

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018

N°

**THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE**

Titre : Devenir des patients consultant à la PASS
de l'Hôpital Henri MONDOR

Présentée et soutenue publiquement
le 23 Mai 2018

Par

VICIANA Marie

Née le 26 Mars 1988 à Noisy le Grand

Dirigée par le Docteur Isabelle ROUSTANG

Jury :

M. Le Professeur Benoît VIVIEN, Praticien hospitalier et Professeur des universités, Président

M. Le Professeur Robert SOURZAC Maître de Conférence associé,

M. Le Professeur Mehdi KHELLAF, Praticien hospitalier et Professeur des universités

Mme Le Docteur Isabelle ROUSTANG, Praticien Hospitalier

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
INTRODUCTION	5
1. Cadre légal, historique, définitions autour des inégalités de santé	6
1. Définitions	
2. Déterminants de santé	
3. Conséquences des inégalités de santé	
4. Constats	
5. Historique des décisions prises en France	
6. CMU, AME, PUMA : Quid ?	
2. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	14
1. Création et cadre légal	
2. Différents types de PASS	
3. Missions des PASS	
4. Personnels travaillant dans les PASS	
5. Populations consultant au sein de la PASS	
6. Financement spécifique	
3. La PASS médicale dédiée de l'hôpital Henri MONDOR	18
1. Présentation générale	
2. Particularités de la population consultant en 2016	
3. Prise en charge sociale	
4. Liaison avec la ville : l'état de la question	21

5. Etude	24
1. Objectif	
2. Méthodes	
3. Résultats	
4. Discussion	
5. Conclusion	
 BIBLIOGRAPHIE	 42
 ANNEXE 1	 46

REMERCIEMENTS

Au Docteur Isabelle ROUSTANG, pour son temps, son inspiration et sa bienveillance,
Au Professeur Mehdi KHELLAF, pour son aide et sa capacité à croire en moi et pour m'avoir fait découvrir une passion : la Médecine d'Urgence,
A mes parents, pour leur soutien et leurs relectures,
A Vianney, pour m'avoir écouté râler pendant 1 an et continuer à m'aimer,
A Sarah PALIGADU et Monique CHAUPARD, pour avoir accepté de passer l'été avec moi,
A Alexis ARDOIN, pour son aide sur les analyses statistiques et la mise en place de la méthode,
A Catherine ARKHIPOVA, pour m'avoir aidé à réfléchir sur la méthode,
Aux Professeurs Benoit VIVIEN et Robert SOURZAC pour leur contribution,
A tous ceux qui m'ont demandé ce qu'était la PASS, ce qui m'a permis d'apprendre à bien l'expliquer,

Au Docteur Samuel DAHAN, mon médecin de famille dans l'enfance, mon premier modèle, sans qui je n'aurais jamais été médecin ...

INTRODUCTION

La loi d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998 créa la Couverture Maladie Universelle (CMU) et l'Aide Médicale d'État (AME) qui devaient faire accéder toute la population à une couverture maladie et aux soins.

Malgré une législation qui s'est beaucoup étoffée à ce jour, l'accès aux soins reste un droit menacé.

Les patients les plus démunis font face à des démarches administratives complexes, parfois à une stigmatisation de la part de l'administration et de soignants. De plus, leurs conditions de vie difficiles les éloignent d'un système de soins classique, ce qui entraîne souvent des soins plus tardifs.

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont pour objectifs :

- de permettre l'accès aux soins aux personnes en situation précaire, qui n'ont pas de couverture médicale sociale. Elles en assurent les soins de premier recours ;
- d'assister les patients dans leurs démarches médico-sociales ;
- et de les orienter ensuite vers le système de soins classique.

L'accès au système de système de santé de droit commun facilite l'intégration dans la société, la possibilité d'exister en face de l'autre, de se reconnaître « comme tout le monde ».

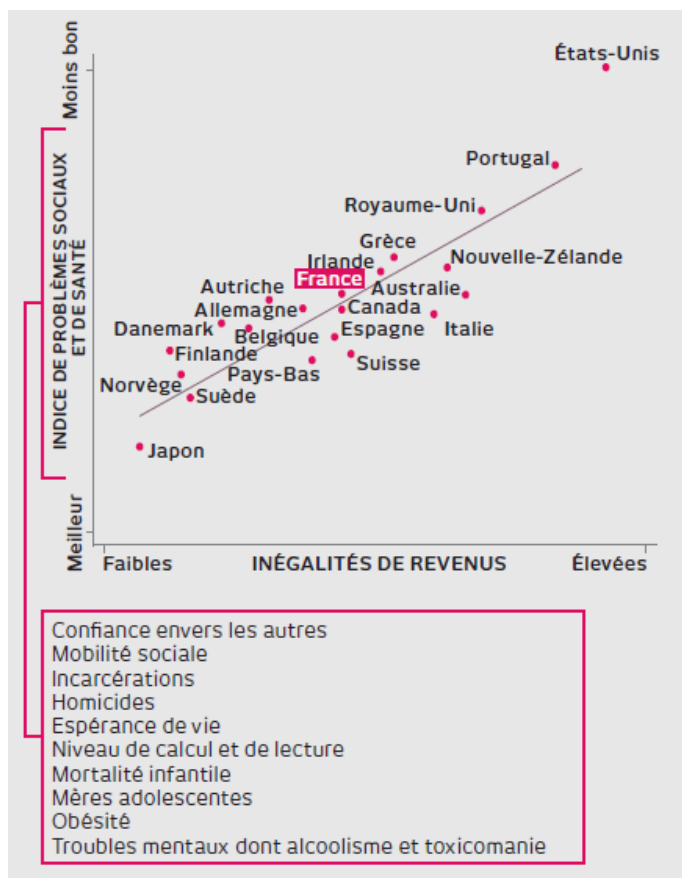
1 Cadre légal, historique, définitions autour des inégalités de santé

1.1 Définitions

On ne peut parler de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) sans donner quelques définitions importantes.

Les inégalités sociales de santé (selon la brochure de l'INPES) sont les « écarts de santé socialement stratifiés touchant un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque aux résultats des soins ». Elles « reproduisent dans le domaine sanitaire les inégalités existant dans les groupes sociaux » (1). Selon Didier Fassin (2), « ce sont les résultats des inégalités produites par la société qui s'expriment dans les corps ».

Ce lien est démontré par l'illustration suivante (brochure INPES destinée aux élus locaux) (3).



Les pays où les inégalités de revenus sont les plus faibles ont les meilleurs indices de problèmes de santé (Figure 1).

Figure 1 : L'égalité, c'est la santé, par Wilkinson R. Demopolis, 2010

Ces inégalités sont également liées à la précarité, la pauvreté, dont il faut rappeler les définitions :

La **précarité** est définie en 1987 par M. WRESINSKI (4), membre du conseil économique et social français, comme l'« absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir du droit fondamental. 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 ».

La pauvreté : « les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans la société » (5). On notera l'importance dans cette définition du caractère multidimensionnel de la pauvreté. L'ONPES (Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale) dans son rapport 2007/2008 (6) la qualifiait de relative (définie par rapport à un « mode de vie acceptable ») et conventionnelle (reposant sur la définition de seuil et d'échelle).

Intéressante également est la définition de **la santé**. Pour cela, reprenons la définition de l'OMS de 1946, inscrite au préambule de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé : « La santé est un état de bien-être complet physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (7).

Enfin, **l'exclusion**, selon la définition de l'UNESCO, introduit la notion de « rupture du lien social, de désaffiliation, au cours de laquelle l'individu perd peu à peu les liens avec les autres individus ». Elle résulte d'une « combinaison de problèmes liés tels que le chômage, les bas salaires, l'insuffisance de qualifications, les mauvais logements, la mauvaise santé et les ruptures familiales ».

1.2 Les déterminants de santé

Les inégalités en santé sont liées donc à de nombreux **déterminants** :

- les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ;
- les systèmes mis en place pour protéger la santé, prévenir et prendre en charge les pathologies.

Les déterminants ont été isolés et regroupés dans des modèles. On retrouve en premier lieu le modèle de Dahlgren et Whitehead de 1991 (Figure 2) puis le modèle de Pathway de la Commission mondiale de l'OMS (Figure 3).

Figure 2 : Modèle des déterminants de la santé de Dahlgren et Whitehead (8).

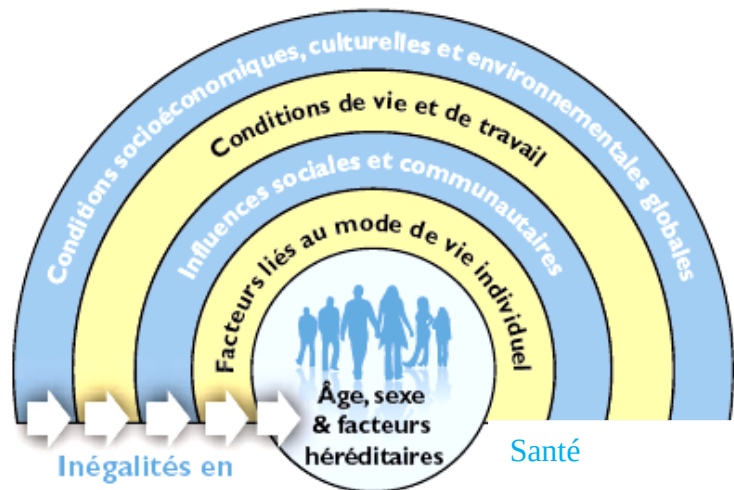
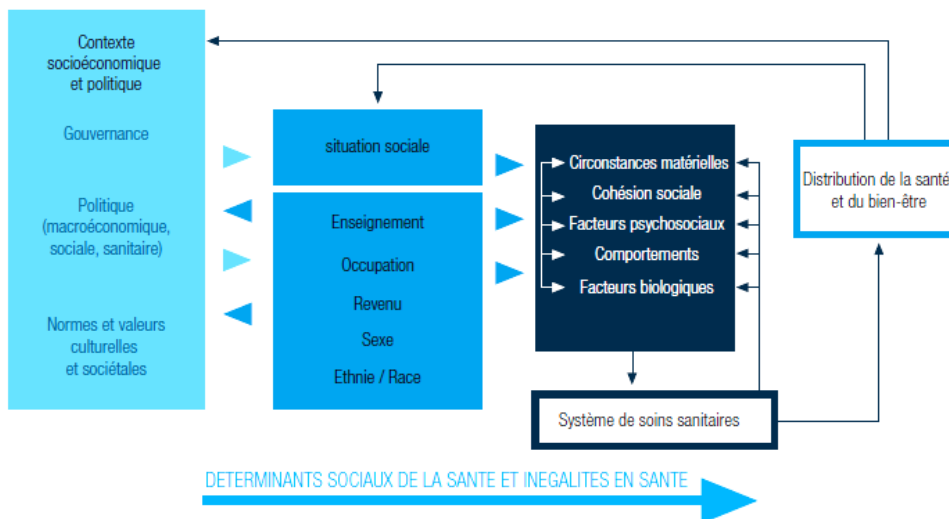


Figure 3 : Modèle des déterminants de la santé de Pathway (9).



