de vulnérabilité », regroupant les personnes ayant un travail précaire et des situations relationnelles instables ;
- Une « zone d'exclusion », dans laquelle certains des vulnérables, et même des intégrés, basculent.

Les approches de l'exclusion se réfèrent aux aspects suivants :

- Recours durable aux prestations d'assistance ;
- Privation durable d'emploi ;

⁴ <https://www.cnle.gouv.fr/exclusion-sociale.html>

- Forme ou cause de déni de droits, en particulier la santé et le logement ;
- Cumul de difficultés et de handicaps qui pèsent à un moment donné sur les individus et qui conduisent à une désinsertion durable ;
- Isolement et rupture des liens sociaux ou familiaux.

La difficulté est de tenir compte de l'ensemble de ces dimensions. Les ménages en situation d'exclusion présentent une grande hétérogénéité quant à leurs trajectoires, ce qui rend difficile un traitement statistique « standard ». L'accent doit être mis sur la durée ; l'exclusion se traduirait par un état de permanence dans la pauvreté, une forte inertie dans cet état et par de faibles taux de transition vers un état plus favorable (13).

1.2 Inégalités sociales de santé

Depuis plusieurs décennies, de nombreux travaux se sont attachés à documenter l'ampleur des inégalités sociales en santé (ISS), y compris en santé orale, en France, (14) ainsi que leurs déterminants. Ces derniers sont multiples et s'enracinent tout au long de la vie. (15) Parmi les facteurs expliquant ces inégalités, on peut citer : les conditions de vie, et notamment de travail, les modes de vie et comportements à risque, le rôle du système de santé et de soins (15).

Le rôle du système de soins est loin d'être secondaire dans la constitution des ISS. Il peut être analysé sous 2 angles : l'accès potentiel, c'est-à-dire la possibilité de se faire soigner, et l'accès effectif, c'est-à-dire l'utilisation qui est faite de cette potentialité. Cette utilisation doit être elle-même considérée sous l'angle de l'accès primaire (recours aux soins) et de l'accès secondaire (qualité des soins). (15)

La figure 3 illustre le modèle conceptuel de Levesque adapté à l'analyse de l'accès aux soins en décrivant les facteurs de demande et d'offre du point de vue du patient et du professionnel de santé (16).

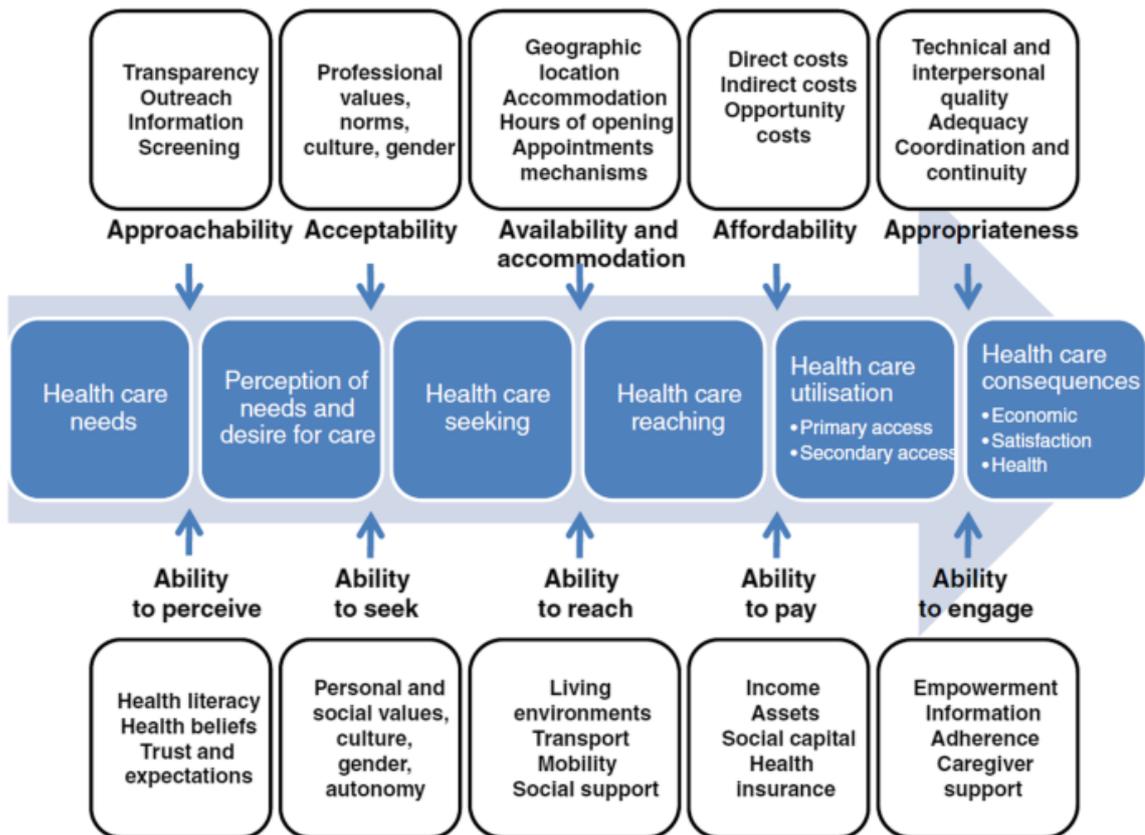


Figure 3 : The Levesque's conceptual framework.
 Source : <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-021-01416-3>

Les situations de précarité retentissent sur chaque étape du processus conduisant un individu à satisfaire ses besoins en soins, depuis la perception du besoin jusqu'à l'utilisation effective des services de soins.

La capacité des personnes à percevoir leurs propres besoins de soins est liée aux connaissances, aux croyances et à leur niveau de littératie en santé (17). Des arbitrages entre priorités de l'existence relèguent néanmoins souvent la santé au second plan. Sur le plan de la santé bucco-dentaire, sans symptôme esthétique ou douloureux, les personnes en situation de précarité n'expriment pas de demande de soins (18). L'absence de besoin ressenti est citée comme motif de non-recours aux soins (19). Les patients vulnérables, devant certains symptômes, réagissent « en les négligeant ou en s'y accoutumant »(20).

Une fois un besoin de soin perçu, se pose la question de la capacité à demander ou à rechercher des soins de santé. Cette dernière est déterminée par l'autonomie de la personne, sa capacité à choisir des soins et sa connaissance des options de soins de santé. (17) Les conditions sociales limitent la capacité des personnes les plus défavorisées à décider et agir pour leur propre intérêt et en particulier pour leur santé, même une fois les besoins en soins perçus. (21)

Satisfaire un besoin en soins perçu implique aussi d'accéder physiquement et en temps opportun à une structure de soins. Les situations sociales complexes déterminent matériellement cette capacité. Les barrières sont multiples et cumulées : horaires d'ouverture des services par rapport aux heures de travail, accessibilité des transports, garde d'enfants pendant les rendez-vous, barrière de la langue... (22) Selon l'enquête Statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee (23), les difficultés d'accessibilité (zone sous-dotée en professionnels de santé) amplifient l'effet de la pauvreté en conditions de vie sur le renoncement aux soins. L'isolement social est également un facteur de risque de renoncement aux soins.

