

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Etat des lieux de la Connaissance de la Permanence d'Accès aux Soins de
Santé du Centre Hospitalier d'Arras, par les médecins généralistes de la
Communauté Urbaine**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 8 octobre 2020 à 18h
au Pôle Formation
par **Sonia BENABDALLAH**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD

Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Enayet EDUN

Avertissement

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

GLOSSAIRE

ACS	Aide pour une complémentaire santé
AME	Aide médicale de l'Etat
ARS	Agence régionale de santé
CASO	Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHA	Centre Hospitalier d'Arras
CMG	Collège de la médecine générale
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CSP	Code de la santé publique
CSS	Complémentaire santé solidaire
CUA	Communauté Urbaine d'Arras
DGOS	Direction générale de l'Offre de soins
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
FMC	Formation médicale continue
FMI	Formation médicale initiale
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation
MIG PASS	Mission d'intérêt général pour les permanences d'accès aux soins de santé
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONEPS	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PRAPS	Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins
PUMa	Protection universelle maladie
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SIAO	Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation
T2A	Tarifcation à l'activité
TEF	Test exact de Fisher

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	5
GLOSSAIRE	9
RESUME	13
I. INTRODUCTION GENERALE.....	14
A. La lutte contre la précarité de la santé en France	15
B. La prise en charge des soins de santé en France.....	16
1. La Protection Universelle Maladie (PUMa).....	16
2. La Complémentaire Santé Solidaire (CSS) et l’Aide Médicale de l’Etat (AME) ..	18
3. La difficulté d’accès aux soins de santé	20
C. La Permanence d’Accès aux Soins de Santé (PASS).....	21
1. La PASS et ses consultants	24
2. Un financement spécifique	25
D. Analyse bibliographique	26
E. Historique des circulaires et lois liées à l’aide aux soins de santé.....	32
F. Objectifs de la thèse.....	33
II. MATERIELS ET METHODES.....	34
A. Type d’étude	34
B. Cadre d’étude	34
C. Population de l’étude.....	36
D. Recueil des données	36
E. Analyses statistiques.....	37
F. Ethique	37
III. RESULTATS.....	38
A. Caractéristiques démographiques.....	38
B. Niveau de connaissance des systèmes de couverture sociale	39
1. La PUMa	40
2. La CSS.....	40
3. L’AME.....	41

C.	Niveau de prise en charge du patient démuné de couverture sociale.....	41
1.	Niveau de prise en charge des personnes n'ayant pas de droits potentiels (PUMa, CSS, AME).....	41
2.	Régularité de prise en charge de patients démunis ou dépourvus de protection maladie	42
3.	Estimation du nombre de patients par an	43
4.	Situation la plus fréquente d'absence de protection de santé.....	45
5.	Le motif.....	46
6.	Les démarches.....	47
7.	Les dispositifs existants au sein de la Communauté Urbaine d'Arras	49
D.	La Permanence d'Accès aux Soins de Santé	51
1.	Connaissance de la PASS	51
2.	Biais de connaissance de la PASS	51
3.	Le dispositif PASS du Centre Hospitalier d'Arras	52
4.	A propos d'un temps d'information sur la PASS	53
5.	Différentes formes de formation	53
6.	La sensibilisation des futurs professionnels de santé	53
7.	Les différentes formes de sensibilisation à la PASS	54
E.	Le partenariat médico-social et les difficultés de prise en charge des patients étrangers.....	54
1.	L'intérêt d'un partenariat « médico-social » entre le dispositif PASS et les médecins généralistes de la CUA.....	54
2.	L'adhésion au partenariat	55
3.	Les obstacles à un partenariat médico-social	55
4.	Le suivi d'un patient étranger	56
IV.	DISCUSSION	58
A.	Les caractéristiques socio-démographiques et la représentativité de l'échantillonnage	58
1.	Sexe	58
2.	Age.....	58

3. Zone d'exercice	59
B. Résultats principaux et leur implication majeure.....	59
1. Proportion de médecins généralistes connaissant les systèmes de couverture sociale et la PASS.....	59
2. Evaluer le souhait des médecins généralistes sur la mise en place et le suivi d'un dossier PASS.....	60
C. Sujets d'ouverture.....	65
D. Validité interne de l'étude	66
1. Forces de l'étude	66
2. Le questionnaire	66
3. Les biais de l'étude	66
V. CONCLUSION.....	68
BIBLIOGRAPHIE	69
ANNEXES.....	79
A. Questionnaire	79
B. Rapport de délibération du conseil de la CUA du 21 décembre 2017	88
C. Mail envoyé aux médecins généralistes de la CUA	90
D. Le score EPICES	91

RESUME

Introduction : La Permanence d'accès aux soins de santé [PASS] est un dispositif d'aide en cas de non éligibilité à une couverture sociale. Sa connaissance initiale par les médecins généralistes semble primordiale et permettrait de repérer les situations à risque de renoncement aux soins.

L'objectif de notre étude est d'estimer la proportion de médecins généralistes, au sein de la Communauté Urbaine d'Arras, qui ont une connaissance individuelle de la PASS du Centre Hospitalier d'Arras [CHA].

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive auprès des médecins généralistes de la Communauté Urbaine d'Arras [CUA]. L'étude s'est déroulée du 29 avril au 31 juillet 2020.

Résultats : Les données ont été recueillies auprès de 74 médecins généralistes de la CUA. L'âge moyen était de 49,6 ans. Les répondants étaient pour une grande majorité en activité libérale.

Dans notre étude, moins de la moitié des médecins généralistes connaissaient le dispositif PASS, et moins d'un médecin sur quatre son existence au CHA. Ce chiffre s'élevait à 75 % lorsqu'il était rapporté aux médecins régulièrement confrontés à des patients démunis ou dépourvus de protection de santé. Nous avons observé que 90 % des médecins interrogés souhaitaient une meilleure sensibilisation à la PASS. On relevait également un manque de formation des médecins en amont de leur période d'exercice. Un temps d'information dédié sur le mode de fonctionnement de la PASS au CHA intéressait les médecins avec 67,57 % et ce, quelle que soit leur connaissance initiale.

Conclusion : Malgré l'ancienneté du dispositif PASS, celui-ci restait minoritairement connu par les médecins généralistes. Une formation plus soutenue et systématique semblerait nécessaire au bon fonctionnement du dispositif PASS.