1.3 Les conséquences des inégalités sociales en Santé

Un renoncement aux soins pour des raisons financières :

Déjà en 2003, une étude sur les patients précaires en région parisienne (10) montrait qu'un consultant sur deux (52%) avait déjà renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières. Les renoncements concernent principalement les consultations médicales, ainsi que les soins dentaires (57%) et les examens complémentaires (24%). Par ailleurs, un patient sur deux a eu des médicaments prescrits et ne les a pas achetés pour des raisons économiques. Au total, 65% des patients déclarent avoir renoncé à des soins.

L'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) de 2012 (11) montre des renoncements à l'achat de lunettes (15%) et à des prothèses dentaires (15%) chez les patients ayant une CMU-C (Complémentaire santé de la Couverture Médicale Universelle).

En 2015, un rapport de l'ONPES (12) montre encore une progression du renoncement aux soins : 15.1 en 2010 et 25.7% en 2012.

Une santé plus mauvaise :

Le rapport (13) remis à la Ministre de la Santé en 2009 constate que les personnes précaires :

- ont un faible recours aux soins ;
- cumulent les facteurs de risque ;
- et présentent des pathologies à des stades plus avancés.

L'espérance de vie de certaines classes sociales se voit ainsi diminuée : d'après une étude de la DRESS de 2015 (14), un homme cadre a une espérance de vie de 6,3 ans de plus qu'un homme ouvrier, et une femme cadre de 3 ans de plus qu'une femme ouvrière.

La publication de la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) de 2011(15) montre que les bénéficiaires de la CMUC chez les travailleurs salariés ont un

taux de mortalité à 3,32 pour 1000 sur l'année 2009 contre 1,36 pour 1000 dans la population générale.

Lors des enquêtes ESPS de 2006-2008, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie avait également fait ce constat (16) : l'exposition aux facteurs de risque concernant la santé est plus élevée chez les patients bénéficiaires de la CMU-C :

- un nombre de personnes tabagiques 1,6 fois supérieur par rapport à la population générale ;
- et un nombre de personnes obèses 1,7 fois supérieur par rapport à la population générale.

En 2013-2014 (17), la fréquence :

- des maladies psychiatriques est 2.4 fois,
- du diabète 2.2 fois,
- des maladies du foie ou du pancréas 2.9 fois,
- du VIH/SIDA 2.5 fois,

celle observée pour la population du régime général (hors ACS : Aide à la Complémentaire Santé).

Un coût économique élevé :

Le Parlement européen a estimé que, dans l'UE, les pertes liées aux inégalités en matière de santé se chiffraient à près de 1,4% du Produit Intérieur Brut (PIB). Cela s'explique par une perte de productivité, de recettes fiscales, et par des dépenses sociales et de santé plus élevées. (18)

1.4 Les constats

En août 2008, l'OMS s'intéresse fortement à ces inégalités, la commission des déterminants sociaux de la santé présente ses conclusions au Directeur général de l'OMS. Celui-ci déclare que « les inégalités en matière de santé sont vraiment une question de vie ou de mort » (19).

Déjà au Royaume-Uni, dans les années 80, le « Black Report » (20), décrivait l'existence d'un gradient de santé lié à la pyramide sociale : la situation sanitaire des populations au sommet de ladite pyramide étant meilleure que celles situées en dessous.

En France :

- Une publication de Médecin du Monde (MdM) de 1999 a décrit le défaut d'accès au soin en France (22) ;
- En 2000, les travaux de l'ONPES signalent que, parmi les patients consultant dans les centres de MdM, seul un tiers a des droits ouverts à la sécurité sociale (5).

1.5 Historique de quelques décisions prises en France

En Juillet 1998, la loi d'orientation de lutte contre l'exclusion (dite loi Aubry) (22) est promulguée. Elle tente une approche transversale des problèmes qui aboutissent à exclure les populations les plus fragiles de notre pays et crée l'**Observatoire National de la Pauvreté, et de l'Exclusion Sociale (ONPES)** ainsi que les **Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)**.

La même année, Lionel JOSPIN, alors Premier Ministre, reçoit un rapport sur la nécessité de créer la **CMU, l'AME (Aide Médicale d'Etat)**. Ces dernières seront mises en place l'année suivante par la loi du 27 juillet 1999, créant la Couverture Médicale Universelle (CMU) (23).

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, réaffirme que **le droit à la protection de la santé est un droit fondamental**.

En 2005, le Haut Conseil de la Santé Publique fait de **nombreuses propositions pour améliorer les inégalités sociales de santé** et « sortir de la facilité » : il s'agit d'« afficher clairement l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé, de se donner les moyens de mesurer les évolutions » et de « mettre en place des interventions et des politiques publiques » (24).

En 2005, l'**ACS (Aide Complémentaire Santé)** est créée.

La charte du patient hospitalisé et la circulaire du 2 mars 2006 déclarent que « **les soins doivent être accessibles à tous** ».

Selon le communiqué de presse du Collectif ALLERTE de février 2016, le **plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale 2013-2017** « n'a pas permis de stopper la hausse de la pauvreté mais l'a sans doute fortement ralentie ».

1.6 CMU et AME, PUMA : Quid ?

En application de la **loi du 27 juillet 1999**, on voit apparaître en 2000, la CMU (Couverture Médicale Universelle) de base, la CMU-Complémentaire et l'AME (Aide Médicale d'Etat).

La **CMU de base** permet une affiliation au régime général d'assurance maladie sous la seule condition de résider en France depuis plus de trois mois de manière stable et régulière, avec ou sans domicile fixe et à condition de ne pas déjà être couvert par un régime de Sécurité sociale. Le but de cette loi était de créer un système de couverture médicale « universalisé » et de permettre d'ouvrir rapidement des droits pour toute personne résidant en France. En 2015, plus de 2 millions de personnes bénéficient de la CMU de base en France (25).

La **CMU-C ou CMU Complémentaire** est une complémentaire gratuite (26) qui permet la prise en charge de tout ce qui n'est pas inclus dans la CMU (ticket modérateur, forfait hospitalier, frais supplémentaires concernant certains soins dentaires, lunetterie et prothèses). Au 31 décembre 2015, environ 5 millions de personnes en bénéficient (25).

L'AME ou Aide Médicale d'Etat est une couverture maladie équivalente à la CMU pour les étrangers en séjour irrégulier.

En 2005 est créée l'**ACS (Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé)** pour lutter contre l'effet seuil créé par la CMU-C : les personnes qui se trouvent juste au-dessus du seuil d'accès à cette dernière bénéficient de façon annuelle d'un « chèque santé » pour les aider à payer leur complémentaire. (27)

En 2016, via la loi de décembre 2015 de financement de la Sécurité Sociale, la CMU de base disparaît : à la place est créée la **PUMA (Protection Universelle MALadie)** qui permet d'assurer à toute personne travaillant ou résidant en France une prise en charge de ses soins de santé même en cas de changement dans sa vie professionnelle ou personnelle (26,28)

2 Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé

2.1 Création et cadre légal

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé ou PASS ont été créées par la loi de lutte contre les exclusions de 1998 (22). L'objectif de ces structures est précisé dans une circulaire de décembre 1998 : « **mettre en réseau les professionnels des champs sanitaire et social, hospitalier et libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion, afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation, de soins.** » (29).

Ces structures sont encadrées par la circulaire de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) du 18 juin 2013 (30) qui réaffirme le rôle et les missions des PASS.

La Polyclinique Baudelaire de St Antoine est la première expérience de PASS. Elle a été créée en 1992 par les Dr LEBAS (médecins du monde), SAUNIERE et GUEZELOT.

En 2015, on en compte 430 en France (31) dont 368 sont des PASS généralistes.

Le collectif PASS a été créé en 2011. Cette association 1901 a pour objet de défendre le dispositif, le faire connaître et le promouvoir.

Malgré tout, elles restent encore mal connues dans le système général de soins.

2.2 Différents types de PASS

La PASS peut être « **dédiée** » : dans un lieu particulier et identifié au sein de l'hôpital, ou bien « **transversale** » : prise en charge dans les différents services de personnes sans couverture sociale.

On retrouve également des PASS dites « **mobiles** » : les personnels de la PASS sortent de l'hôpital pour aller à la rencontre des plus démunis.

Enfin, on parle de PASS « **généraliste** », consultations de médecine générale, de PASS « **spécialisée** » (bucco-dentaire ; psychiatrique, dermatologique, pédiatrique...).

2.3 Missions des PASS.

Elles sont définies dans la **circulaire de la DGOS (29)**

- Offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients précaires dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun.
- Agir à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage et la prise en charge des patients précaires et construire un partenariat institutionnel élargi.

En pratique, les PASS permettent aux patients sans couverture sociale :

- d'avoir accès à une consultation de médecine générale et/ou spécialisée ;
- de recevoir des soins dentaires dans une PASS bucco-dentaire ;
- de bénéficier de soins infirmiers, de prises de sang, d'examens radiologiques etc. ;
- d'avoir accès gratuitement aux médicaments prescrits par les médecins à la pharmacie de l'hôpital ;
- de bénéficier de consultations sociales pour permettre une ouverture de droits.