L'accès aux soins bucco-dentaires est impacté par la disponibilité inhomogène en professionnels sur le territoire. L'offre de soins libérale est majoritaire et complétée par quelques structures hospitalières ou communautaires. L'attitude de certains chirurgiens-dentistes rend parfois impossible l'accès aux soins des plus démunis. Une étude réalisée par « testing » a montré que 31,6 % des dentistes parisiens testés étudiants seraient des patients bénéficiaires de la CSS. Dans cette étude, seules des raisons économiques ont été avancées par les praticiens pour expliquer ces discriminations (24). En réponse à ces attitudes discriminatoires, certaines personnes préfèrent ne pas faire valoir leurs droits par crainte d'être stigmatisé ou discriminé (25). Les services hospitaliers d'odontologie accueillent quant à eux une forte proportion de populations vulnérables (26). Mais leur organisation n'est pas toujours adaptée au contexte de vie de ces patients. Les Docteurs AZOGUI-LEVY et ROCHEREAU soulignent que dans les services d'odontologie ayant une mission de formation, l'activité des d'étudiants augmente la durée des traitements, ce qui n'est pas adapté aux besoins des personnes vulnérables. (25)

La satisfaction du besoin en soins est également conditionnée par la capacité financière des personnes à payer les soins de santé et les coûts indirects (transports, garde d'enfants...). En 2017, 3,1% des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine, soit 1,6 million de personnes, ont renoncé à des soins médicaux, selon l'enquête Statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee (23).

Le renoncement aux soins est souvent la conséquence de l'imbrication de multiples facteurs. La pauvreté est néanmoins un déterminant majeur. Ainsi, les personnes ayant renoncé à au moins une consultation ou un examen au cours de l'année écoulée, étaient 2 fois plus nombreuses que les autres à vivre sous le seuil de pauvreté et 3 fois plus souvent pauvres en conditions de vie. En revanche, être couvert par une assurance complémentaire santé préserverait du renoncement aux soins.

Le renoncement aux soins pour raisons financières se rencontre principalement pour l'optique et les soins bucco-dentaires. En 2019, la participation directe des ménages aux dépenses de santé s'élevait à environ 14,3 milliards d'euros, soit 213 euros par an par habitant. Les soins de ville (inclus les soins dentaires) représentaient approximativement 41% de la participation des ménages. La structure du financement des dépenses de santé est très variable selon le poste de dépenses de santé considéré. (27). Les soins dentaires sont majoritairement financés par les organismes complémentaires. En 2019, la part financée par les organismes complémentaires était de 40,3% et le RAC de 21,1%.

Dans un contexte d'incertitude financière, lié au contexte social et à la faible lisibilité des prises en charge du coût des soins dentaires, les patients vulnérables renoncent bien souvent aux soins dentaires avant même d'entrer dans le système de soin. (28)

1.3 Exemple de dispositifs existants pour faciliter l'accès aux soins

1.3.1 Dispositif d'aide à la prise en charge des dépenses de santé

1.3.1.1 *La Complémentaire Santé Solidaire (CSS)*

La Complémentaire Santé Solidaire est un dispositif d'aide à la prise en charge des frais de santé non remboursés par l'Assurance Maladie. Ce dispositif réunit depuis le 1^{er} novembre 2019, les 2 dispositifs préexistants, à savoir : la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

La CSS permet l'accès à une assurance complémentaire santé avec (moins d'un euro par jour et par personne) ou sans contribution financière (Figure 4).

Âge au 1 ^{er} janvier de l'année d'attribution de la Complémentaire santé solidaire	Montant mensuel de la participation financière	Montant annuel de la participation financière
Assuré âgé de 29 ans et moins	8 euros	96 euros
Assuré âgé de 30 à 49 ans	14 euros	168 euros
Assuré âgé de 50 à 59 ans	21 euros	253 euros
Assuré âgé de 60 à 69 ans	25 euros	300 euros
Assuré âgé de 70 ans et plus	30 euros	360 euros

Figure 4 : Contribution financière de la CSS. Source : <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/complementairesantesolidaire.php>

Pour être éligible à la CSS, deux conditions doivent être réunies :

- Bénéficiaire de l'Assurance maladie (PUMa)
- Avoir des ressources inférieures au plafond fixé (Figure 5). Les ressources correspondent à celles perçues durant les douze derniers mois. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le lieu de résidence (Métropole ou DOM-TOM).⁵

Composition du foyer	Plafond annuel de ressources	
	Métropole	DOM
Personne seule	9 203 €	10 243 €
2 personnes	13 805 €	15 364 €
3 personnes	16 565 €	18 437 €
4 personnes	19 326 €	21 510 €
Par personne en plus	3 681 €	4 097 €

Figure 5 : Plafond éligibilité CSS, AME. Source : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A14809>

⁵ Le décret n°2021-1642 simplifiant l'accès à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale

La CSS est accordée pour une durée d'un an et est renouvelable sur demande. Seuls les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ont droit au renouvellement automatique de la Complémentaire santé solidaire ⁶.

Ce dispositif permet de bénéficier, sans avance de frais, d'un large panier de soins. De plus, conformément à l'article L162-5-13 du Code de la Sécurité sociale, les médecins ne peuvent pas facturer de dépassements d'honoraires pour les actes dispensés aux bénéficiaires de la CSS, et cela quel que soit leur secteur (1 ou 2). Pour les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale, les équipements d'optique et les aides auditives, la CSS prend en charge, en sus des tarifs fixés par l'Assurance maladie, des forfaits de prise en charge dont les montants sont fixés par arrêté^{7,8,9}.

1.3.1.2 L'Aide Médicale d'État (AME)

L'AME est un dispositif créé dans le cadre de la lutte contre les exclusions, destiné à permettre l'accès aux soins aux ressortissants étrangers en situation irrégulière et précaire au regard de la réglementation française sur le séjour en France. L'AME est accordée pour un an et est renouvelable sur demande.

Pour être éligible à l'AME, deux conditions doivent être remplies :

- Résider en France de manière irrégulière (sans disposer d'un titre de séjour, d'un récépissé de demande ou de tout document attestant que des démarches pour l'obtention d'un titre de séjour sont en cours) et ininterrompue depuis plus de trois mois ;
- Avoir des ressources inférieures au plafond fixé (Figure 5). Les ressources correspondent à celles perçues durant les douze derniers mois. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le lieu de résidence^{10,11}.

⁶ <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/renouvellement.php>

⁷ Arrêté du 22 mars 2019 relatif aux conditions de prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale

⁸ Arrêté du 27 décembre 2018 relatif aux conditions de prise en charge et à la tarification sociale sur les aides auditives applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé

⁹ Arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux conditions de prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé pour les soins dentaires prothétiques et pour les équipements d'optique médicale

¹⁰ Code de l'action sociale et des familles : articles L251-1 à L251-3

¹¹ Décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat

L'AME est attribuée sans conditions aux enfants mineurs dont les parents sont en situation irrégulière, même lorsque ces derniers n'en bénéficient pas encore ou dépassent le plafond de ressources pour en bénéficier.

L'AME prend en charge à 100%, dans la limite du tarif fixé par l'Assurance maladie, les dépenses de santé liées aux consultations médicales ou dentaires, en ville ou à l'Hôpital, ainsi que les prescriptions : médicaments, analyses et examens biologiques, transports...Les dépassements d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire. Contrairement à la CSS, l'AME ne propose pas de forfait supplémentaire pour la prise en charge des aides auditives, prothèses dentaires et équipements d'optique¹².

Ne sont en revanche pas pris en charge les médicaments princeps dont il existe des médicaments génériques, les médicaments à service médical rendu faible, les actes et produits spécifiques à la procréation médicalement assistée.