I. INTRODUCTION GENERALE

Dans son rapport de 1997 *A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital* (1), le docteur Jacques LEBAS, ancien président de Médecins du monde et fondateur de la Consultation Baudelaire en charge de la précarité à l'hôpital Saint-Antoine, insistait sur l'importance de la sensibilisation et de la formation à la précarité. Cette lecture introductive nous fait constater que, 22 ans après ces propos, les divers points évoqués restent d'actualité.

« La montée de la pauvreté et de la précarité se traduit par l'arrivée, aux portes des hôpitaux (et, en général, des urgences, surchargées et inadaptées), d'un nombre croissant de malades qui n'ont plus accès aux praticiens généralistes ou aux soins de ville. [...]

Proposition : Intégrer à l'ensemble des informations sur les droits des malades, celles qui concernent leurs droits sociaux, les porter à la connaissance du personnel hospitalier. Faire connaître, de façon systématique, auprès des publics concernés, les initiatives qui les concernent. [...]

La dissociation entre le médical et le social a entraîné une grande ignorance des médecins, des soignants et du personnel administratif des droits sociaux des malades, des responsabilités à l'égard de leur santé individuelle et collective, des liens entre précarisation, états de santé et accès aux soins. En particulier, ces processus et ces déterminants sociaux de la santé ne sont pas enseignés dans le cursus des études médicales. Ils ne le sont que très accessoirement évoqués au cours de l'apprentissage pratique des étudiants dans les services hospitaliers des CHU. Ils ne font pas partie, aujourd'hui, des thèmes de la formation médicale continue. L'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité, la lutte contre les inégalités de santé constituent un véritable enjeu de santé publique. [...]

Ces formations, initiales ou continues, sont nécessairement pluridisciplinaires, associant des approches sociologiques, économiques, historiques, épidémiologiques, éthiques et de santé publique. Elles doivent intégrer des intervenants de terrain, des volontaires des associations, des professionnels du médico-social et des spécialistes des disciplines sus-citées. [...]

Ces formations méritent d'être ouvertes à tous, aux hospitaliers et aux non hospitaliers (médecins et infirmières libéraux, travailleurs sociaux de quartier, cadres de l'assurance maladie, médecins scolaires ou du travail, etc...). Elles deviennent ainsi l'occasion d'échanges et de partages d'expériences hautement profitables dans l'optique d'un hôpital ouvert sur la ville, intégré dans des réseaux de prise en charge de ces populations. »

A. La lutte contre la précarité de la santé en France

Le terme de précarité se définit, selon l'ONPES (l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale), comme « *un ensemble de facteurs de risques et d'incertitudes sur l'emploi et les ressources qui conduirait à la pauvreté, liée à l'absence simultanée de facteurs de stabilité, notamment dans le travail, les revenus, les conditions de logement ou la situation individuelle non identifiables à la pauvreté* ». (2)

Les frais de santé engendrant la difficulté d'accès aux soins pour les plus démunis, est un exemple indéniable de précarité. En France, ce sujet a entraîné la création progressive de nouvelles lois et structures visant à faciliter la prise en charge des soins de santé. (3)

A l'origine, la prise en charge de ces soins était assurée par les associations car elles étaient les témoins directs de l'exclusion sanitaire. L'antenne d'accueil médical de Médecins du Monde à Paris avait alors pour objectifs : accueillir, soigner, offrir des consultations médicales gratuites, offrir des examens complémentaires et des médicaments gratuits, établir ou rétablir les droits, orienter et agir pour la réinsertion. (4)

En février 1992 est créée une 1^{ère} consultation médicale sociale et soignante pour les personnes démunies. Initiative de l'équipe de la polyclinique de l'hôpital Saint-Antoine à Paris, sous l'impulsion du docteur Jacques LEBAS.

Il y a une extension en 1993 dans le cadre des recommandations d'une circulaire du ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. Cette circulaire enjoignait aux préfets de département de conclure des conventions « permettant de délivrer des produits pharmaceutiques et des soins en consultations externes aux populations très mouvantes dont l'instabilité sociale et géographique rend vaine toute perspective d'une gestion suivie de leurs droits ». (5)

En mars 1995, apparaît le rapport de la commission présidée par le docteur LEBAS sur l'accueil des malades démunis à l'AP-HP. Les directeurs d'hôpitaux de courts séjours ont été incités à organiser une consultation sans rendez-vous, située en dehors des urgences et à renforcer la présence d'assistantes sociales afin d'aider les personnes à établir leurs droits (6).

En 1998, la loi d'orientation de lutte contre les exclusions [Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998] a permis de créer deux dispositifs complémentaires (7) :

- Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- Les bases du dispositif de gratuité des soins sous conditions de ressources avec la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Les principes de base de la CMU sont fondés par la loi du 27 juillet 1999 (6) : les bénéficiaires ont droit à la couverture obligatoire et à la couverture complémentaire gratuite (Exonération du ticket modérateur correspondant aux quotes-parts que la Sécurité sociale laisse à la charge de l'assuré) et aussi à la dispense d'avance des frais.

Depuis le 1^{er} janvier 2000, toute personne de nationalité étrangère en situation irrégulière peut bénéficier d'une prise en charge sociale : l'Aide médicale de l'Etat (AME). La personne doit prouver avoir résidé au moins trois mois en France et avoir des revenus inférieurs à un certain plafond (le même que celui de la CMU complémentaire). (9)

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire Santé (ACS) a vu le jour à travers la loi du 13 Août 2004 (10). Elle a pour objectif d'aider les personnes qui se trouvent juste au-dessus du seuil d'accès à la CMU complémentaire (CMU-C) à acquérir une assurance complémentaire santé.

La circulaire du 16 mars 2005, relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'AME (article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'article 97 de la loi des finances rectificative pour 2003 du 30 décembre 2003), vise à permettre une prise en charge des soins urgents quelle que soit la situation administrative des personnes au regard de leur séjour sur le territoire national. Elle stipule par ailleurs que « des procédures internes doivent être instaurées pour permettre la vérification du caractère urgent des soins délivrés ainsi que l'évaluation quantitative et qualitative des soins délivrés ». (11) (12)

Enfin, la charte du patient hospitalisé et la circulaire du 2 mars 2006 déclarent que « les soins doivent être accessibles à tous ». Ainsi, la prise en charge des soins de santé est assurée à partir de plusieurs entités offrant au patient un suivi médical, quels que soient son âge ou son état de précarité. (13)

B. La prise en charge des soins de santé en France

1. La Protection Universelle Maladie (PUMa)

Depuis le 1^{er} janvier 2016, via la loi de décembre 2015 de financement de la Sécurité sociale, la CMU de base disparaît et à la place est créée la PUMa : elle assure aux personnes qui exercent une activité professionnelle en France ou qui résident en France de façon stable et régulière, avec ou sans domicile fixe, la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie. Le but de cette loi est de créer un système de couverture médicale « universalisé » et de permettre d'ouvrir rapidement des droits pour toute personne résidant en France. (14)

La PUMa permet ainsi d'être remboursé de la part obligatoire des frais de santé, y compris dans le cadre hospitalier. Les remboursements sont effectués sur la base des tarifs de la Sécurité sociale. Les dépassements d'honoraire éventuels restent à la charge du patient.