2.4 Personnels travaillant dans les PASS

Les patients y consultant ont besoin d'une **prise en charge à la fois médicale et sociale**. On y trouve donc, selon les établissements :

- des assistantes sociales dédiées, qui permettent d'aider et d'encadrer le patient dans ses démarches : acquisition d'une AME ou CMU, mais aussi orientation pour l'hébergement, l'accès aux transports, l'alimentation...
- des médecins généralistes ou spécialistes en fonction du type de PASS. Ils reçoivent les patients en consultation, prescrivent médicaments et examens complémentaires, organisent le suivi des patients,
- des infirmiers, qui accompagnent, font les pansements, les prises de sang, les soins infirmiers, l'éducation pour la santé etc.
- des accueillants, secrétaires ...

Une étude de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) réalisée en 2014 avait interrogé 279 personnes dont 75 responsables et 204 agents de PASS (assistants sociaux : 40 % ; médecins : 22 % ; infirmiers : 14 %) sur leur perception de leur activité.

Les résultats montrent qu'ils la qualifient de difficile, complexe et peu reconnue, avec des moyens et des locaux souvent inadaptés. Cependant ces agents décrivent majoritairement une véritable satisfaction dans leur travail, avec un faible turn-over du personnel et un faible taux d'absentéisme (32).

2.5 Populations consultant au sein des PASS

Les personnes sans couverture sociale ou avec couverture partielle

En 2003 (33) 42% des personnes n'ont pas de couverture sociale à leur entrée dans le dispositif.

En 2011, le collectif PASS (34) rapporte que 22% des personnes consultant dans ces structures n'ont pas de couverture sociale, 16% bénéficient de la CMU et 21% bénéficient de l'AME. Autre chiffre alarmant : 62% des patients consultant n'ont pas de couverture complémentaire.

De façon plus large, 5% de la population générale n'a pas de couverture santé complémentaire en France en 2014 (29).

Les personnes bénéficiant d'une couverture sociale complète mais en situation de précarité sociale, médicale et/ ou financière

Parmi les patients (33) :

- 18% n'ont aucun revenu,
- 80% des patients sont nés hors de France,
- 35% sont en situation non régularisée sur le territoire français,
- 50% sont sans logement stable

2.6 Financement spécifique

Le financement se fait via une dotation pour les Missions d'Intérêt Général (MIG). Il est encadré par l'arrêté du 23 mars 2007 (basé sur l'article D162-8 du Code de la Santé Publique) et doit servir « *au titre de la mission d'assistance aux patients pour l'accès aux droits sociaux et des dispositifs ayant pour objet de faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci, les permanences d'accès aux soins de santé (...) et la prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé.* »

Les PASS sont ainsi financées par **la MIG PASS**.

Le budget minimal est de 50 000 euros par an et peut aller jusqu'à 450 000 euros. Il est calculé en fonction du nombre de passages annuels sur déclaration de l'établissement. Il comprend les salaires, coûts de fonctionnement et coûts de transport pour les PASS mobiles.

MONTANT DU BUDGET ANNUEL (dotation MIG)	SEUIL MINIMAL D'ACTIVITÉ ANNUELLE (évalué par le nombre de patients vus au moins une fois)
50 000 à < 100 000 €	100 patients
100 000 à < 150 000 €	200 patients
150 000 à < 300 000 €	400 patients
300 000 à < 450 000 €	1 000 patients
> 450 000 €	1 600 patients

Au niveau national, il s'élève à 60 millions d'euros et est distribué par la DGOS aux 26 ARS, qui ensuite répartissent le montant régional entre les PASS présentes sur leur propre territoire (30 et 36).

En 2015, en plus du budget prédéfini, 5,6 millions d'euros étaient ajoutés pour le renforcement des PASS existantes et la mise en place de nouvelles dans des zones qui en étaient dépourvues (37).

3.La PASS médicale dédiée de l'hôpital Henri MONDOR

3.1 Généralités sur les PASS de l'Hôpital Henri MONDOR

Il en existe plusieurs à l'Hôpital Henri Mondor (Créteil) :

- une PASS médicale dont une dédiée généraliste et une transversale ;
- une PASS psychiatrique et une PASS bucco-dentaire.

Celles-ci sont organisées en réseau informel avec les 2 PASS du CHIC (Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil) : la PASS interne et la PASS externe de « Créteil Solidarité ».

La PASS médicale dédiée travaille avec de nombreuses associations : Par exemple, l'association France Terre d'Asile (FTA) située à proximité de l'Hôpital. Cette dernière adresse beaucoup de patients. Elle travaille également avec Emmaüs Créteil, la Croix Rouge 94, Joly, Aurore, MdM, SOS habitat et soins, Comède ...

Elle est également en lien avec l'OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration) qui envoie également de nombreux patients.

La PASS médicale dédiée généraliste est rattachée au service des urgences et est organisée comme suit :

- le Dr Isabelle ROUSTANG Praticien Hospitalier, spécialisée en médecine générale, y travaille à 60%,
- une assistante sociale, Sarah PALIGADU, y travaille à temps plein,
- une infirmière, Monique CHAUPARD, y travaille également à temps plein.

3.2 Particularités de la population consultant en 2016

Du fait du gros recrutement via FTA (France Terre d'Asile), 80 à 90% des patients sont des demandeurs d'asile.

534 patients ont bénéficié du dispositif PASS médecine générale, soit 1399 consultations médicales. Le nombre de primo-consultants a été de 477. Le nombre de femmes accueillies a été de 141, versus 393 hommes.

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 18-30 ans. Les patients originaires d'Afrique sub-saharienne sont largement prédominants (317 patients soit 59%). En second, viennent le Proche Orient (78) et le Maghreb (39).

A l'arrivée, 497 patients n'avaient aucune couverture sociale soit 93% ; 18 patients bénéficiaient de la PUMA, 13 d'une prise en charge complémentaire (CMU-C, complémentaire santé, prise en charge étrangère...).

3.3 Prise en charge sociale à la PASS

Il existe un accord formalisé avec la CPAM du Val de Marne ; un personnel chargé des missions sociales de la CPAM assure une permanence hebdomadaire sur le site pour le traitement des dossiers de demande d'ouvertures de droits et le conseil.

Le délai moyen d'attente entre le dépôt d'un dossier d'AME ou de CMU et l'obtention des droits se situe entre un et trois mois dans le Val de Marne. Les délais sont parfois beaucoup plus longs selon le département, surtout lorsqu'il s'agit de demandes d'AME.

Les consultations avec l'assistante sociale se font sur rendez-vous, ce qui lui permet de consacrer beaucoup de temps aux patients.

La prise en charge sociale est également un temps d'information, d'accueil, d'écoute et d'orientation (recherche de vêtement, de nourriture, d'hébergement ...).

3.4 Orientation des patients

Une fois les droits acquis, les patients sont revus une dernière fois par le Dr ROUSTANG. Elle leur remet une lettre (adressée à leur futur médecin) résumant la prise en charge médicale effectuée au sein de la PASS et les résultats des différents examens complémentaires pratiqués. Cette consultation est parfois non honorée par les patients car ceux-ci reçoivent la notification de leur ouverture de droit à leur adresse postale.

A la suite de cette dernière consultation médicale, le patient a un entretien avec l'assistante sociale qui l'oriente vers un médecin généraliste (en fonction du lieu de vie du patient et de ses préférences). Cette orientation est le plus souvent nominative, selon le réseau de la PASS ou vers des centres de santé qui acceptent plus facilement les patients précaires.

4. L'état de la question dans la littérature

Dans son rapport parut en 2000, **J. LEBAS** rappelle qu'une des missions de la PASS est la « récupération des droits sociaux, avec comme objectif la réintégration au plus tôt dans le système de soins de droit commun » (38).

Qu'est-ce que le droit commun ? C'est le droit qui s'applique à la majorité.

Dans le système de santé, il existe un régime de sécurité sociale de droit commun (CPAM) et, des régimes spéciaux qui y dérogent.

Plusieurs travaux de recherches ont été réalisés depuis 2005 pour évaluer ce « retour au droit commun » des patients des PASS.

En 2005, à **St Etienne** (39), 611 patients ayant bénéficié d'une prise en charge médico-sociale à la PASS ont été reçus entre le 1 janvier 2005 et le 31 janvier 2005. Environ 80% n'avaient pas de prise en charge sociale ou médico-sociale. Un relai PASS-médecine de ville a été proposé à 99 de ces patients : 67% d'entre eux étaient orientés de façon nominative vers un médecin généraliste, et 19% de façon non nominative. En accord et avec la participation de la CPAM, une base de données dite d'évaluation du dispositif (STATPASS) a été créée.

A 6 mois, 63 % des patients avaient consulté au moins une fois un médecin généraliste selon les données de remboursement de la CPAM : 34% en consultation spécialisée, 38% en consultation hospitalière.

Les auteurs se sont intéressés secondairement aux facteurs prédictifs de la réussite de ce relai : un relai nominatif était directement corrélé à un plus grand taux de recours à une consultation de médecine générale. La nature du logement au contraire ne semblait pas avoir d'incidence sur ce relai.

En 2007, **B. Kail** a réalisé une enquête sociologique à la PASS de l'Hôpital Intercommunal de Créteil (CHIC). (40)

La population du CHIC est la même que la nôtre : plus de 80% de demandeurs d'asile. En 2007, 128 patients ont bénéficié d'une ouverture de droits à l'assurance maladie. Et parmi eux, 62,5% des personnes bénéficiaires de droits ont été réorientées dans le système de droit commun. Cette

orientation était confirmée par retour de courrier dans près de la moitié des situations.

Sophie PAILHES en 2008 à Lyon (41) s'est intéressée aux différents facteurs, exprimés par les patients et les professionnels, qui interviennent dans la fréquentation prolongée de la PASS et la difficile intégration dans le système de santé de droit commun.