Pour les personnes majeures, la prise en charge des prestations programmées non urgentes est conditionnée à un délai d'ancienneté du bénéfice de l'AME de 9 mois. Dans les situations où ces soins ne peuvent attendre, la prise en charge par l'AME est possible après accord préalable du service médical de l'Assurance maladie.

1.3.1.3 Dispositifs des soins urgents et vitaux

Ce dispositif¹³ permet aux étrangers en situation irrégulière sur le territoire français et non éligibles à l'AME, de bénéficier, sans avance de frais, de la prise en charge à 100%, dans la limite des tarifs fixés par l'Assurance maladie, des soins urgents pratiqués dans un établissement de santé (hospitalisation ou soins ambulatoires), ainsi que des médicaments prescrits à l'occasion de ces soins par le médecin de l'établissement.

Plus précisément, il s'agit :

- Des soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne, ou d'un enfant à naître ;
- Des soins destinés à lutter contre propagation d'une maladie ;
- De l'ensemble des soins dispensés à une femme enceinte et au nouveau-né (examens de prévention, accouchement...) ;
- Des interruptions de grossesse (IVG), qu'elles soient pour motifs médicaux ou volontaires.

¹² Liste disponible sur <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents>

¹³ https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/soins_urgents.php

Ce dispositif s'applique aussi aux demandeurs d'asile durant les 3 premiers mois du séjour.

La déclaration des droits de l'homme et du citoyen affirme : « Devant la persécution, toute personne a le droit de chercher asile et de bénéficier de l'asile en d'autres pays ».

L'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), sous le contrôle de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA), accorde aux personnes accueillies en France au titre de l'asile, le statut de réfugié ou celui de la protection subsidiaire¹⁴.

Après 3 mois, la prise en charge des frais de santé s'inscrit dans le cadre de la Protection Universelle Maladie (PUMa). Si les conditions de ressources sont remplies, une demande d'ouverture de la CSS peut être faite.

Pour les mineurs, la prise en charge des frais de santé par l'Assurance maladie se fait sans délai^{15 16}.

1.3.2 Dispositif facilitant l'accès aux soins

1.3.2.1 A l'échelle Nationale

1.3.2.1.1 Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

Pour lutter contre les inégalités sociales en santé, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions sociales du 29 juillet 1998 a créé la permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Ce dispositif visant à faciliter l'accès aux soins des plus démunis sera décrit dans la deuxième partie de ce manuscrit.

1.3.2.1.2 Centre d'examen de santé (CES)

Les CES ont pour mission principale de proposer aux assurés sociaux du régime général de l'Assurance maladie des examens périodiques de prévention (EPS), régis par l'arrêté du 20 juillet 1992.

Selon l'article 2 de cet arrêté, « les organismes d'assurance maladie doivent veiller à offrir ces examens en priorité aux :

¹⁴ Article D512-2 - Code de la sécurité sociale – Demande d'asile

¹⁵ LOI n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile

¹⁶ LOI n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile

- 1° Ayants droit inactifs âgés de plus de seize ans ;
- 2° Demandeurs d'emploi et leurs ayants droit ;
- 3° Personnes affiliées à l'assurance personnelle et leurs ayants droit ;
- 4° Titulaires d'un avantage de retraite ou de préretraite et leurs ayants droit ;
- 5° Autres assurés inactifs et leurs ayants droit ;
- 6° Populations exposées à des risques menaçant leur santé, définies par l'arrêté programme du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires. »

Aujourd'hui, le ciblage des personnes vulnérables dépasse le périmètre de l'article 2 : familles monoparentales, travailleurs pauvres, ...

L'EPS est adapté à l'âge, au sexe, aux risques ainsi qu'au suivi médical habituel des assurés. Il comprend des temps d'échanges avec les différents professionnels du centre : personnel administratif, infirmier, chirurgien-dentiste et médecin avec la réalisation d'exams et d'actions de dépistage ¹⁷.

Outre la conduite des EPS, les CES ont aussi pour objectif de développer l'accès à l'information et l'accompagnement des personnes accueillies pour un meilleur usage de l'offre de soins et de prévention :

- en informant les assurés sur leurs droits et modalités d'accès aux garanties complémentaires spécifiques à leur statut individuel (CSS), et en les aidant à s'orienter dans les systèmes de santé, notamment à l'aide des outils d'information de l'Assurance maladie (Ameli santé et Ameli direct) ;
- en les sensibilisant aux campagnes de prévention (MT'dents, dépistage des cancers, etc.) et aux offres en santé de l'Assurance maladie (PRADO maternité ; SOPHIA, Santé Active).

Le réseau des CES est actuellement constitué d'une centaine de centres répartis dans toutes les régions de France. Ils sont financés par l'Assurance maladie. Chaque année, près de 600 000 personnes bénéficient d'un examen de santé. En 2013, le taux de publics vulnérables sur l'ensemble du réseau était de 55,2%.
(29)

¹⁷ <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages/examen-prevention-sante>

1.3.2.2 A l'échelle Locale

1.3.2.2.1 Le Bus social dentaire

Le Bus social dentaire est un cabinet dentaire mobile qui dispense à titre gratuit des soins dentaires (excepté les soins prothétiques), le plus souvent d'urgence, aux populations en situation de précarité^{18,19}. Il est géré par l'association Bus social dentaire, et fonctionne grâce aux subventions (ARS, Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, CPAM Paris).

Ce bus est né d'un projet pilote initié par le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes en 1995 pour faire face au renoncement aux soins bucco-dentaires, de plus en plus important en France, et notamment en Île-de-France. L'association a été créée en 1996. D'abord localisée sur les Hauts-de-Seine, ce dispositif a été étendu en Seine-Saint-Denis et Paris intra-muros.

Hormis les soins, le bus a pour mission la prévention et l'information sur l'accès aux droits. L'objectif est qu'une fois les soins d'urgence reçus, le patient soit pris en charge par d'autres structures adaptées à sa situation. Parmi les personnes soignées, 60% n'ont pas de droits à l'Assurance maladie ouverts, et seulement 5 % ont une couverture sociale pleine (assurance maladie obligatoire et complémentaire).

Les soins sont assurés par 35 chirurgiens-dentistes bénévoles (en activité ou à la retraite), aidés de deux assistantes dentaires bénévoles. Cette équipe de bénévole est renforcée par des salariés de l'association : assistante dentaire-coordinatrice et coordinatrice sociale parlant plusieurs langues, chauffeur.

Le bus est un cabinet dentaire avec tout le matériel adéquat et une petite salle d'attente pour faire le point sur la situation du patient. Il se déplace tous les jours pour des vacations d'une demi-journée à une journée. Le bus doit disposer d'un endroit stable avec un accès à l'eau et l'électricité. C'est pourquoi les parcours sont planifiés en amont pour que les consultations se fassent dans de bonnes conditions. Ce sont les associations partenaires du bus qui proposent les soins aux personnes qui en besoin.

L'intérêt du bus est d'aller à la rencontre des personnes en situation très difficiles. Sans cette offre de soins mobile, la plupart ne seraient pas soignés.

¹⁸ <https://busdentaire.fr/>

¹⁹ <https://sante-pratique-paris.fr/prevention-a-savoir/bus-social-dentaire/>

1.3.2.2.2 Médecins Solidarité Lille (MSL)

Médecins Solidarité Lille²⁰ est une association médicale loi 1901. Elle a pour mission de soigner toute personne ayant des difficultés financières ou administratives d'accès aux soins.