FIGURE 1 - EXEMPLE D'UNE CONSULTATION CHEZ LE MEDECIN TRAITANT. [LIEN : [HTTPS://WWW.COMPLEMENTAIRE-SANTE-SOLIDAIRE.GOUV.FR/](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/)]

Pour en bénéficier, il faut remplir deux conditions :

- Résider en France de manière régulière : avoir la nationalité française, être titulaire d'un titre de séjour ou avoir entamé des démarches ;
- Résider en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

Ce qui la distingue aussi de l'ancienne CMU :

- Seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte, sans justifier d'une activité minimale ;
- Les travailleurs indépendants ont droit à la prise en charge de leurs frais de santé dès le début de leur activité professionnelle.

L'assurance maladie rembourse partiellement les dépenses de santé. La tarification de la Sécurité sociale se base sur un tarif de convention précis et rembourse la part obligatoire. Ce tarif de convention a notamment pour but d'aligner sur un même tarif une prestation donnée. La Sécurité sociale rembourse généralement 70% du dit tarif de convention. Il y a ainsi 30% qui resteront à la charge de la personne assurée, c'est ce reste à payer que l'on appelle le ticket modérateur. Une complémentaire santé peut couvrir en partie ou en totalité ces frais restant à charge du patient.

Toutefois, une participation forfaitaire d'1 € est demandée aux plus de 18 ans. Elle s'applique pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin mais également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. Il n'y a pas de participation forfaitaire à régler pour les mineurs, les femmes à partir du 1er jour du sixième mois de grossesse et jusqu'au 12e jour suivant la date de l'accouchement ou pour les bénéficiaires de la CSS ou de l'AME. (15)

2. La Complémentaire Santé Solidaire (CSS) et l'Aide Médicale de l'Etat (AME)

En cas de nécessité, des systèmes d'aide complémentaire permettent la prise en charge de tout ce qui n'est pas inclus dans la PUMa. Les dépenses de santé sont ainsi prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la Sécurité sociale, avec dispense d'avance des frais ou tiers payant : la CSS et l'AME. Ces deux dispositifs sont apparus au 1^{er} novembre 2019 (15) (16).

i. La CSS

Elle remplace la CMU-C [Couverture Maladie Universelle Complémentaire] et elle est ouverte aux bénéficiaires de l'ACS [Aide au paiement d'une Complémentaire Santé] ; elle permet la prise en charge de tout ce qui n'est pas inclus dans la PUMa (ticket modérateur, forfait hospitalier, frais supplémentaires concernant certains soins dentaires, lunetterie et prothèses auditives). Les dépenses de santé sont ainsi prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la Sécurité sociale avec dispense d'avance des frais (ou tiers payant). La CSS bénéficie à l'ensemble du foyer.

De plus, l'ACS [Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé] est créée le 13 août 2004 pour lutter contre l'effet de 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.

Il faut pour cela remplir deux conditions :

- Bénéficiaire de la prise en charge des frais de santé par l'Assurance Maladie, à savoir la PUMa ;
- Avoir des ressources inférieures à un montant calculé en fonction de la composition du foyer.

A noter que la CSS ne s'applique pas à Mayotte, Wallis-et-Futuna, en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Pour faciliter l'accès aux soins, les bénéficiaires de la CSS ont un droit de dispense d'avance des frais (appelé le tiers payant) et une exonération de la participation forfaitaire de 1€. Aussi, aucun dépassement d'honoraires ne peut être facturé.

L'ESSENTIEL

La Complémentaire santé solidaire, c'est quoi ?

La Complémentaire santé solidaire est une aide pour payer vos dépenses de santé. Vous y avez droit si vos ressources sont modestes. Selon vos ressources, la Complémentaire santé solidaire :

- ne vous coûte rien
- OU
- vous coûte moins de 1 € / jour et par personne

La Complémentaire santé solidaire peut couvrir l'ensemble de votre foyer.

Comment la Complémentaire santé solidaire vous aide-t-elle ?

Avec la Complémentaire santé solidaire, vous ne payez pas :

- le médecin
- le dentiste
- l'infirmier
- le kinésithérapeute
- l'hôpital
- vos médicaments

Et vous ne payez pas dans la plupart des cas :

- vos prothèses dentaires
- vos lunettes
- vos prothèses auditives
- vos dispositifs médicaux

Attention
Le médecin ne peut pas vous demander de dépassement d'honoraires sauf si vous avez des demandes particulières, comme des visites à domicile non justifiées.

Qui peut demander la Complémentaire santé solidaire ?

Pour demander la Complémentaire santé solidaire, vous devez :

- bénéficier de l'assurance maladie
- ne pas dépasser la limite maximum de ressources

FIGURE 2 - LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE, C'EST QUOI ? [LIEN : AMELI.FR]



FIGURE 3 -EXEMPLE D'UNE CONSULTATION CHEZ LE MEDECIN TRAITANT. [LIEN : [HTTPS://WWW.COMPLEMENTAIRE-SANTE-SOLIDAIRE.GOUV.FR/](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/)]

ii. L'AME

Depuis le 1^{er} janvier 2000, toute personne de nationalité étrangère en situation irrégulière peut bénéficier d'une prise en charge sociale : l'Aide médicale de l'Etat qui est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

Il faut remplir deux conditions :

- Résider de façon stable, c'est-à-dire ininterrompue, depuis plus de 3 mois en France ;
- Avoir des ressources inférieures à un montant calculé en fonction de la composition du foyer.

A noter que l'AME ne s'applique pas à Mayotte.