Elle se base sur un constat fait en 2006 au cours d'une étude réalisée à l'Hôtel-Dieu à Lyon qui montrait qu'un tiers des patients consultants prolongent leur prise en charge à la PASS alors qu'ils pourraient aller dans le système de santé de droit commun.

Sur 406 patients primo-consultants en 2006, 253 patients ont été inclus, et finalement 102 patients restants étaient analysés à 2, 3 et 6 mois de la date d'obtention des droits.

L'analyse des résultats met en évidence les facteurs prédictifs suivants :

- le poids de la relation soignant-soigné : lien affectif important, relation de confiance ;
- les facteurs liés aux patients : vulnérabilité liée à leurs histoires, défaut de maîtrise de la langue française, difficultés associées à leur environnement (errance, mal logement, perte de la temporalité), et influence de leurs pathologies (chroniques, sévères) ;
- les facteurs reliés à la PASS, l'attachement à un dispositif où l'« Autre » est accueilli, reconnu, identifié et l'attachement à la facilité d'utilisation de ce service ;
- les facteurs rattachés au système de santé de droit commun : difficultés liées aux refus et discriminations vécues, ainsi que les limites dues à la complexité du système (pas de carte vitale pour les patients bénéficiant d'une AME).

Toujours sur le même thème, la thèse d'exercice de **Thomas COLLIN** de 2011 (42) a eu pour objectif principal d'évaluer l'effectivité du recours au système de droit commun des patients pris en charge à la PASS de Chambéry, et secondairement d'analyser d'éventuels déterminants du recours au système de droit commun.

Pour cela, il a analysé les données d'une cohorte rétrospective sur la période du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2009. 118 personnes sont incluses dans l'étude (primo-consultants). A 24 mois, près de 30% des personnes n'avaient bénéficié d'aucune consultation en médecine générale en dehors de la PASS, plus de 50% avaient consulté à l'extérieur 2 fois ou moins.

Les femmes, les personnes bénéficiant initialement d'un logement stable ou ayant déclaré un médecin traitant dans les suites de la sortie de la PASS, consultaient plus facilement selon le droit commun.

Le travail de **Prescillia PIRON** (43) s'est intéressée à la population consultant au sein de l'unité de « médecine sociale » de l'Hôpital Corentin Celton (Issy-les-Moulineaux, France) entre le 19 février 2015 et le 26 mars 2015.

La première partie de son travail a consisté à l'identification des patients a priori orientables en médecine de ville et des critères potentiels de non orientation.

Sur 75 patients analysés, elle concluait que les principaux freins à l'orientation en médecine de ville sont :

- La présence d'une pathologie psychiatrique lourde,
- Les droits sociaux de courte durée,
- Le manque d'autonomie dans le parcours de santé (difficulté à faire seul les démarches administratives),
- L'impossibilité financière face au reste à charge.

La deuxième partie de l'étude s'était intéressée à la pertinence du retour au droit commun. Deux groupes homogènes étaient randomisés au sein de la population jugée potentiellement orientable et était appariés, sur l'âge et le sexe : un groupe témoin poursuivait son suivi dans le service de « médecine sociale », le groupe expérimental était renvoyé vers les soins de ville, et le groupe témoin servait pour mettre en évidence les freins à l'intégration dans le droit commun.

A 2 mois, sur 102 patients au départ, 37 avaient intégré le système de santé de droit commun (influencé principalement par la précarité du logement) tandis que, à 6 mois, on dénombrait 57 patients intégrés. Le frein principal semblait essentiellement être la notion de culture (via l'origine géographique).

Enfin, en 2016, l'**étude PASS-MT** réalisée à Montpellier (44), par l'équipe du CHU St Eloi, concluait qu'un minimum de 35% de la population étudiée avait un suivi en ville par un omnipraticien : sur 120 patients inclus, 43 étaient suivis par un médecin traitant à 1 mois.

ETUDE

Objectifs

A la lumière de ces données, je me suis posé les questions suivantes :

Les patients quittent la PASS généraliste dédiée de l'Hôpital Henri MONDOR de Créteil, une fois qu'ils ont acquis des droits à une assurance maladie.

- Poursuivent-ils leur démarche de soins auprès d'un médecin généraliste en ville ?
- Quels sont les différents facteurs qui peuvent influencer cette intégration dans le droit commun ?

METHODES

Pour répondre cette question, j'ai étudié les patients de la PASS dont la fin de la prise en charge se situe entre le 1 avril 2017 et le 31 octobre 2017 (soit 7 mois) et qui correspondaient aux critères suivants :

- Pas de droits à la Sécurité Sociale ouverts lors de la première consultation à la PASS ;
- A bénéficié d'au moins une consultation avec l'assistante sociale en vue d'organiser une ouverture de droit ;
- A bénéficié d'au moins une consultation médicale avec le Dr ROUSTANG ;
- Patient ayant plus de 18 ans.

Les patients sont inclus à la date du dernier rendez-vous honoré ou non.

Ont été exclus, les patients :

- N'ayant pas renseigné de numéro de téléphone pour être contactés ;
- Ayant déjà une affiliation Sécurité Sociale lors de la première consultation médicale ;
- Ayant arrêté le suivi médical avant d'avoir acquis une ouverture de droits ;
- Dont le recueil de données n'était pas exhaustif (cf caractéristiques étudiées ci-dessous).

Les patients ainsi inclus sont contactés par téléphone à 3 mois révolus de leur date de sortie de la PASS (définie comme la dernière consultation médicale honorée ou non). Il s'en suit un court entretien téléphonique au cours duquel :

- Je présente mon sujet de recherche ;
- Je leur demande oralement s'ils acceptent d'être inclus dans l'enquête ;
- Je leur pose la question : Avez-vous consulté un médecin dans les 3 derniers mois ? Si oui, était-ce un médecin généraliste ?

En utilisant une puissance à 90% et un risque alpha à 5%, le calcul du nombre de sujets nécessaires à une enquête fiable est de 120 patients. Pour le pourcentage théorique dans chaque groupe, j'ai utilisé les données des travaux précédents similaires. Ces derniers estiment ces pourcentages à 60 % pour le groupe ayant consulté un généraliste et entre 30 et 40% pour le groupe n'ayant pas consulté un généraliste.

Les données sont recueillies dans les différents supports à disposition : les dossiers médicaux de la PASS, le logiciel Orbis et sur les déclarations des patients lors de l'entretien téléphonique.

Le critère de jugement principal est d'ordre qualitatif : Y a-t-il eu ou non une consultation avec un médecin généraliste dans les 3 mois ? Ce critère est évalué par une comparaison de pourcentage.

Je me suis aussi intéressée à l'identification des facteurs qui peuvent influencer la poursuite d'un suivi médical par un médecin généraliste. Pour cela j'ai utilisé le test du Chi2 en analyse univarié et j'ai réalisé ensuite un modèle de régression logistique avec une analyse multivariée de ces facteurs pour vérifier s'ils étaient significatifs indépendamment les uns des autres.

Je me suis servie pour cela du logiciel XLStat.

Les caractéristiques étudiées étaient

- Le sexe, l'âge,
- Le type de pathologie : classé par grand appareil, et le caractère aigu/chronique (chronique : tout patient ayant au moins une de ses pathologies évoluant depuis plus de 3 mois) ;
- Le nombre de pathologies ;
- Le type de logement : précaire ou stable (précaire = SDF, centre d'hébergement et foyer, CADA, hôtel et stable = propriétaire, ami, famille depuis au moins trois mois) ;
- Le caractère francophone ou non ;
- La durée de suivi en mois ;
- Le nombre de consultations ;
- Le type de prise en charge médicale sociale acquise (AME, ou PUMA+ CMU-C).

Cette étude a été réalisée à partir des dossiers médicaux et sociaux de la consultation. Elle est observationnelle et donc sans intervention. Le consentement des patients a été vérifié oralement lors de l'entretien téléphonique. En cas de doute sur ce consentement (barrière de la langue), le patient était classé en « perdu de vu ».

RESULTATS

Description de la population

Nous avons inclus 138 personnes dans notre étude dont la dernière consultation à la PASS honorée ou non se situait entre avril 2017 et octobre 2017.

4 patients ont été exclus : 1 patient parce qu'il avait déjà une prise en charge sociale à son arrivée, 1 patiente qui a été réorientée sur la PASS de Toulouse et 1 patient vers la PASS du CHIC sans avoir acquis de prise en charge sociale, et enfin 1 patient car il n'y avait pas de numéro de téléphone dans son dossier médical.

Caractéristiques de la patientèle

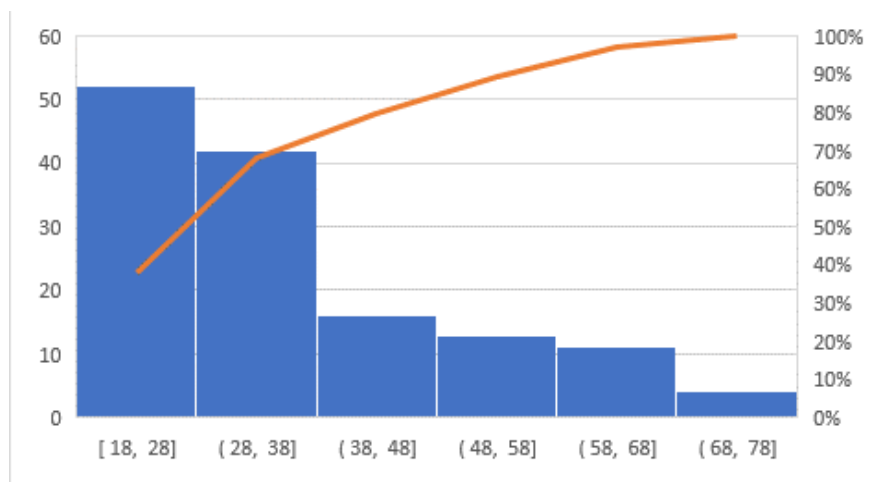
Le sexe ratio était de 1,6 pour les hommes (soit 38,4% de femme et 61,6% d'homme).