Le centre accueille, sans rendez-vous, toute personne ayant des difficultés d'accès aux soins.

Un entretien social permet de faire le point sur leur situation et leurs droits, et de les informer, les orienter, voire les accompagner dans le but de leur permettre une réinsertion rapide dans le système de soins de droit commun si cela est possible.

Des consultations médicales et dentaires ainsi que des soins infirmiers sont assurés par des professionnels de santé, majoritairement bénévoles.

MSL assure aussi la régulation médicale de lits d'hébergement provisoire ou de durée plus longue pour assurer des soins aux personnes sans domicile ne pouvant retourner à la rue.

Un bus va également à la rencontre des familles Roms.

1.3.2.2.3 Les contrats locaux de santé

La mise en œuvre du projet régional de santé (PRS) peut faire l'objet de contrats locaux de santé ²¹.

Le contrat local de santé (CLS) est un outil porté conjointement par l'Agence régionale de santé (ARS) et une collectivité territoriale, ayant pour objectifs de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, et de mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.

Ce contrat peut porter sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.²²

²⁰ <http://www.msl-lille.fr>

²¹ <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante>

²² <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante>

2 Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

2.1 Présentation générale

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont été créées à la suite de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998²³. Les PASS sont mises en place par les établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (PRAPS)²⁴. Ces structures ont pour missions d'offrir une prise en charge médico-sociale aux plus démunis et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits de sorte qu'ils accèdent *in fine* à l'offre de soins de droit commun. Elles associent professionnels de santé et travailleurs sociaux (30).

Quatre types de PASS peuvent être distinguées selon leur mode d'organisation²⁵:

- Les PASS Généralistes ou Centralisées : Elles sont gérées par des équipes pluridisciplinaires tant sur le plan médical que social. Elles vont accompagner le patient sur un même lieu, dans une démarche sanitaire, mais aussi administrative pour l'aider à faire ses déclarations, faire valoir ses droits afin de réintégrer le système de soin général ;
- Les PASS Transversales : Elles sont composées exclusivement de professions sanitaires et sociales. Les assistantes sociales sont l'unique point de contact et effectuent le lien dans les hôpitaux avec les différentes unités de soins. En plus des activités sociales, les activités médicales sont séparées et non centralisées, ce qui rend les soins difficiles.
- Les PASS Spécialisées : Elles vont prendre en charge les personnes qui ont besoin de soins spécifiques, dans les domaines psychiatrique, bucco-dentaires ou encore dermatologique.
- Les PASS-mobiles ou PASS-hors les murs : Elles vont avoir un rôle de prévention en se déplaçant dans les hôpitaux et les associations.

Les PASS sont financées par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)²⁶.

²³ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

²⁴ Article L6112-6 du Code de la santé publique

²⁵ https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste_20130007_0000_0078.pdf

²⁶ Article D162-7 du Code de la sécurité sociale

Les directeurs des établissements de santé affectent les moyens aux PASS, sous le contrôle de l'Agence régionale de santé (ARS)²⁷.

Le budget alloué intègre l'ensemble des frais liés à l'activité de la structure : frais de personnel, de prise en charge et d'accompagnement, examens médicaux, dépenses pharmaceutiques, interprétariat, etc. Son montant est fixé selon les indicateurs déclarés par les établissements de santé. Les ARS vérifient, pour chaque PASS, l'adéquation entre l'activité (mesurée par le nombre de patients accueillis), et le montant de leur dotation.

Le montant minimal requis pour une PASS généraliste s'établit à 50 000 euros. Au regard de ce budget annuel minimal, le nombre minimal de patients accueillis (quelle que soit la prise en charge effectuée) doit être de l'ordre de 100. Si la structure reçoit 1000 patients par an, la dotation annuelle peut atteindre 450 000 euros (Figure 6).

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

Figure 6 : Budget annuel alloué aux PASS selon le nombre de patients accueillis

Source : Ministère des affaires sociales et de la santé, CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

La dotation MIGAC attribuée au financement des PASS s'élevait à 55 millions d'euros en 2013 (24).

2.2 Les PASS du Nord-Pas-de-Calais

2.2.1 Cartographie des PASS

En 2015, le Nord-Pas-de-Calais comptait 26 PASS dont 19 dans le Nord et 7 dans le Pas-de-Calais (Figure 7). La majorité étaient des PASS généralistes, 5 étaient spécialisées :

- 3 pour la prise en charge psychiatrique (Armentières, Saint-André-lez-Lille, Cambrai-Le Cateau)
- 2 pour la prise en charge bucco-dentaire
 - o Douai : La PASS de Douai a une double qualification. Il s'agit d'une PASS généraliste, mais aussi d'une PASS spécialisée buccodentaire. Elle est intégrée au service des urgences du Centre

²⁷ <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>

- une salle de consultation bucco-dentaire équipée d'un fauteuil dentaire (Figure 9).



Figure 8 : Les locaux de la PASS vue de l'extérieur. Source : Photographie personnelle



Figure 9 : Photo de la salle de soins de la PASS Source : Photographie personnelle

2.2.2.2 L'équipe

Le Dr ELMOUDEN est le chef de service de la PASS.

Au 31/08/2022, l'équipe de la PASS était composée de :

- Une secrétaire
- Un interprète : Il est d'une aide indispensable pour gérer l'intégration des patients venant des quatre coins de l'Afrique. Il parle sept langues, celles les plus rencontrées au sein de la population migrante actuelle (français, anglais, arabe,

pachtou, farci, perse et russe). Des services de traduction téléphonique sont aussi disponibles par l'intermédiaire de l'hôpital en cas de besoin.

- Un infirmier de soins généraux à temps plein, si besoin il pourra être aidé par d'autres infirmiers des urgences de l'hôpital
- Une assistante sociale
- Une psychologue
- Une cadre de santé, responsable aussi du service des urgences
- Deux médecins généraux, dont le Dr ELMOUDEN
- Deux chirurgiens-dentistes, le Dr ANDRÉ et le Dr ZÈGRE-LERAY.

En cas de fermeture, le service d'accueil des urgences peut répondre temporairement aux besoins des patients.

2.2.2.3 L'offre de prise en charge

La PASS offre :

- Des consultations médicales avec, à l'issue, soins infirmiers et délivrance de médicaments le cas échéant, de 9 h 30 à 12 h 30 et de 13 h à 17 h du lundi au vendredi ;
- Une aide sociale sous forme de permanences les lundis, mercredis et vendredis après-midi ;
- Des consultations bucco-dentaires les lundis ou mardis matin, de 9 h à 12 h avec un maximum de 10 consultations par matinée. Les patients sont accueillis à partir de 8 h et sont pris en charge par ordre d'arrivée. La PASS offre majoritairement une prise en charge d'urgence. La continuité des soins peut dans certains cas être assurée. Les actes réalisés sont principalement des avulsions dentaires, des reconstitutions par matériau inséré en phase plastique (amalgame, composite depuis peu), et plus rarement des traitements endodontiques. Aucune réhabilitation prothétique (fixe ou amovible) n'est proposée.

2.2.2.4 Le public accueilli

La région du Nord-Pas-De-Calais recense une grande partie des villes les plus pauvres de France (31). La PASS répond donc à la demande des habitants de proximité en situation de précarité mais accueille majoritairement des migrants (98% des patients ²⁹). Depuis les années 1990, le Calais connaît une crise migratoire importante. De par sa localisation proche de l'Angleterre, de nombreux réfugiés s'y rapprochent pour traverser la manche (**Annexe 1**).