L'AME prend en charge les dépenses de santé pour les consultations médicales ou dentaires (cabinet ou hôpital). Les dépenses de santé sont ainsi prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la Sécurité sociale, avec dispense d'avance des frais (ou tiers payant). L'AME bénéficie à l'ensemble du foyer. Pour faciliter l'accès aux soins, les bénéficiaires de l'AME ont un droit de dispense d'avance des frais (appelé le tiers payant) et une exonération de la participation forfaitaire de 1€.

Des dépassements d'honoraires peuvent être facturés, il n'existe pas dans ce cas de forfaits supplémentaires concernant certains soins dentaires, lunetterie et prothèses auditives.

3. La difficulté d'accès aux soins de santé

Il est important de notifier une autre difficulté d'accès aux soins de santé : l'absence de mutuelle ou de CSS qui nécessite de régler la part complémentaire des dépenses de santé.

Dans ce cadre, on retrouve deux principales difficultés :

- Les patients ayant des droits potentiels, avec absence de mutuelle à cause de leur coût trop important et/ou la méconnaissance de la CSS.
- Les patients avec des droits potentiels, mais ne voulant pas de mutuelle en raison d'un bon état de santé en apparence.

A noter que les migrants peuvent accéder à une couverture maladie, mais, au cours des trois premiers mois de résidence en France, ils sont exclus des systèmes de protection. Il existe cependant une exception pour les demandeurs d'asile ou les mineurs (17). En effet, tous les demandeurs d'asile ont le droit désormais à la PUMa, dès lors qu'ils en ont fait la demande auprès de la préfecture.

Malgré l'existence de ces dispositifs, nombre de patients n'ont pas de droits ouverts. Les raisons peuvent être multiples et la liste est loin d'être exhaustive :

- Méconnaissance du système de soins français (par le patient ou le praticien) ;
- Barrière de la langue ;
- Difficultés dans la constitution du dossier ;
- Migrants présents sur le territoire français depuis moins de 3 mois ;
- Les personnes atteintes d'une phobie administrative, dont les documents relatifs à la Sécurité sociale, n'ont jamais été mis à jour ;
- Les personnes ne pouvant pas accéder facilement à la médecine de ville.

Ainsi, en cas de non éligibilité à ces couvertures sociales, il existe un dispositif d'accès aux soins de santé : la PASS (Permanence d'accès aux soins de santé).

C. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

L'accès aux soins de santé d'urgence en France est un droit d'accès commun, y compris pour les personnes en situation de détresse (7) ou n'ayant pas de protection sociale minimale malgré une situation « régulière » sur le territoire français :

- Les personnes sans domicile fixe ;
- Les patients n'ayant pas de droits potentiels (malgré leur connaissance), à cause de l'absence de démarche personnelle, ou de suivi professionnel adapté ;
- Les patients n'ayant pas de droits potentiels à cause d'une méconnaissance du système ;
- Les migrants en France depuis moins de 3 mois ou n'ayant pas fait les démarches d'accès à l'AME ;

- Les personnes disposant d'un visa touristique sans assurance maladie dans leur pays d'origine.

Actuellement, ce dispositif est le seul recours aux soins possible pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France au cours des périodes d'exclusion légale du droit à la protection maladie et pour les personnes disposant d'un visa touristique sans assurance maladie dans leur pays d'origine.

Pour rappel, la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions introduit, dans le Code de Santé Publique, l'article L.6112-6 qui prévoit que « *les établissements publics et privés de santé participant au service public hospitalier mettent en place, dans le cadre des programmes régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), des Permanences d'Accès aux Soins de Santé [PASS]* ». (7)

Le dispositif PASS est créé en France par la circulaire DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 n° 98-736 du 17 décembre 1998 (18), 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. Ces établissements de santé concluent ainsi avec l'Etat des conventions. Pour ces personnes ayant besoin de soins mais ayant du mal à y accéder du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie, ou de leurs difficultés financières, la PASS assure :

- Des consultations externes ;
- Des actes diagnostiques et thérapeutiques ;
- Ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement.

Cela donne aussi accès à une assistance sociale : conseils dans les démarches administratives (assurance maladie, PUMa, AME, CSS...) et accompagnement dans le parcours de soins.

Le décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique, impose un assistant de service social affecté pour tout ou partie de son temps à la structure des urgences. Il est notamment chargé d'organiser la prise en charge sanitaire et sociale adaptée des patients à leur sortie de cette structure. (19)

Ainsi, l'arrêté du 23 mars 2007 (basé sur l'article D162-8 du Code de la Santé Publique) (20) précise que sont pris en charge « *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 mentionnées à*

l'article L.6112-6 du code de la santé publique et la prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé. »

Afin d'harmoniser les prestations assurées dans les permanences et de proposer un accompagnement efficace dans tous les hôpitaux où elles existent, la circulaire du 18 juin 2013 annonce un référentiel d'organisation et de fonctionnement des PASS, rédigé par les ARS et la DGOS (21). Elle demande à chaque permanence « d'élaborer et de diffuser un *document formalisé, qui définit les situations de précarité et fournit des indicateurs d'alerte et des outils (critères, score, échelle) pour évaluer la situation des patients nécessitant un accompagnement particulier* ».

Trois types d'activité doivent être distingués :

- Auprès des patients : accueil, entretiens, démarches d'accès aux droits, consultations.
- Auprès des professionnels de l'établissement : sensibilisation, information et formation, définition de protocoles.
- Auprès des partenaires extérieurs à l'établissement : intervenants du secteur sanitaire, professionnels agissant dans le réseau local de précarité.

Les PASS sont réparties sur le territoire au sein des hôpitaux publics et des hôpitaux privés exerçant une mission de service public. Elles peuvent cependant être également situées en dehors de ces établissements, pour en faciliter l'accès :

- PASS centralisée : l'action s'effectue, pour l'essentiel, sur un local dédié ;
- PASS transversale : l'activité est peu localisée, menée par un ensemble de professionnels sociaux et sanitaires.

Chaque PASS se doit d'être facilement identifiable et accessible aux patients et aux acteurs de l'établissement de santé. Pour ce faire, une communication suffisante doit être effectuée par les établissements concernés (brochure, site internet, signalétique intra-muros). Elle doit également disposer d'un référent social et d'un référent médical.

Les activités médicales de la PASS sont majoritairement généralistes. Toutefois, des permanences spécialisées ont été créées pour un besoin spécifique (buccodentaire, psychiatrique). Si un patient ne peut accéder à certaines consultations d'un établissement, le personnel PASS se doit de l'accompagner. Pour accéder à l'offre de soins de droit commun et bénéficier d'une continuité des soins conforme à ses besoins, le patient est orienté à l'issue de sa prise en charge.