On observe une importante prédominance des patients entre 18 à 38 ans, plus de 70% des patients ont moins de 38 ans (Figure 4). La moyenne d'âge est de 37 ans avec une médiane très proche et des écarts types serrés : un premier quartile à 26 ans et un troisième quartile à 44 ans (Tableau 1). Il s'agit donc d'une population jeune.*

Sexe	Homme = 85 (62%) et Femme = 53 (38%)
Age (ans)	Moyenne = 36,8 [26;44] Min = 18, Médiane = 31,5 et Max = 76
Logement	Précaire = 79 (57%) et Stable = 59 (43%)
Prise en charge sociale	AME = 41 (30%) et PUMA + CMU-C = 97 (70%)
Langue	Francophone = 105 (76%) et Non Francophone = 33 (24%)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

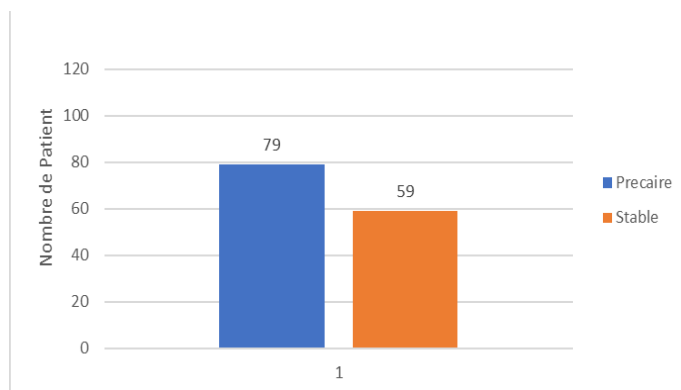
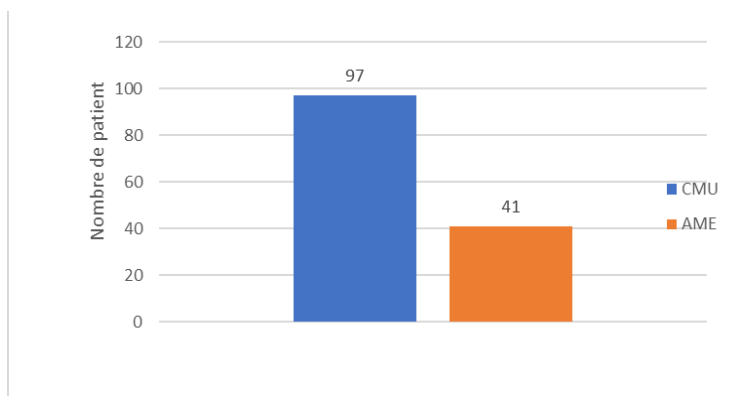
Figure 4: Distribution par âge de la population (en %, N=138)



Sur le plan des prises en charge sociales, on observe une nette prédominance de patients ayant bénéficié d'une PUMA + CMU*C par rapport à ceux qui ont bénéficié de l'AME. Ainsi, 97 patients, soit 70%, ont quitté la PASS avec une PUMA + CMU-C, contre 41 patients soit 30% avec une AME (Figure 5).

Figure 5 : Répartition en fonction des prises en charge sociale acquises

Figure 6 : Répartition en fonction du logement



Sur le plan du type de logement, 59 patients ont un logement stable (43%), et 79 patients (57%) vivaient dans des logements précaires (Figure 6).

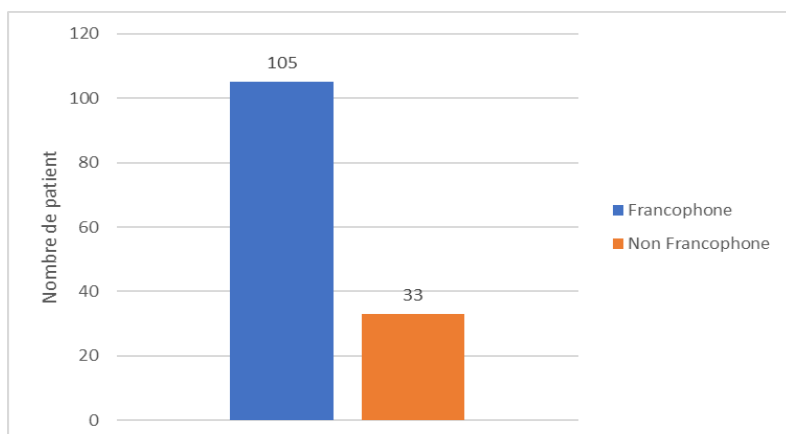


Figure 7 : Répartition en fonction du caractère francophone (graphique en colonne).

Une grande majorité de nos patients est francophone (Figure 7) : 105 patients (76%) ;

Caractéristiques des prises en charge médicales

Tableau 2 : Description des caractéristiques des prises en charges médicales (μ = moyenne).

Nombre de consultations	$\mu = 4,6$ [3;6]
Durée de prise en charge (mois)	$\mu = 3,7$ [2;4]
Nombre de pathologies	$\mu = 3,1$ [2;4]

Nos patients bénéficient en moyenne de 4,6 consultations sur une durée de 3,7 mois (Tableau 2).

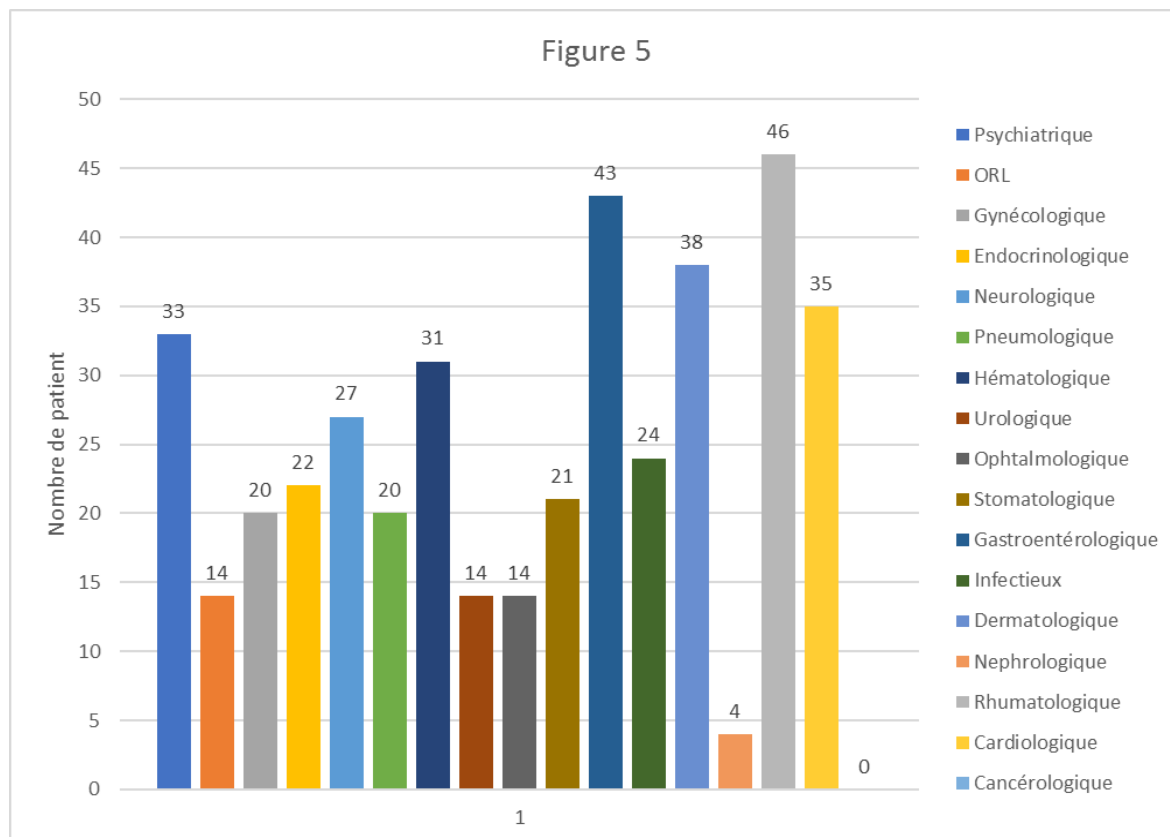
Leurs pathologies ou plaintes étaient multiples avec un nombre moyen de 3 pathologies par patient.

Les pathologies des patients sont variées avec une prédominance des pathologies rhumatologiques, dermatologiques et gastroentérologiques (Figure 8).

Aucun patient ne souffrait de pathologie cancérologique.

En Annexe 1, j'ai décrit les principales pathologies par appareil présentées par les patients.

Figure 8 : Répartition en fonction du type de pathologie.



Description des consultants perdus de vue :

Il a été impossible de joindre 24 patients, soit 17% des patients inclus.

On notera que :

- soit ils ne répondaient pas au téléphone,
- soit le numéro de téléphone était faux,
- soit il n'était pas possible de se faire comprendre d'eux.

Il semblait donc important de vérifier si la population des perdus de vue (NA) est comparable à la population des patients ayant répondu.