²⁹ Recueilli au cours de l'interview avec le Dr ELMOUDEN – Chef de service de la PASS de Calais.

2.2.2.5 Le tissu associatif autour de la PASS

La PASS de Calais permet, en partie avec les associations sur le terrain, de palier à la précarité sanitaire des migrants.

Le démantèlement de la jungle de Calais en 2016 a dispersé la plupart des migrants dans des camps temporaires et illégaux entre Grande-Synthe et Boulogne-sur-Mer, compliquant l'accès à la PASS de Calais.

Le relai par les associations pouvant se déplacer sur le terrain est de ce fait très important.

Parmi les associations travaillant en lien avec la PASS, on peut citer :

- Médecin du Monde et la Croix Rouge

Depuis le démantèlement de la « jungle », ces associations sont présentes sur le littoral pour aider les personnes directement sur leur lieu de vie. Elles réalisent des actions de médiation, de prévention et d'éducation à la santé. Elles orientent très régulièrement les patients à la PASS ou à l'hôpital. Ces associations à but non lucratif sont financées par leurs fonds propres (dons, legs, etc.) ainsi que par des subventions de l'État (communes, départements, régions, ARS, etc.) ;

- Gynécologie Sans Frontière (GSF)

Cette association réalise une prise en charge médico-sociale des femmes et des enfants migrants par le biais d'actions de prévention, de consultation et de suivi des femmes. Elle est présente dans les camps depuis 2015 ;

- L'Auberge des Migrants

Leurs équipes préparent et distribuent des dons alimentaires et matériels depuis leur entrepôt de Calais. Jusqu'à 900 repas par jour sont distribués. L'organisation de collecte et distribution de vêtements chauds, de chaussures, de couvertures et de sacs de couchage est mise en place pour aider les migrants à se protéger des intempéries. L'entrepôt de l'auberge des migrants accueille désormais 7 associations qui bénéficient de soutien logistique et juridique ;

- Utopia 56

C'est une association d'aide aux exilés qui permet un accompagnement social, juridique et matériel. Elle est localisée dans la structure de L'Auberge des migrants de Calais. Sur le plan sanitaire, elle coordonne le transport des migrants jusqu'aux structures de soins tels que la PASS ou l'hôpital. Elle est un réel lien entre les structures médicales et les associations. Son financement est exclusivement fait de dons de particuliers.

3 Création d'une capsule vidéo présentant la PASS de Calais

3.1 Objectif

L'UE Santé publique orale, organisée en 4^e année des études odontologiques, a pour objectif principal la sensibilisation des étudiants à la problématique de l'accès aux soins des personnes à besoins spécifiques en santé orale.

Dans ce cadre, un enseignement dédié aux personnes en situation de précarité est dispensé. Depuis l'année 2020-21, il s'agit d'un enseignement en ligne reposant sur la mise à disposition de contenu pédagogique via la plateforme Moodle.

À l'issue de cet enseignement, les étudiants doivent être capables :

- de repérer les situations de précarité sociale,
- d'expliquer l'impact de ces situations sur la santé bucco-dentaire,
- d'énoncer les dispositifs de recours aux soins bucco-dentaires dans les situations de précarité.

L'objectif de ce travail était de créer une capsule vidéo venant compléter cet enseignement et ayant pour objectifs de présenter les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au travers de la PASS bucco-dentaire de Calais, et de faire découvrir aux étudiants ce modèle d'organisation des soins, en espérant *in fine* susciter « des vocations ».

3.2 Demande d'autorisation

Ce projet de capsule vidéo a été initialement présenté au Dr ANDRE, puis au Chef de service et à la cadre de santé de la PASS. Ce projet a reçu un accueil chaleureux.

Une demande d'autorisation a donc été faite auprès de la direction du CH de Calais pour obtenir le droit de filmer dans les locaux de la PASS. (**Annexe 2**)

3.3 Matériel et Méthode

3.3.1 Rédaction du scénario

Le scénario vise à détailler les personnages, les dialogues, les plans à tourner et leur enchaînement en post-production.

Pour construire le scénario, nous nous sommes inspirés d'une vidéo de présentation de la PASS de Marseille ³⁰.

Le scénario est composé de 6 plans :

- 1^{er} plan :

Introduction de la vidéo en face caméra

- 2^e plan :

Arrivée au niveau des locaux de la PASS, accompagnée de la première voix off

- 3^e plan :

Face caméra, interview du Dr ELMOUDEN, le chef de service, dans une salle isolée

- 4^e plan :

Arrivée dans le cabinet dentaire, accompagnée de la deuxième voix off

- 5^e plan :

Face caméra, interview du Dr ZÈGRE-LERAY

- 6^e plan :

Avancée vers la sortie des locaux, accompagnée de la troisième voix off.

3.3.2 Rédaction de la voix off

La voix off intervient à différents moments en appui des plans pris dans les locaux de la PASS.

Première voix off :

« Les permanences d'accès aux soins de santé ont été créées à la suite de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998. Ce sont des structures mises en place au sein des établissements de santé pour offrir une prise en charge médico-sociale aux plus démunis et les accompagner dans les démarches de sorte qu'ils accèdent in fine à l'offre de soins de droit commun. Les PASS fournissent un accès au sens large : consultation médicale, délivrance de médicaments, vaccination. Certaines comme celle de Calais fournissent aussi des soins dentaires. »

³⁰ <https://www.youtube.com/watch?v=jPxOpn8jo5M>

Deuxième voix off :

« Dans cette salle de soins, est aménagé un cabinet dentaire. Le Dr ANDRÉ et le Dr ZÈGRE-LERAY sont les deux seuls chirurgiens-dentistes y travaillant, elles se partagent 4 demi-journées par mois. L'activité est majoritairement orientée vers la prise en charge des urgences dentaires, mais des soins programmés peuvent également être réalisés. »

Troisième voix off :

« C'est grâce à une équipe pluridisciplinaire complémentaire qu'une infrastructure comme celle-ci est fonctionnelle. Elle repose sur un secrétariat, un interprète, des infirmiers, des assistants sociaux, un psychologue, des médecins et deux chirurgiens-dentistes. Sans eux, rien ne serait possible. »

3.3.3 Préparation des entretiens

De manière à préparer les interviews des Dr ELMOUDEN et ZÈGRE-LERAY et notamment à cibler les questions à poser pour *in fine* répondre aux interrogations des étudiants sur ce modèle d'organisation des soins, quelques étudiants volontaires en 6^e année des études odontologiques à la Faculté de chirurgie dentaire de Lille ont été interrogés.

Les interviews ont été préparées en amont, avec les questions revenant le plus afin de rendre les entretiens profitables.

Script Interview du Dr ELMOUDEN :

- Pouvez-vous nous expliquer le rôle de la PASS de Calais ?
- Cette PASS est-elle généraliste ou spécialisée ?
- Quelle est sa date de création ?
- Quel est le profil des personnes accueillies ?
- Quels sont les services proposés ? (Interprétariat, distribution de médicaments, consultation buccodentaire)
- Quels professionnels composent l'équipe ?
- Comment fonctionne son financement ?

Script Interview du Dr ZÈGRE-LERAY

- Pouvez-vous en quelques mots vous présenter ?
 - Chirurgien-dentiste depuis combien de temps ?
 - Exercice en cabinet de ville ?
 - Impliquée à la PASS depuis combien de temps ? qu'est-ce qui vous a incitée à venir travailler en PASS ?
- Comment fonctionne la PASS buccodentaire de Calais ?