Enfin, en cas de frein de communication lié à la barrière de la langue, le dispositif doit avoir les moyens de recourir à des services d'interprétariat.

1. La PASS et ses consultants

Les populations consultant au sein des PASS sont :

- Les personnes sans couverture sociale ;
- Les personnes avec une couverture sociale partielle.

Depuis la création de la PASS, des études à l'échelle nationale ont permis d'analyser plus en détail le profil des personnes éligibles aux différents dispositifs d'aide (PASS, AME, CMU, ACS), ainsi que l'impact de ces dispositifs sur les dépenses de santé :

- En 2003, 42% des personnes n'avaient pas de couverture sociale à leur entrée dans le dispositif (22) ;
- En 2011, le collectif PASS (23) 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. 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 (18) ;
- En 2015, les prestations sociales représentent 34% du PIB, dont 35% concernent la santé. Celles-ci sont versées à 91% par les administrations publiques, dont 73% par la Sécurité sociale (24) ;
- En 2016, les personnes accueillies dans les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde, dont 54 % étaient en situation irrégulière au jour de leur première visite, présentaient un retard de recours aux soins important. Huit personnes sur dix ne bénéficiaient d'aucun droit à une couverture de santé lors de leur première visite alors qu'elles pouvaient théoriquement en bénéficier (25) ;
- En 2017, 5,48 millions de personnes étaient bénéficiaires de la CMU-C, soit une augmentation de 25% en 5 ans. Mais seules 60% des personnes éligibles y avaient recours. Le non-recours à l'ACS restait élevé en 2017, entre 41 % et 59 % selon la DREES. Les bénéficiaires de l'AME représentaient alors environ 0,5% des dépenses d'assurance maladie ; (26)
- En 2019 paraissait le rapport d'activité 2018 des fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. (27) . Près de 7 millions de personnes étaient couvertes par la CMU-C (5,63 millions) ou par un contrat ACS (1,27 million).

2. Un financement spécifique

Dès l'instauration du modèle de tarification à l'activité (T2A), a été créée, au sein de l'ONDAM, la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC) (21). Le financement de la PASS se fait alors via une dotation pour les Missions d'intérêt général (MIG), car elles ne peuvent être financées à l'activité en raison de l'absence d'une classification adaptée ou du rattachement impossible à un patient donné (28).

Le budget d'une PASS est ainsi couvert par une dotation finançant la MIG PASS (29) (30) (21). Il s'élève à 60 millions d'euros et il est distribué par la DGOS aux 26 ARS, qui ensuite répartissent le montant entre les PASS présentes sur leur territoire (31). En 2015, en plus du budget prédéfini, 5,6 millions d'euros étaient ajoutés pour le renforcement des PASS ainsi que la mise en place de nouvelles PASS dans des zones qui en étaient dépourvues (32).

Sous contrôle de l'ARS, le budget alloué à la PASS est déterminé par les informations fournies par les directeurs des établissements de santé. Il intègre l'ensemble des frais liés à l'activité de la structure : frais de personnel, examens médicaux, dépenses pharmaceutiques, interprétariat... L'ARS vérifie l'adéquation entre l'activité et le montant de la dotation. Par exemple, une PASS généraliste, recevant au moins 100 patients par an, a un budget minimal requis de 50 000 euros. Chaque année, 1 000 patients peuvent représenter une somme montant jusqu'à 450 000 euros (21).

Plusieurs indicateurs de la PASS sont aussi communiqués dans le but d'un rééquilibrage des moyens (33) :

- Le mode d'organisation ;
- Les caractéristiques du personnel et ses effectifs ;
- Les prestations fournies aux personnes accueillies ;
- Le nombre de patients vus au moins une fois dans l'année ;
- Le nombre d'entretiens sociaux ;
- Le nombre de consultations médicales réalisées.

Enfin, il convient de s'assurer de l'implication de chaque PASS dans la prise en charge de la précarité sur son terrain d'action en fonction de :

- La réalité de l'activité dispensée par la PASS ;
- La place de chaque PASS au sein du réseau santé/précarité régional.

D. Analyse bibliographique

Entre 2010 et 2020, en France, de nombreuses thèses ont été menées autour de la problématique d'accès aux soins de santé. La grande variabilité des sujets d'étude portant sur la PASS ou, de manière plus générale, sur la précarité de santé, démontre un souhait des hôpitaux et de la médecine libérale d'étendre et de faciliter l'accès aux soins de santé pour tous. Certaines thèses ont particulièrement retenu l'attention de l'auteur car elles ont pu mettre en évidence des éléments-clés ayant contribué à l'élaboration de la présente thèse, comme, le ressenti de la PASS par les médecins généralistes, par les patients ou encore la prise en charge des médecins généralistes des patients n'ayant pas accès au droit commun.

En 2011, Thomas COLLIN a soutenu une thèse intitulée : *Le Parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry : évaluation du retour au droit commun* (34). Son travail portait notamment sur le faible pourcentage de suivi prolongé des consultants de la PASS. A noter que la majorité des consultants étaient des migrants. Deux études quantitative et qualitative visant à en expliquer les causes, ont été menées mais n'ont pu aboutir à aucun résultat concluant du fait de la trop grande hétérogénéité des parcours de soins de santé des patients. L'auteur a toutefois pu observer quelques tendances comme la précarité administrative au regard du droit au séjour des étrangers et la nécessaire reconduction annuelle de la demande de droits. Un autre point important a été soulevé, les personnes rencontrées pouvaient témoigner d'un sentiment de reconnaissance mais aussi parfois être victime d'une profonde stigmatisation. Le développement de ces nouvelles pratiques pourrait donc favoriser l'accessibilité aux soins de santé et ainsi participer à l'intégration des consultants de la PASS.

En 2013, Laura FEDERICI a soutenu une thèse intitulée : *La Prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus* (35). Son travail visait à montrer les différents facteurs facilitant l'accès aux soins de santé de médecine générale. Les facteurs notables étaient :

- La présence d'un médecin généraliste pour chaque patient afin de faciliter la coordination et l'organisation du suivi ;
- L'organisation, au sein d'un hôpital, de plages horaires de consultation sans rendez-vous avec des médecins généralistes volontaires, accompagnés d'outils de traductions ou même d'interprètes. Le but étant de limiter l'effet de barrière de la langue, reconnu par de nombreux patients comme un critère limitant la prise de rendez-vous ;
- Le maintien d'une densité médicale suffisante afin d'assurer une bonne répartition démographique des patients en état de précarité de santé.