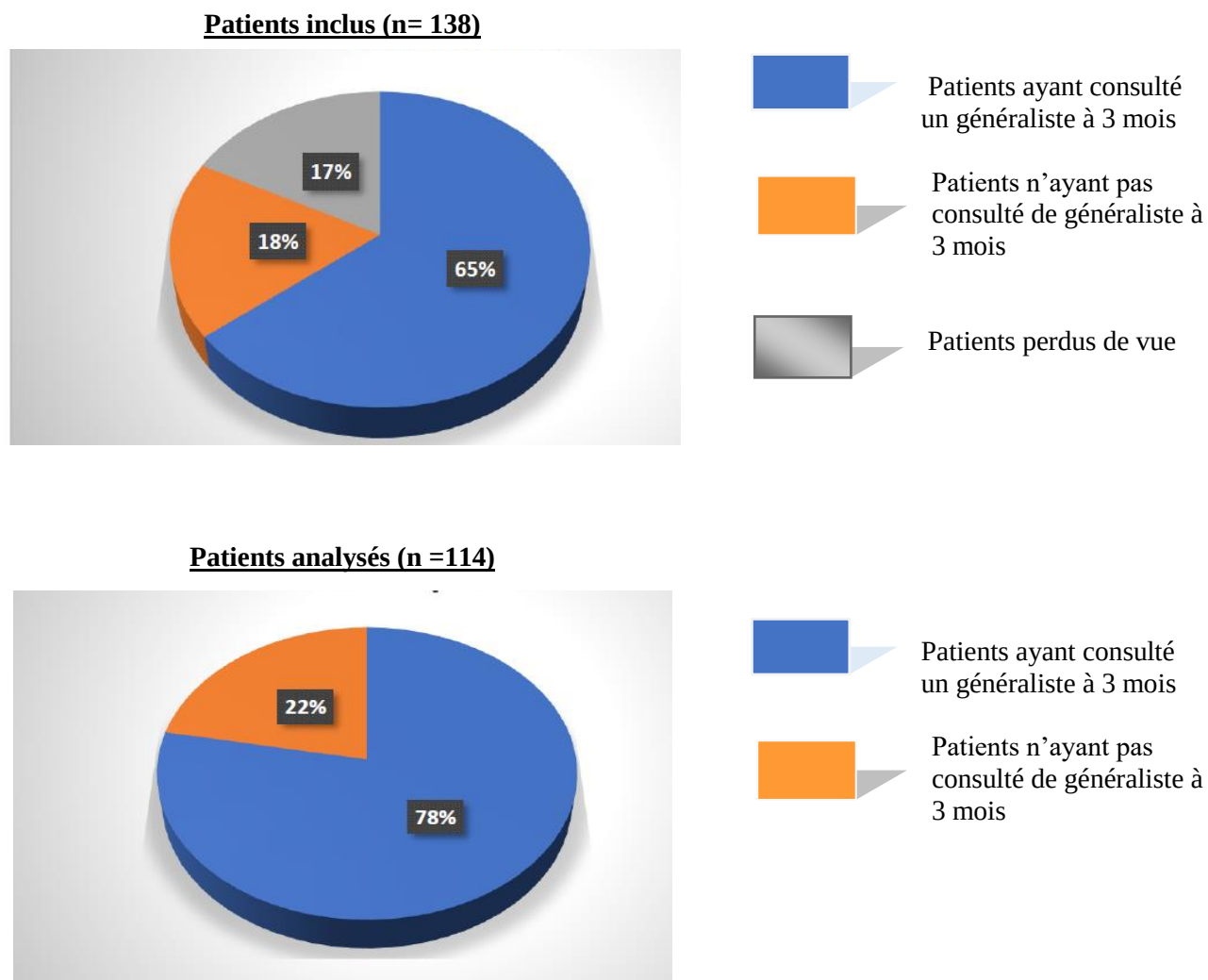
Après analyse statistique, les 2 populations semblent comparables.

Tableau 3 : Comparaison des perdus de vue et des patients répondants (test wilcoxon pour comparaison de moyenne).

	Patients analysés n = 114	Perdus de vue n= 24	p
Age (moyenne) en années	36,1	37,6	p = 1
Nombre d'hommes (% hommes)	66 (58%)	18 (75%)	p = 0,17
Nombre de patients vivant dans des conditions précaires (%)	65 (57%)	14 (58%)	p = 1
Nombre de patients ayant PUMA+ CMU-C (%)	81 (71%)	16 (67%)	p = 0,80
Nombre de patients francophones (%)	91 (79%)	14 (58%)	p = 0,09
Nombre de consultations (moyenne)	3,8	4,3	p = 1
Durée de suivi (moyenne) en mois	3,7	4,2	p = 1
Nombre de pathologies (en moyenne) par patient	3,1	3,1	p = 1

Résultat principal de l'étude

Figure 9 : Répartition des patients selon le critère de jugement principal



Sur les 138 patients inclus, seuls 114 ont donc été analysés : 24 (17%) sont classés perdus de vue. Parmi les patients analysés, 89 (78%) avaient consultés un médecin généraliste dans les 3 mois suivant leur dernière consultation à la PASS, et 25 (22%) ne l'avaient pas fait (Figure 9).

Résultats secondaires

Analyse univariée :

Quels facteurs sont statistiquement significativement différents d'une population à l'autre (soit $p < 0,05$) ?

Le caractère « francophone » est statistiquement plus représenté dans la population qui a consulté un généraliste ($p = 0,0001$).

Aucun autre facteur n'est statistiquement significatif (Tableau 4).

Analyse multivariée :

Seul un facteur est statistiquement significatif : le caractère « francophone ».

Il est donc impossible de réaliser une analyse multivariée.

	Patients ayant consulté un généraliste n = 89	Patients n'ayant pas consulté de généraliste n= 25	p
Age (moyenne) en années	37,33	31,88	0,60
Nombre d'hommes (% hommes)	50 (56%)	17 (68%)	0,33
Nombre de patients vivants dans des conditions précaires et %	50 (56%)	15 (60%)	0,94
Nombre de patients ayant CMU et %	60 (67%)	21 (84%)	0,27
Nombre de patients francophones et %	78 (88%)	13 (52%)	0.0001
Nombre de consultations (moyenne)	5	3,52	0,24
Durée de suivi (moyenne) en mois	3,83	3, 04	0,68
Nombre de pathologies (en moyenne) par patient	3,2	2,64	0,65
Type de pathologies			
Cardiologique	23 (26%)	5 (20%)	0,55
Pneumologique	13 (15%)	3 (12%)	0,74
Neurologique	14 (16%)	7 (28%)	0,16
ORL	9 (10%)	3 (12%)	0,62
Psychiatrique	22 (25%)	5 (20%)	0,78
Rhumatologique	30 (34%)	9 (36%)	0,83
Endocrinologique	16 (18%)	2 (8%)	0,23
Dermatologique	22 (23%)	7 (28%)	0,27
Ophthalmologique	11 (12%)	1 (4%)	0,23
Stomatologique	12 (13%)	5 (20%)	0,42
Gynécologique	15 (17%)	2(8%)	0,27
Urologique	11 (12%)	2 (8%)	0,55
Infectieux	1 (4%)	2 (8%)	0,27
Néphrologique	3 (3%)	1 (4%)	0,88
Hématologique	24 (27%)	3 (12%)	0,12
Gastro-enterologique	29 (33%)	9 (36%)	0,75

Tableau 4 : Analyse univariée avec les p via le test t et comparaison des proportions observées

DISCUSSION

Notre étude a montré que :

- sur les 138 patients inclus, 90 (65%) avaient consulté un médecin généraliste dans les trois mois suivants leur dernière consultation à la PASS :
- Sur les 114 patients ayant répondu à mes appels, 89 (78%) avaient consulté un généraliste.

Pour rappel, les travaux similaires dans d'autres PASS donnaient plutôt un pourcentage variant entre 60 et 65%. Il semble donc judicieux de chercher ce qui peut entraîner une telle différence.

Tout d'abord, nous avons un pourcentage important de perdus de vue, de 17%, ce qui peut entraîner un biais d'analyse : il s'agit de patients plus précaires n'ayant pas accès à un téléphone fixe ou mobile, et de patients non francophones (les patients avec lesquels il était impossible de communiquer ont été considérés comme perdus de vue, car le recueil du consentement était impossible).

C'est pourquoi j'ai décidé de comparer la population des patients perdus de vue à la population des patients ayant répondu. Comme il a été montré dans la figure 3, les deux populations sont comparables statistiquement sur tous les critères secondairement analysés.

Ce groupe n'entraîne donc pas de biais a priori dans mes résultats.

Il est intéressant de noter qu'aucun des 138 patients ayant consulté à la PASS sur la période étudiée n'a eu de diagnostic de cancer ou consulté pour ce motif. Il faut également noter qu'entre novembre et décembre 2017, 2 patients ont consulté pour ce motif selon le Dr ROUSTANG. Nous nous sommes posé la question de ce qui pouvait expliquer cette faible prévalence. Trois points semblent pertinents :

- La courte durée du suivi (3,7 mois en moyenne), ne permettant pas de poser le diagnostic ;
- Le jeune âge de notre population avec un âge moyen à 36,8 ans ;
- L'absence de dépistage systématique réalisé avant une ouverture de droits.

Dans les caractéristiques que j'avais étudié, le caractère chronique d'une pathologie a été défini comme évoluant depuis 3 mois. Tous les patients avaient au moment de la première consultation au moins une plainte évoluant depuis 3 mois. Les 138 patients ont donc tous été classés dans la catégorie chronique.

Pour expliquer ce phénomène, il est important de comprendre l'histoire de nos patients : ce sont quasiment exclusivement des migrants en France depuis peu. Ils sont souvent venus de leur pays par voie terrestre. Ce trajet prend en général plusieurs mois. Ainsi les plaintes de nos patients sont bien installées lorsqu'ils arrivent en France (54).

Il existe également un phénomène culturel : dans certains pays, certains patients n'ont jamais vu de médecin, en effet, ils sont plus habitués à consulter des thérapeutes « traditionnels ».

Il existe un autre point de discordance entre mon travail et celui de mes confrères, qui est le critère de jugement principal. Les travaux de St Etienne et Chambéry se basent sur les données de la CPAM pour avoir des informations sur les consultations de médecine générale. Dans la même idée, le travail sur la PASS du CHIC recueillait les informations par retour de lettre par médecin.

Dans mon travail, j'ai demandé directement aux patients s'ils avaient consulté un médecin généraliste. Il existe donc nécessairement un biais de déclaration qui influe sur mes résultats. On peut se demander si certains patients n'ont pas répondu ce que je voulais entendre, et/ou s'ils ont bien compris ma question (barrière de la langue).

Ce choix est délibéré et avait été discuté en amont avec le Dr ROUSTANG : il paraissait plus déontologique de recueillir directement les informations auprès des patients.