- Parcours patient ?
 - Besoins en soins ?
 - Quels types de soins sont dispensés ?
- En quoi votre activité au sein de la PASS vous plait-elle ?
- Utilité sociale ?
 - Équipe pluridisciplinaire ?
- Aimeriez-vous changer certaines choses au sein de la PASS ? Quelles sont les limites que vous rencontrez au quotidien ? Êtes-vous parfois découragée ?
- Si vous pouviez partager votre expérience avec des étudiants, que leur diriez-vous ?

3.3.4 Prises de vues

3.3.4.1 Au sein de la PASS

Dans un premier temps, ont été effectués la prise des plans au sein de la PASS et des interviews des praticiens.

Ces plans ont été tournés sur 3 jours, choisis en concertation avec l'équipe de la PASS.

Dans le respect du droit à l'image, les praticiens interviewés ont formulé leur accord pour les prises de vue et leur utilisation à des fins pédagogiques au moyen du formulaire dédié du CH de Calais (**Annexe 3**).

Le matériel utilisé était le suivant :

- Un « Kit mojo », de type journalisme mobile, avec un Iphone (Figure 10) ;



Figure 10 : « Kit mojo » utilisé pour filmer les locaux de la PASS.
Source : https://m.media-amazon.com/images/I/617eDc3In3S._AC_SL1500_.jpg

- Un trépied a été utilisé pour stabiliser la video lors des interviews en face caméra (Figure 11) ;



Figure 11 : Trépied utilisé pour tourner les interviews. Source : Photographie personnelle

- Un enregistreur « H1n » de « Handy recorder », qui lui-même était équipé d'un micro « Rode », pour l'enregistrement audio des interviews (Figure 12).



Figure 12 : Enregistreur utilisé pour recueillir le son des interviews. Source : Photographie personnelle

3.3.4.2 Tournage de la voix off et de l'introduction face caméra

Le tournage de l'introduction face caméra ainsi que l'enregistrement de la voix off a été réalisé dans un second temps, avec l'aide de Madame Nathalie Fourcy du Service audiovisuel de la DGD Num (Direction générale Numérique) de l'Université de Lille.

Ces enregistrements ont été réalisés avec du matériel professionnel sur le plateau de tournage et dans le studio de la DGD Num situés Cité scientifique, bâtiment CRPM, avenue Paul Langevin à Villeneuve d'Ascq.

3.3.5 Post-production

3.3.5.1 Montage des plans tournés dans les locaux de la PASS

Un premier montage des plans tournés au sein de la PASS et des interviews a été réalisé à l'aide du logiciel « Imovie » de chez « Apple ».

Le découpage et le montage des séquences ont été réalisés de manière à produire une capsule video d'une durée d'environ 5 minutes.

La Figure 13 illustre le découpage et le montage des séquences video et audio.

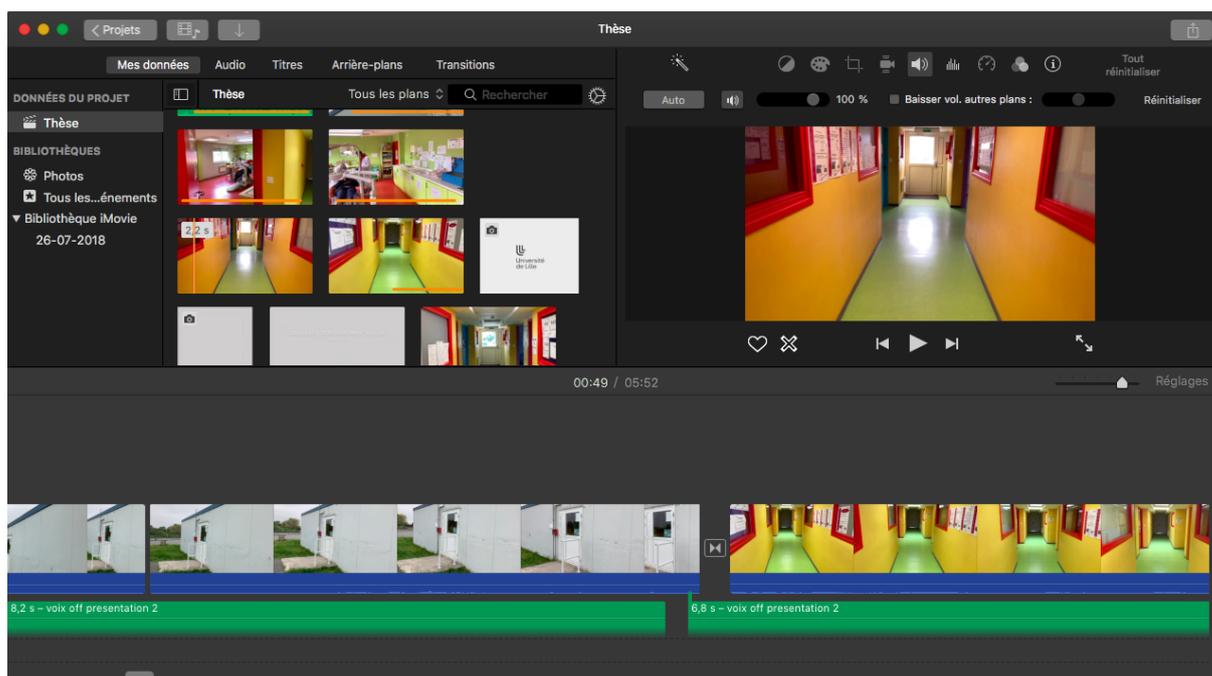


Figure 13 : Illustration du montage au moyen du logiciel « Imovie ». Source : Photographie personnelle

3.3.5.2 Sous titrage des interviews

Toujours à l'aide de l'outil « Imovie », le sous-titrage des interviews a été inséré afin qu'elles soient plus compréhensibles.

La Figure 14 illustre les différentes découpes de plan pour intégrer le texte en fonction des temps de parole et de pause. L'enjeu était que ça ne soit pas décalé lors du visionnage et que ça ne défile pas trop rapidement pour le public.



Figure 14 : Insertion des sous titres. Source : Photographie personnelle

3.3.5.3 Finalisation de la capsule vidéo

Dans un second temps, le service de la DGD Num (Direction générale numérique) a été sollicité pour finaliser la capsule vidéo, pour réaliser le montage final. Cette post-production a entièrement été réalisée par Nathalie FOURCY du service audiovisuel de la DGD Num.

Le montage permet de mettre en avant les informations importantes et de développer ce qui se passe à l'écran. La post-production demande beaucoup de temps et il faut savoir être patient pour obtenir un travail de qualité.

3.3.6 Hébergement de la capsule vidéo

La capsule vidéo finalisée est hébergée sur Lille.POD, une plateforme dépendante de l'Université avec la Licence Créative Commons (CC) BY-NC-ND (la licence stipule que l'œuvre peut être utilisée à l'identique (ND) à des fins non commerciales (NC) et que son auteur doit être cité (BY)).

Un lien renvoyant vers la plateforme POD sera indiqué dans l'onglet de la plateforme pédagogique Moodle dédié à l'enseignement.