La même année, Sylvie KHAN a soutenu une thèse intitulée : *Prise en charge des patients migrants atteints de cancer en situation de précarité : étude qualitative réalisée à la PASS Verlaine de l'hôpital Saint-Louis à Paris* (36). Elle met en évidence l'importance d'une collaboration du médecin généraliste avec la PASS dans le but d'acquérir une vision globale de la situation du patient, et ainsi lui prodiguer les soins dans les meilleures conditions. En effet, le suivi isolé des patients n'ayant pas accès au droit commun, par les médecins généralistes est généralement considéré comme un processus chronophage.

En 2014, Sophie LE GOFF a soutenu une thèse intitulée : *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* (37). L'objectif était de comprendre les étapes de la PASS pouvant rendre l'intégration ou la réintégration dans le droit commun trop complexe. Il apparaissait que la PASS était de plus en plus considérée comme un dispositif de soin classique pour les personnes, dites « exclues ». Cela renforçait le caractère stigmatisant de ce dispositif. Toutefois, les patients venaient généralement y trouver une écoute et un accompagnement dans leurs démarches sociales et médicales. La PASS offrait à une patientèle en état de précarité, un lieu de soins « assimilé au droit commun » et devenait un espace où se développaient des liens d'intégration et de valorisation de l'identité des individus.

En 2014, Céline ERNST TOULOUSE et Charlotte NOLLET, ont soutenu une thèse intitulée : *Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé : perspectives en médecine générale* (38), dans laquelle elles mettent en avant l'importance de la sensibilisation et de la formation à la précarité. Faire connaître, de façon systématique, auprès des publics concernés (patients et professionnels), les initiatives nouvelles ou déjà en place, permettrait d'améliorer l'accès aux services de soins de santé.

En 2015, Géraldine MARTIN a soutenu une thèse intitulée : « *Patients en situation de précarité : Quel parcours de soins en médecine générale ?* » (39). Ce travail reposait sur une étude qualitative, permettant de questionner la manière dont les médecins interpellés analysaient les différents déterminants sociaux de santé des patients en état de précarité, pour adapter au mieux leur prise en charge. Or le résultat principal de sa thèse montrait qu'une recherche de ces déterminants n'était pas systématique pour plusieurs raisons :

- Prise en charge chronophage ;
- Manque de formation ;
- Peur d'être trop intrusif ou « jugeant » ;
- Difficultés de réorientation liées aux obstacles présents à l'entrée des secteurs 2 et dentaires.

La même année, Mathieu ABT a soutenu une thèse intitulée : *Recours à la médecine générale des patients migrants en Nord-Pas-de-Calais : attentes, déterminants et résultats de consultation somatiques et psychologiques* (40). Il s'alarme d'un manque d'accompagnement vers le système de droit commun, alors même que les migrants interpellés étaient davantage dans une démarche de stabilisation plutôt que dans un parcours migratoire. Ce manque d'accompagnement se traduisait notamment par une discordance entre les attentes des patients et le résultat des consultations. Un enseignement spécifique dans le tronc commun des études médicales permettrait alors d'améliorer l'écoute et la prise en charge par les médecins généralistes de patients exclus du droit commun, tout en limitant l'effet de stéréotypage. Cela aurait pour conséquence de mieux traiter les traumatismes psychologiques tout en limitant la surreprésentation des traitements médicamenteux.

En 2017, Agnès FRANCLET a soutenu sa thèse intitulée : *Enquête de satisfaction auprès des usagers de la PASS de l'Hôpital Saint-André de Bordeaux* (41). Cette thèse reposait sur une étude quantitative mettant en avant les points forts et les inconvénients de la PASS. De manière générale, près des trois quarts des consultants de la PASS étaient satisfaits du dispositif. L'incontestable avantage de la PASS reposait sur la prise en charge du patient, avec notamment les qualités d'accueil et d'écoute du personnel de santé. Toutefois les inconvénients étaient doubles : la durée d'attente de prise en charge par le médecin, ainsi que la difficulté d'accompagnement par l'assistante sociale (incompréhension de la situation sociale du patient et barrière de la langue).

En 2018, Marie VICIANA a soutenu une thèse intitulée : *Devenir des patients consultant à la PASS de l'Hôpital Henri MONDOR* (32). L'objectif principal était d'étudier sur une durée de trois mois, le suivi des patients à la suite de leur accès au droit commun. Il apparaissait que, bien qu'une majorité de patients continuaient à consulter un médecin généraliste, une grande incertitude persistait quant à la pérennité du suivi médical lié majoritairement à la barrière de la langue. Une idée a été proposée de développer un site internet cartographiant en Ile-de-France, d'une part les médecins généralistes maîtrisant des langues étrangères, et d'autre part les différents lieux d'apprentissage du français.

De nombreux rapports et articles ont également pu apporter des données fiables à l'échelle nationale et internationale.

En 2010, Médecins du Monde a publié un rapport intitulé : *Etat des lieux des Permanences d'Accès aux soins de Santé. Dans 23 villes où Médecins du Monde est présent* (3), faisant un constat alarmant sur des problèmes de fonctionnement du dispositif :

- Non accueil de tous les publics en situation de précarité quels que soient leurs droits ;

- Accès au soin des mineurs non systématiquement garanti ;
- Manque d'indication d'accès au sein des structures hospitalières ;
- Horaires inadaptés aux patients ;
- Présence d'un interprète non systématique ;
- Manque de ressources humaines (personnel médical et social) et matérielles ;
- Absence de consultation de médecine générale, considérée comme un frein à une prise en charge coordonnée ;
- Absence quasi générale de PASS dentaire ou psychiatrique ;
- Niveau de connaissance du dispositif par le personnel hospitalier insuffisant ;
- Irrégularités des comités de pilotage nuisant à l'efficacité ;
- Manque de travail en réseau conduisant à des difficultés d'orientation vers le droit commun de personnes disposant de droits ouverts. Cela pouvant engendrer une saturation du dispositif.