On peut également se demander pourquoi je me suis concentrée sur le fait d'avoir une consultation avec un médecin généraliste et non sur la donnée « avoir déclaré un médecin traitant ». En 2015 (45), 92% des assurés ont déclaré un médecin traitant, dont seulement 87,2% des patients CMU-C.

Dans la thèse de Thomas COLLIN, seulement 55% des patients ayant consulté à la PASS de Chambéry avait déclaré un médecin traitant.

Les patients bénéficiant de l'AME ne peuvent par ailleurs pas déclarer de médecin traitant (46). Ces derniers représentent 30% de notre population.

Le critère « avoir déclaré un médecin traitant » n'était donc pas adapté à notre population.

Pour expliquer ces résultats, on peut aussi signaler que la durée d'observation de trois mois est courte pour évaluer une insertion durable dans le système de soins de droit commun.

De nombreux patients m'ont déclaré avoir vu un généraliste une fois et ne pas avoir l'intention de le revoir (en raison de la nécessité d'avance de frais, de refus de patient CMUC par le médecin). Rien ne prouve que nos patients continueront un suivi avec un médecin généraliste à long terme.

Toujours dans le travail de Thomas Colin, 54% des patients étudiés avaient bénéficié de deux consultations ou moins avec un médecin généraliste dans l'année 2009 dont 14% de patients ne bénéficiant que d'une seule consultation. La moyenne du nombre de consultation par patient était de 4,57 consultations par an avec une dispersion très grande, allant de 0 à 32 consultations.

A titre de comparaison, en 2010, le taux annuel de consultations médicales par habitant était de 6,7 consultations en France. Parmi ces consultations, le taux de recours aux omnipraticiens était de 80 à 90% (46).

Certains patients m'ont formulé leur désir de revenir consulter à la PASS, soit pour une consultation médicale, soit pour une consultation sociale. Cela indique que ces patients ne sont pas encore vraiment intégrés au système de droit commun. Ils ne relèvent plus théoriquement du domaine de la PASS, mais n'ont pas un accès facile à la médecine de ville. Il est donc important que le relai PASS-ville soit réalisé correctement et que le patient soit orienté vers un médecin prêt à l'accueillir.

Nos patients nous ont dit avoir fait face à des refus de soins comme définis par le Fonds CMU (47):

- Refus d'accorder un rendez-vous à un patient bénéficiant de la CMU-C ;
- Demande d'avance des frais, malgré la présentation de la carte vitale à jour et/ou l'attestation de droit à la CMU-C ;
- Pratique d'un dépassement d'honoraires non justifié, c'est-à-dire en l'absence d'exigences particulières de la part du patient comme une demande de soins non pris en charge par l'assurance maladie, un rendez-vous en dehors des horaires habituels du cabinet, une demande de visite à domicile non justifiée.

Il faut noter qu'en 2012, le bilan annuel de conciliation de la CNAMTS (48) a dénombré plus de 1000 signalements relatifs à des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C sur un total de 19517 signalements (32% de refus de tiers payant, 30% de non-respect des tarifs opposables et 18% de refus de soins ou de poursuite de soins).

On peut imaginer que nos patients ne font quasiment jamais de signalements. En effet, ils ont peu de

connaissances du système de santé, ne parlent pas toujours le français, ne savent parfois ni lire ni écrire, et n'ont tout simplement pas d'accès à une connexion internet.

Enfin, pour expliquer ces résultats si flatteurs, on peut mettre en avant la qualité du relai mis en place par le Dr ROUSTANG et son assistante sociale. Ce relai est préparé bien en amont de la dernière consultation. Le Dr ROUSTANG rédige systématiquement une lettre de résumé en expliquant au patient l'importance du médecin référent en ville. L'assistante sociale réalise quasiment toujours un relai nominatif (sauf le cas de rares patients vivants loin de Créteil) et adresse le patient vers un médecin habitué aux patients issus de la PASS (réseau de médecins ou de centre de santé travaillant avec la PASS). La proximité est également un facteur important pris en compte dans le relai PASS-villes mais de nombreux patients sont SDF et, de ce fait, n'ont pas de lieu d'habitation stable.

En analyse univariée, seul le caractère « francophone » est statistiquement significatif. C'est donc le seul facteur qui semble influencer le retour au droit commun. Je n'ai donc pas fait d'analyse multivariée.

Le problème de la langue est une des difficultés fréquentes décrites par les médecins généralistes lors des consultations avec des migrants. La non compréhension de la langue est également un frein pour la compréhension des démarches.

Dans sa thèse Sophie LE GOFF (49), souligne les difficultés liées à la barrière de la langue. Elle interroge divers patients sur leur expérience de la médecine en France. Vladimir (un des patients interrogés) déclare : « Oui ce n'est pas si facile à trouver, un bon docteur qui parle anglais ! Un jour j'ai eu un problème avec mon bras qui était paralysé, j'ai vu un médecin, je crois neurologue, il a écrit une lettre qui disait : « *Ce patient ne parle pas bien français, son état de santé n'est pas normal et il a besoin de massages* », *c'est tout ce qu'il écrit*. ». Ensuite, il explique que pour les démarches : « Après on a rencontré une personne russe de l'association qui nous a accompagné dans nos démarches pour la traduction et après c'était facile pour moi de la faire tout seul ».

En 2013, l'agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne a interrogé des migrants de différents pays de l'Union Européenne : la langue est pour eux l'obstacle le plus lourd et agit comme une discrimination indirecte (50).

La barrière de la langue a donc un impact majeur sur l'accès aux soins (51), et participe aux inégalités sociales de santé.

Quelles solutions peut-on imaginer pour faciliter la prise en charge de ces patients par les médecins généralistes en ville ? Une fiche pratique du Quotidien du Médecin (52) liste des solutions, auxquelles j'en ai ajouté certaines trouvées entre autres sur internet :

- Quelques phrases types d'anglais ;
- Les glossaires : le site Traducmed, google translate ;
- Un interprète ami de patient sur place l'accompagnant lors de la consultation ;
- Les services professionnels d'interprétariat : des structures, telles que l'association Inter-Service Migrant Interprétariat (ISM) ou COFRIMI, services payant nécessitant un financement
- Les consultations transculturelles à l'hôpital.

Dans *Réfugiés, migrants, barrière de la langue* : des praticiens donnent leur opinion sur les moyens d'aide à la traduction (53). Les auteurs recueillent 153 questionnaires remplis et utilisables par des médecins généralistes suisses. Leur objectif était d'évaluer les besoins en interprètes qualifiés et autres moyens d'aide à la traduction lors de consultations quand il existait un problème linguistique.

Trois solutions étaient proposées aux soignants : un interprète accompagnant le patient, un glossaire, et un service téléphonique. « 85% des médecins interrogées considéraient la présence d'interprètes comme souhaitable ; 45% se déclaraient favorables à l'existence d'un service téléphonique, 58% souhaitaient disposer de glossaires. »

Pour améliorer le retour au droit commun en cas de barrière de la langue, il faut donc améliorer l'information des médecins généralistes sur les solutions et/ou trouver des médecins parlant plusieurs langues, financer les services d'interprétariat et les mettre en place.

Il faut noter aussi que les migrants devraient pouvoir rapidement apprendre le français pour une insertion à long terme.

Dans les travaux de mes confrères, d'autres facteurs déterminants avaient été mis en évidence, comme le logement, le type de prise en charge, et le nombre de pathologies. Ces facteurs n'influencent pas le retour au droit commun dans notre travail.

CONCLUSION

La PASS médicale dédiée de l'Hôpital Henri MONDOR est donc un lieu de pluridisciplinarité permettant aux patients un accès aux soins de santé et à une prise en charge sociale. Elle accompagne ses patients jusqu'à ce qu'ils obtiennent une prise en charge médicale et sociale (CMU-C + PUMA ou AME) et permet pour la majorité d'entre eux une insertion réussie dans le droit commun. Ils sont alors orientés vers des médecins généralistes installés en libéral ou des centres de santé.

Notre étude visait à évaluer le pourcentage de patients consultant un médecin généraliste dans les trois mois de son orientation en ville. Notre résultat principal est que 78% des patients analysés consultaient un médecin généraliste dans les trois mois, sans certitude sur le caractère pérenne de cette insertion dans le système de santé de droit commun.

L'élément déterminant gênant cette insertion est l'absence de maîtrise de la langue française.

Comme solutions pratiques, nous envisageons la création d'un site internet permettant de cartographier les médecins généralistes maîtrisant une autre langue que le français en Ile de France et de répertorier les lieux permettant d'apprendre le Français.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) POTVIN L. MOQUET M.-J. JONES C. (sous la dir.). Réduire les inégalités sociales en santé.. Saint-Denis . INPES. coll. *Santé en action*. 2010. 380 p.
- (2) LECLERC. A.. FASSIN. D. GRANDJEAN. H. Les inégalités sociales de santé. (2000). Paris . *La Découverte*.
- (3) Brochure INPES Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d'une approche locale et transversale.. Mai 2013.
- (4) Journal Officiel année 1987. Grande pauvreté et précarité économique et sociale ; No 6. 28 février 1987
- (5) Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Les Travaux de l'Observatoire 2000.
- (6) Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Mesures et évolution de la pauvreté. Rapport 2007-2008.
- (7) Préambule adopté par la Conférence Internationale sur la Santé. New YORK. 19-22 Juin 1946. Signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats et entré en vigueur le 7 avril 1948 à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé
- (8) DAHLGREN G. WHITEHEAD M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. 1991. Stockholm. Sweden. *Institute for Futures Studies*
- (9) Rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. 2009
- (10) PARIZOT I. CHAUVIN P. Le recours aux soins des personnes en situation précaire. Une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. 2003
- (11) Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. IRDES. n°556. juin 2014
- (12) Observatoire des inégalités. L'évolution de la Pauvreté en France. Les nouvelles formes de l'aggravation. Suivi annuel des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale. Edition 2015 (8)
- (13) GIRARD V. ESTECAHANDY P. CHAUVIN P. La santé des personnes sans chez soi. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin. Ministre de la Santé et des Sports. Paris. Novembre 2009. 220 p.