Conclusion

Selon la Circulaire DGS / SD6D n° 2002/ 100 du 19 février 2002 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation de précarité (PRAPS), de nombreux rapports³¹ émettent que le système des PASS est l'une des rares unités inscrites dans le service public répondant presque pleinement aux objectifs que s'est donné le Haut Comité de Santé Publique. L'exemple de la PASS de Marseille et de sa périphérie illustre le succès de dispositif. Les 6 structures hospitalières qui le composent : une PASS médico-sociale généraliste disposant d'un plateau technique, une PASS dentaire, deux PASS sociales, une PASS psychiatrique et une PASS mobile gynécologique, sont toutes saturées en termes de capacité d'accueil (35).

En 2014, une étude collaborative entre le collectif PASS et l'agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (ANAP) a été conduite de manière à objectiver la performance des PASS et d'en identifier les facteurs explicatifs (36).

Les acteurs des PASS interrogés ont rapporté que le travail en PASS impose de faire face à des difficultés multiples, concernant les spécificités des patients reçus (problématiques médicales multiples et intriquées à des problématiques psychosociales chez des patients peu médicalisés), les conditions de travail (moyens insuffisants, locaux exigus, effectif insuffisant) et le peu de reconnaissance.

Dans cet article (36), les auteurs rappellent un point essentiel, le caractère primordial de la place de l'humain dans la relation de soins, qui est mis en œuvre par l'exercice des PASS. Ils nous rappellent aussi qu'en France l'hôpital public est un lieu d'accueil de la pauvreté, et de la misère depuis des décennies. Cette histoire est portée par les acteurs des PASS qui aujourd'hui encore perpétuent ces valeurs et offrent à ceux qui en ont le plus besoin une meilleure accessibilité au système de santé en instaurant une relation chaleureuse et rassurante essentielle à la prise en charge de ces populations.

L'exercice en PASS peut faire l'objet d'un *a priori* négatif, et n'est pas ou peu connue par les professionnels de santé. La présentation de ces dispositifs dans les cursus de formation est indispensable pour soutenir leur existence, c'est ce qui a été souhaité dans ce travail par la création d'une capsule vidéo consacrée à la PASS de Calais. Cette vidéo pourra être complétée pour ceux qui le souhaitent par le documentaire, « Les soignants de l'exil », réalisé par Chloé Tisserand en 2019, hébergé chez Les Docs du Nord.

³¹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite/article/precarite-acces-aux-soins>

Bibliographie :

1. GEERAERT J, RIVOLIER E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité [en ligne]. 2014. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01100057/document> (consulté le 04/08/2022).
2. CHABRION N, DELAITRE J, GUILLAUD C, ROUZIC SL, MAILLET C, MATULIC S, et al. La santé dans toutes les politiques à l'échelle locale : quelle contribution de l'animation territoriale en Bretagne ? Module interprofessionnel de santé publique : 2018 ; 55.
3. TROHEL G, SOLER M, CHAUVIN P, Olivier GRIMAUD O. Socio-Economic Determinants of the Need for Dental Care in Adults [en ligne]. 2016. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0158842> (consulté le 23/05/2022)
4. MADEC P. Budget 2019 : du pouvoir d'achat mais du déficit. Paris : Science Po ofce working paper, 2019, 36 p.
5. BRODIEZ-DOLINO A. Le concept de vulnérabilité. Paris : La vie des idées, 2016, 10 p.
6. GLOUKOVIEZOFF G. La pauvreté dans les sociétés financiarisées. In : Regards Croisés Sur Léconomie. Paris, La decouverte, 2008:117-27.
7. LAMARQUE G. L'Exclusion. Paris, Presse universitaire de France, 1995, 136 p. (Que sais-je ?)
8. WRESINSKI J. Enrayer la reproduction de la grande pauvreté. In : Rapport de M. Joseph Wresinski à M. Michel Rocard, Ministre du Plan et de l'Aménagement du Territoire. Paris, 1983 : 20p.
9. MOULIN JJ, DAUPHINIT 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. In : Bulletin épidémiologique hebdomadaire. France, 2005 : 4p.
10. LABBÉ É, MOULIN JJ, GUÉGUEN R, SASS C, CHATAIN C, GERBAUD L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. L'expérience des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie. In : La revue de l'Ires. 2007 : 3-49.
11. CASTEL R. Les Métamorphoses de la question sociale : Une chronique du salariat. France, Fayard, 2014 : 301 p.
12. CASTEL R, AUTRÈS M, SASSIER M, L'exclusion : définir pour en finir [en ligne]. 2022 Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/exclusion-definir-pour-en-finir> (consulté le 27/09/2022).
13. LOISY C. Pauvreté, précarité, exclusion. Définitions et concepts. In : Travaux de L'Observatoire Nationale de la pauvreté et de l'exclusion. Soc Paris Doc Fr. 2000 ; 30p.
14. MENVIELLE G, LANG T. Les inégalités sociales de santé : vingt ans

- d'évolution. In : Actualité et dossier en santé publique, 2021 : 113.
15. MENVIELLE G, LANG T. Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution. In : Actualité et dossier en santé publique, 2010, 73.
 16. LEVESQUE J-F, RUSSEL G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. In : International Journal for Equity In Health. 2013. 18.
 17. PILABRÉ P. Accès aux soins de santé : expériences de migrants sans assurance maladie à Montréal, Canada. Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise, en administration des services de santé, option santé modiale. 2018 : 91p.
 18. GILEBRT G, SHELTON B, CHAVERS L, BRADAFORD E. The Paradox of Dental Need in a Population-Based Study of Dentate Adults. In : Medical Care. 2003 :119-34.
 19. CHAUVIN P, PARIZOT I. Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens. Paris, Les éditions de la DIV. 2007 ; 78-80.
 20. DESPRÉS C, DOURGNON P, FANTIN R, JUSOT F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. In : Questions d'économie de la santé, France, 2011; 6p.
 21. PELLET J, COMBES P, GAILLARD M. A score for measurement of the role of social vulnerability in decisions on abortion [en ligne]. 2004. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211504002611> (consulté le 08/07/2022)
 22. WEYERS S, RAGANOR N, MOBUS S, BECK E, STANG A, et al. Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: results from the Heinz Nixdorf Recall Study. In : International Journal for Equity in Health. 2008 : 13.
 23. LENGART F, BAUER-EUBRIET V. Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. In : etude et recherche, Dress. 2021, 8p.
 24. DESPRÉS C, COURALET P. Situation testing: The case of health care refusal. In : Revue d'épidémiologie Santé Publique. 2011:77-89.
 25. AZOGUI-LEVY S, ROCHEREAU T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire : Exploitation de l'enquête « santé et protection sociale » 2000. In : Questions d'économie de la santé, France, 2005 :1-8.
 26. ROGER-LEROI V, LALÉCHÈRE-LESTRADE C. Caractéristiques des patients ayant recours à l'unité d'urgence odontologique du CHU de Clermont-Ferrand (France) [en ligne]. 2007. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0398762007000867> [consulté le 08/07/2022].
 27. DESPRÉS C, DOURGNON P, FANTIN R, JUSOT F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. In : Questions d'économie de la santé, 2011; 6p.
 27. MARC C, HÉAM J, MIKOU M, PORTELA M. Les dépenses de santé en