« Les PASS tiennent bien souvent à la volonté politique de la direction de l'hôpital. La prise en charge des publics en situation de précarité n'est pas toujours une préoccupation majeure au vu des enjeux de gestion des établissements et les PASS sont parfois perçues comme un instrument de recouvrement financier. Ceci étant, les PASS n'ont pas toujours les moyens nécessaires humains et matériels pour jouer leur rôle d'accueil des personnes les plus démunies. »

En 2014, l'INPES et la CMG publiaient un rapport intitulé : *Prendre en compte les inégalités de santé en médecine générale. Repères pour votre pratique* (42). Le but était de repérer d'éventuelles difficultés de parcours de santé liées à la situation sociale du patient que le médecin peut prendre en compte à chaque étape de la consultation :

- Faciliter l'accès aux soins primaires (possibilités de déplacement, programmer des plages de consultations sans rendez-vous, pratiquer le tiers payant) ;
- Mieux évaluer les facteurs de risque des maladies (analyse des facteurs sociaux et professionnels) ;
- Proposer des conseils de prévention adaptés ;
- Contribuer à une meilleure évolution du patient au sein du système de santé (information sur les services médico-sociaux locaux, facilitation de l'accès à un réseau de professionnels de santé et d'acteurs sociaux, orientation vers les services téléphoniques ou en ligne)

Au sein d'une patientèle, la prise en compte du statut social est également importante pour assurer une qualité globale des soins, bien que cela suppose des efforts différents à mener selon la situation sociale des patients. De cette manière, les médecins généralistes

peuvent contribuer à faire progresser les actions intersectorielles en faveur de l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

En 2015, Cécile FLYE SAINTE MARIE, Isabelle QUERRIOUX, Cédric BAUMANN et Paolo DI PATRIZIO ont publié un article intitulé : « Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires » (43). Les auteurs rappelaient le manque de collaboration entre les professionnels des structures spécialisées et les médecins généralistes libéraux. Ces derniers évoquant leurs difficultés et leur manque de connaissance des structures relais adaptées à ces publics. L'objectif était donc d'évaluer leurs connaissances de la précarité et des dispositifs médico-sociaux de prise en charge. Il en résultait que sur un échantillon de 385 médecins généralistes, les principales difficultés pointées concernant l'accès aux soins de santé des patients étaient :

- L'avance de frais (66 %) pour les consultations spécialisées et les examens complémentaires ;
- L'éducation hygiéno-diététique (58,2 %) ;
- Les problèmes de communication (54,8 %) ;
- Les pathologies chroniques (49,6 %) ;
- Les soins dentaires (47,4 %) ;
- La pathologie psychiatrique (42 %) ;
- Les addictions (42 %).

Concernant la connaissance des structures relais par les médecins : 87,5 % déclaraient connaître moyennement (50,9 %) ou insuffisamment (36,6 %) les dispositifs sociaux de leur territoire. A noter que l'étude a révélé une disparité des connaissances suivant la tranche d'âge, la plus jeune étant généralement la moins compétente sur le sujet. Toutefois, deux tiers des médecins exprimaient un souhait de formation ciblant majoritairement l'approche pluridisciplinaire et sociale. Certains suggéraient une meilleure coordination avec les travailleurs sociaux, en proposant notamment un annuaire des structures. D'autres propositions visaient à améliorer l'accès aux soins, qui relevaient plutôt des politiques sociales de santé. Enfin, une petite proportion de médecins suggérait des outils d'interprétariat.

En 2016, P. FLORES et H. FALCOFF, ont publié un article intitulé : « Peut-on agir en médecine générale sur les inégalités sociales de santé ? » Ces travaux ont mis en évidence trois obstacles majeurs à l'orientation ou la prise en charge de patients précaires par le médecin généraliste :

- Dépassement d'honoraires ;
- Absence de mutuelle complémentaire ;

- Refus de soins.

Les médecins généralistes doivent donc constamment adapter le parcours de soins du patient précaire en fonction des possibilités d'orientation dont ils disposent. Ces obstacles les obligent à faire des choix renforçant les inégalités et les stigmatisations envers les personnes en situation de précarité.

Enfin, en 2018, le ministère de la Santé faisait état de l'existence de 368 PASS, dont 44 psychiatriques et 18 dentaires.

Dans son ouvrage intitulé *Les Médecins généralistes face au défi de la précarité* (44), Caroline DE PAUW, docteur en sociologie, propose une étude centrée sur les interactions entre le médecin généraliste et ses patients en situation de précarité, afin de comprendre comment certaines pratiques et postures professionnelles peuvent contribuer à réduire ou à renforcer les inégalités sociales et territoriales de santé. Une intégration de la précarité dans la formation initiale semble nécessaire car l'absence de conscience de la différenciation sociale des états de santé et des besoins de soins génère des inégalités de prise en charge par omission. Les représentations parfois simplistes des précaires sont le résultat d'un manque de familiarité avec l'univers économique et social, les conditions de vie et de travail de leurs patients. La prise en charge d'une personne désocialisée ou avec des difficultés de compréhension nécessite plus que la norme implicite de durée de consultation. Les politiques sociales ne reconnaissent pourtant pas une prise en charge spécifique de ces personnes et n'autorisent pas une cotation spécifique, ce qui contribue à renforcer les inégalités et à détériorer la qualité des soins. Sa recherche démontrait également la méconnaissance de certains praticiens quant aux ressources disponibles pour une amélioration de la prise en charge de personnes précaires.

E. Historique des circulaires et lois liées à l'aide aux soins de santé

Les circulaires et lois relatives aux aides et à l'accès aux soins de santé sont récapitulées par ordre chronologique :

- *9 juillet 1993*, circulaire JORF/180 relative à l'application de l'article L. 365-1 du code de la santé publique (45) ;
- *17 septembre 1993*, circulaire DH/AF 1/DAS/RV 3 n° 33-93 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies (5) ;
- *21 mars 1995*, circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 95-08 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies - Rapport de commission AP-HP Dr LEBAS (6) ;
- *29 juillet 1998*, Loi n° 98-657 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. (5)
- Le dispositif PASS est créé en France par la circulaire DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 n° 98-736 du 17 décembre 1998 (18), 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 ;
- *27 juillet 1999*, mise en application des principes de base de la CMU (8) ;
- *1er janvier 2000*, mise en application de l'AME (46) ;
- *13 août 2004*, mise en application de l'ACS (10) ;
- *27 septembre 2005*, circulaire DGAS/DSS/DHOS/2005/407 relative aux soins d'urgence sans AME (11) ;
- *2 mars 2006*, circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 relative aux droits d'accessibilité des soins de santé pour tous (13) ;
- *22 mai 2006*, décret n°2006-577 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (47) ;
- *19 octobre 2009*, circulaire DHOS/F4 n° 2009-319 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé (48) ;
- *18 juin 2013*, circulaire DGOS/R4 no 2013-246 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (21).