- (14) DRESS. L'état de santé de la population en France. Rapport 2015
- (15) TUPPIN P. BLOTIERE P-O. WEILL A. RICORDEAU Ph. ALLEMAND H. Surmortalité et hospitalisations plus fréquentes des bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire en 2009. *Presse Med.* 40. E304-E314.
- (16) Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population. *Questions d'économie de la santé.* 173. Février 2012
- (17) Fonds CMU. La dépense de CMU complémentaire par Bénéficiaire. 2013-2014. 2015
- (18) Site de l'OMS. 10 faits sur les inégalités en matière de santé. Octobre 2011.
http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/fr
- (19) OMS. Les inégalités « tuent à grande échelle » [Internet]. 2008. Available from.
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/fr/>
- (20) BLA Gray AM .Inequalities in health. The Black Report. a summary and comment. *Int J Health Serv.* 1982.12(3).349-80.
- (21) PICARD H. Rapport Analyse de l'activité des centres Mission France de Médecins du Monde durant l'année 1999. P. 23. mai 2000.
- (22) Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative a la lutte contre les exclusions
- (23) Loi n°99-586 du 17 juillet 1999 relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale.
- (24) Haut Conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé, sortir de la fatalité.. HCSP. 2009. 99p.
- (25) Fonds CMU. Annuaire statistique CMU. Mai 2016.
- (26) http://www.cmu.fr/les_droits_a_la_couverture_maladie.php.
- (27) Loi n°2004-809 du 13 aout 20004 relative aux libertés et responsabilités locales.
- (28) <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>.
- (29) Circulaire DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 no 98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.
- (30) 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).
- (31) Rapport du CNLE. Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale- Edition 2016.
- (32) COUTRON Cédric. GEORGES Claire. ASTRE Harold. TAJAHMADY Ayden. Les PASS, modèles d'organisation performante des soins. 2015. *Presses de l'Ecole des Hautes Etudes*

en Santé Publique.

- (33) FABRE C. BAUDOT V. TOULEMONDE S. Evaluation des permanences d'accès aux soins de santé – Rapport final. Paris. *Gres Médiation Santé*. 2003.
- (34) MOUCHE C. Les PASS et leurs enjeux institutionnels. APHP et PASS : proximité et excellence. *Colloque national PASS*. 2011. Accessible en ligne.
- (35) GEORGES-TARRAGANO . C . ASTRE. H . GUETARNI. F. Les PASS. Outils de coordination médico-sociale des parcours complexes. *Revue hospitalière de France*. 2016/07 (571). 54-59.
- (36) 10 questions sur les PASS. *Gazette santé sociale*. 10 novembre 2013.
- (37) BO Santé- Protection Sociale- Solidarité n°2015/6 du 15 juillet 2015.
- (38) LEBAS Jacques. Rapport relatif à la mise en œuvre des PASS. Mai 2000.
- (39) RIVOLLIER E. et BOURGIN V. PASS et réintégration dans le système de soins de droits commun. Etude de la PASS du CHU de St Etienne en collaboration avec la CPAM. 2005.
- (40) KAIL B. Parcours de soins des consultants de la PASS. Enquête qualitative. PASS du CHIC. 2007. Créteil.
- (41) PAILHES Sophie. De la PASS au système de santé de droit commun. Thèse d'exercice. Lyon. Juin 2008.
- (42) COLIN Thomas. Le Parcours De Soins Des Consultants De La Permanence D'accès Aux Soins De Santé De Chambéry – Evaluation Du Retour Au Droit Commun Thèse d'exercice. Mars 2011. Grenoble.
- (43) PIRON Prescillia. « Comment organiser le parcours de soins des populations vulnérables entre la ville et l'hôpital ? Étude à partir d'une consultation hospitalière de médecine sociale » Mémoire. Juin 2015.
- (44) F. JOCTEUR-MONROZIER. ETUDE PASS-MT 2016 : Evaluation du taux de suivi des patients par un médecin traitant après leur prise en charge par la PASS du CHU de Montpellier.. Montpellier. 2016.
- (45) Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Médecin traitant. Négociations 2016. Réunion du 1er Juin 2016. [Internet]. Disponible sur http://www.apima.org/img_bronner/160601_seance_MT_forfait_patientele.pdf
- (46) Programme de qualité et d'efficience « Maladie » Octobre 2011 <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indicateur9-pqemaladie.pdf>
- (47) Fonds CMU. Vous avez été victime d'un refus de soins ? Page internet créée par le Fonds

CMU. Consultable sur https://www.cmu.fr/vous_avez_ete_victime_refus_de_soin.php

- (48) CNAMTS Bilan annuel de la conciliation en 2011.. décembre 2012
- 3) LE GOFF Sophie. L'accès des patients précaires au parcours de soins de droit commun. Etude qualitative d'une population de consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Bobigny. Thèse d'exercice. novembre 2014. Bobigny.
- 1) European Union Agency for Fundamental Rights Luxembourg. Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare. . 2013. Disponible en ligne <http://fra.europa.eu/en/publication/2013/inequalities-discrimination-healthcare>
- (51) BOWEN S. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins. Santé Canada. Novembre 2001. Disponible sur. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2001-lang-acces/index_f.htm
- (52) MARTEL P. Soigner les patients de langue et de culture différentes. Le quotidien du médecin. 25.11.2016https://www.lequotidiendumedecin.fr/fiche-pratique/2016/11/25/soigner-les-patients-de-langue-et-de-culture-differentes_839591
- (53) BERTRAND GRAZ et al Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction.. Santé Publique 2002/1 (Vol. 14). p. 75-81. DOI 10.3917/spub.021.0075
- (54) Le Monde.fr.Comprendre la crise des migrants en Europe en cartes, graphiques et vidéos. 04.09.2015. En savoir plus sur http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/09/04/comprendre-la-crise-des-migrants-en-europe-en-cartes-graphiques-et-videos_4745981_4355770.html#Eq5YsQBgbfaejFX.99

ANNEXE 1 : Principales pathologies décrites par les patients

Cardiologie	HTA, douleurs thoraciques
Endocrinologie	Diabète
Psychiatrie	Etat de Stress Post Traumatique, Syndrome anxiodépressif
Neurologie	Céphalées
Rhumatologie et orthopédie	Arthralgies, lombalgies, suite de traumatismes non traités (fractures)
Pneumologie	Dyspnée, toux
Ophtalmologie	Myopie, cataracte, douleurs oculaires, suite de traumatisme
Stomatologie	Mauvais état dentaire
ORL	Sinusite, rhinite
Hépto-gastroentérologie	RGO, douleurs abdominales
Néphrologie	Insuffisance rénale
Hématologie	Anémie, thalassémie, drépanocytose
Urologie	Infection urinaire, HBP
Infectiologie	VIH, VHB, VHC
Dermatologie	Eczéma, lipome, ulcères, brulures, gales, plaies chroniques
Gynécologie	Dysménorrhée, dyspareunie, grossesse, suite de viol, recherche d'IST

Titre en français : Devenir des patients consultant à la PASS de l'Hôpital Henri MONDOR

Résumé (français) :

Malgré une législation importante, l'accès aux soins reste un droit menacé. Les patients les plus démunis font face à des démarches administratives complexes, à une stigmatisation de la part de l'administration et de soignants. Les inégalités sociales de santé ont pourtant de lourdes conséquences. Les PASS accueillent des personnes sans couverture sociale ou partielle et/ou en situation de précarité. Elles ont pour missions de favoriser le retour au droit commun. De nombreux travaux montrent une insertion entre 60 à 65% dans les suites d'une prise en charge en PASS. L'objectif était d'évaluer le pourcentage de patients quittant la PASS médicale dédiée de l'hôpital Henri MONDOR, une fois des droits acquis poursuivant leur parcours auprès d'un omnipraticien en ville. Secondairement, nous ont intéressés les différents facteurs pouvant influencer cette insertion. Les critères d'inclusion étaient l'absence de droits à la sécurité sociale ouverts lors de la première consultation, bénéficier d'au moins une consultation sociale et une consultation médicale. Les patients inclus étaient contactés par téléphone à 3 mois. Le critère de jugement principal était la réalisation d'une consultation avec un omnipraticien dans les 3 mois. 138 patients étaient inclus dans notre étude entre avril 2017 et octobre 2017 : 114 patients analysés et 24 perdus de vue. Parmi les patients analysés, 78% avaient consultés un omnipraticien. Le caractère francophone était statistiquement plus représenté dans cette population. Nous envisageons donc de cartographier les médecins généralistes maîtrisant une autre langue que le français en Ile de France et de répertorier les lieux permettant d'apprendre le Français.

Mots clés (français) : Exclusion social, Accès aux soins, Continuité des Soins, Inégalités sociales de Santé, Droits communs

Titre en anglais : Future of Health Care Acces Permanence patients

Abstract (english) :

Despite substantial legislation, access to healthcare remains a threatened right. The poorest patients face complex administrative procedures, stigmatization from the administration and caregivers. Social inequalities in health have profound consequences. PASS (Health Care Access Permanence) welcome people without social or partial coverage and / or in precarious situations. Their mission is to promote the return to common law. Many studies show insertion between 60 and 65% in the wake of PASS care. The objective was to evaluate the percentage of patients leaving the Henri MONDOR hospital's dedicated medical PASS, once acquired rights, continuing their follow up with a single-handed general practitioner. Secondly, we investigate in the various factors that can influence this insertion. The inclusion criteria were the absence of open social security rights at the first consultation, at least one social consultation and one medical consultation. The included patients were contacted by phone at 3 months. The primary outcome was a consultation with a general practitioner within 3 months. 138 patients were included in our study between April 2017 and October 2017: 114 patients were analyzed and 24 lost to follow-up. Among the analyzed patients, 78% had consulted a general practitioner. The mastery of the French language was significantly more represented in this population. Consequently, to this result, we plan to map the general practitioners speaking a language other than French in Ile de France and to identify the places to learn French for this population.

Keywords (english) : Health Care Inequalities, General Practice, Indigency

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06