- 2019 – Résultats des comptes de la santé – 2020. [Dress]. In : Humanitaire. Paris, France: Médecins du monde; 2004. 144 p.
28. DESPRES C, DOURGNON P, FANTIN R, JUSOT F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. In : Questions d'économie de la santé. 2011; 169p.
30. Rapport 17-05. Précarité, pauvreté et santé – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [en ligne]. 2017. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/precarite-pauvrete-et-sante/> [consulté le 26/09/2022].
31. LÉON O. Pauvreté: différents profils de régions et départements. In : La France et ses régions -Insee. 2010 ; 18-28.
32. BOUAGGA Y, PETTE M. L'aide aux migrants à Calais. In : Observatoire de France Volontaires. 2017;23.
33. AGIER M. La Jungle de Calais. Paris : Presses Universitaires de France; 2018. 176 p.
34. GEISSER V. La Manche, nouvelle nécropole des migrants et de nos idéaux européens, mais qui sont les fossoyeurs ? [en ligne]. 2021. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-03503292> (consulté le 22/01/2022).
35. HALFORD A. Accès aux soins primaires chez les patients précaires : à propos d'une permanence d'accès aux soins de santé de ville à Marseille [Thèse en ligne] Aix-Marseille Université. Faculté de médecine ; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02518580> [consulté le 02/01/2022].
36. COUTRON C, GEORGES-TARRAGANO C, ASTRE H, TAJAHAMDY A. Penser des modèles innovants d'organisation des soins. In : Soigner (l')humain [en ligne]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2015 ; Disponible sur: <https://www.cairn.info/soigner-l-humain--9782810903962-p-253.htm> [consulté le 26/09/2022].

Annexe 1 : Résumé du contexte migratoire de Calais

Les premiers exilés qui ont rejoint Calais venaient du Kosovo, d'Irak ou des anciens pays de l'Europe de l'Est. (32) Ils veulent rejoindre le Royaume-Uni, le marché du travail y est plus accessible, les Anglais sont moins regardants sur les papiers, et de plus, les migrants y ont déjà des attaches communautaires, ce qui va faciliter leur intégration. Le regroupement d'un grand nombre de personnes, avec la création de camps de transit avant qu'ils puissent se rendre sur le sol anglais, aboutit donc à une grande demande de soins pour des personnes en situation de précarité extrême.

En 1999, la Croix-Rouge française ouvre le premier camp qui se trouve à Sangatte. C'est un immense hangar, dont la capacité initiale est de 200 personnes, mais on pourra recenser 1600 personnes à l'intérieur. (32) L'objectif était de servir de transit en attendant les autorisations nécessaires pour rejoindre la Grande-Bretagne ; mais les modalités d'attribution du droit d'asile outre-manche sont de plus en plus strictes, et les migrants s'entassaient dans des conditions dramatiques.

En 2014, la situation se corse. Des micro-jungles apparaissent, y compris en centre-ville. Plusieurs camps sont démantelés pour des raisons sanitaires. C'est en 2015 que le pic de crise migratoire va être atteint. Cette année-là, plus d'un million de migrants arrivent en Europe, la plupart venus de Syrie, d'Afghanistan, d'Irak ou d'Érythrée. (33)

En parallèle, une lutte contre les franchissements illégaux de frontière s'intensifie. Un renforcement technologico-sécuritaire est mis en place, en majeure partie financé par l'Angleterre, avec des murs barbelés, des radars, des détecteurs de CO2 pour la détection de présence dans les camions. La France était sous pression du Royaume-Uni, qui menaçait de faire jouer la concurrence avec les ports belges au détriment de Calais si les contrôles n'étaient pas assurés.

La Jungle compte alors jusqu'à près de 9 000 personnes, selon les associations. Des rixes entre réfugiés éclatent parfois, une hausse de l'insécurité est présente, ainsi qu'une précarité sanitaire élevée. De nombreuses associations se mobilisent pour leur venir en aide et qu'ils soient dans les conditions les plus humaines possibles. La jungle est finalement évacuée et détruite en octobre 2016, et les migrants évacués vers 450 centres partout en France. (33)

Depuis, les autorités locales mènent une lutte contre les regroupements, en les délogeant systématiquement, les tentes et biens sont saisis sur place. (34) Ces dernières années, le passage vers le Royaume-Uni a évolué. Les migrants ont dû s'adapter face à la sécurisation de la voie routière et la surveillance des ferrys. Ils vont opter pour l'option de la traversée de la Manche à bord de « small boats ». Ce sont des petites embarcations pneumatiques dotés de moteurs thermiques. Plus de 31 500 traversées ont été dénombrées par la préfecture maritime en 2021. « *Le covid-19, en diminuant les trafics routiers et maritimes, a*

intensifié les départs à bord des embarcations des passeurs », note Virginie Guiraudon. « Le prix du transfert a augmenté, selon certains témoignages, il peut atteindre des sommes supérieures à 6 000 euros ». Il y a souvent des drames comme le 24 novembre 2021, 27 migrants ont perdu la vie lors d'un naufrage dans la Manche. (34)

Annexe 2 : Autorisation de filmer dans les locaux du CH de CALAIS



ATTESTATION

Je soussignée, Madame Caroline HENNION, Directrice du Centre Hospitalier de Calais, autorise Monsieur Julien PIERCHON, étudiant en sixième année de chirurgie dentaire, à filmer les locaux de la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) ainsi que les professionnels y travaillant, sous réserve de leurs accords, afin de réaliser un film pédagogique transmis aux élèves de la Faculté dentaire de Lille.

Délivré à l'intéressé pour faire valoir ce que de droit,

Fait à Calais, le 6 avril 2022.


Caroline HENNION
Directrice Générale

Annexe 3: Autorisation droit à l'image



Autorisation d'utilisation d'images

Je soussigné(e),....., domicilié(e)
à....., représentant(e) légal(e)
deaccorde aux
représentants du service Communication du Centre Hospitalier de Calais, la
permission permanente de publier les photographies et/ou vidéos me concernant.
Ces images peuvent exploitées, sous quelques formes que ce soit, dans les supports
de communication du Centre Hospitalier de Calais : livrets d'accueils, journal
interne, réseaux sociaux, site internet et autres supports à venir.

Fait à....., le.....

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille : Année [2022] –

Création d'une capsule vidéo présentant la PASS de Calais pour sensibiliser les étudiants à l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de précarité / **Julien PIERCHON**. - p. 39 : ill. 14 ; réf. 36.

Domaines : Santé Publique

Mots clés Libres : Permanence d'accès aux soins de santé – Précarité – Accès aux soins - Calais

Résumé de la thèse en français

La précarité est un phénomène multidimensionnel de plus en plus présent dans notre société. Elle concerne différentes catégories de populations et touches plusieurs domaines (ressources, cultures, état de santé et accès aux soins).

Pour réduire les inégalités sociales dans le domaine de la santé, les Permanences d'accès aux soins de santé ont vu le jour, il y a environ une vingtaine d'année. Ces structures ont pour missions d'offrir une prise en charge médico-sociale aux plus démunis et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits de sorte qu'ils accèdent *in fine* à l'offre de soins de droit commun.

L'exercice en PASS peut faire l'objet d'un *a priori* négatif, et n'est pas ou peu connue par les professionnels de santé.

Ce travail avait pour finalité la réalisation d'une capsule vidéo afin de présenter les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) aux étudiants en 4^e année des études odontologiques à la Faculté de Lille, au travers de la PASS bucco-dentaire de Calais, et de leur faire découvrir ce modèle d'organisation des soins, en espérant *in fine* susciter « des vocations ».

JURY :

Président : Pr T. COLARD

Assesseurs : Dr C. CATTEAU
Dr A. de BROUCKER
Dr. T. QUENESSON