F. Objectifs de la thèse

Les médecins généralistes sont en interaction quotidienne avec de nombreuses catégories sociales. Bien que leur impact soit difficilement mesurable sur le parcours de soins d'un patient, ils sont des acteurs privilégiés d'avancées dans les systèmes d'aide disponibles.

Un dispositif est mis en place au Centre Hospitalier d'Arras [CHA] afin d'assurer la prise en charge des ayants droit à la PASS par les médecins généralistes de la Communauté Urbaine d'Arras [CUA]. Or, plusieurs obstacles interviennent dans la création et le suivi d'un dossier PASS :

- La méconnaissance de la part du médecin à cause d'un manque de communication sur la PASS ;
- Les patients mal redirigés vers des structures associatives ou des centres sociaux spécialisés, assurant la prise en charge de santé.

L'objectif principal de ce travail est d'estimer la proportion de médecins généralistes, au sein de la CUA, qui ont une connaissance individuelle de la PASS et plus particulièrement la PASS du CHA.

Les objectifs secondaires sont doubles :

- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des médecins de la CUA ;
- Evaluer le souhait des médecins généralistes sur la mise en place et le suivi d'un dossier PASS.

II. MATERIELS ET METHODES

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive réalisée auprès des médecins généralistes de la Communauté Urbaine d'Arras. L'étude s'est déroulée du 29 avril au 31 juillet 2020.

B. Cadre d'étude

Notre étude portait sur l'ensemble des médecins généralistes de la Communauté Urbaine d'Arras, qui comprend 46 communes.

Notre étude s'est alors déroulée dans l'ensemble des établissements de santé publics et privés (Médecine libérale en cabinet de groupe ; Médecine libérale, hors cabinet de groupe ; Médecine hospitalière ; Protection Maternelle et Infantile) des 46 communes (Figure 4), afin de rester dans une logique de projet commun de développement d'accès aux soins.

Le fonctionnement de la Communauté Urbaine d'Arras se définit en trois zones :

- Un espace central urbain : la ville d'Arras ;
- Une première couronne périurbaine composée des sept communes autour d'Arras (>2000 habitants, avoisinant Arras) : Anzin-Saint-Aubin, Sainte-Catherine, Saint-Nicolas-Lez-Arras, Saint-Laurent-Blangy, Beaurains, Achicourt, Dainville ;
- Un vaste territoire rural autour (Figure 4).

Dans le questionnaire, le choix a été fait de ne pas considérer le terme de « périurbain » (50).

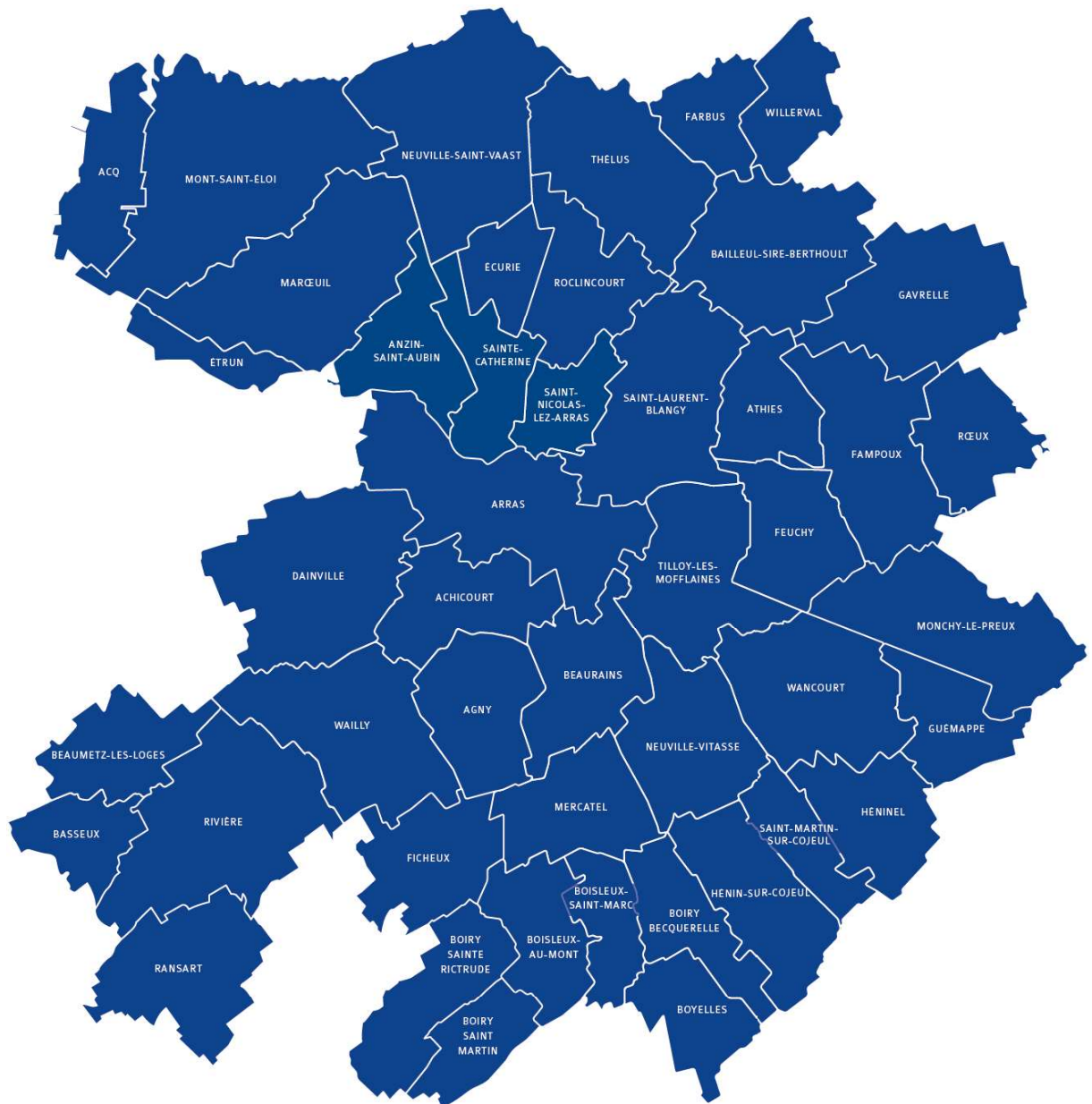


FIGURE 4 - LES COMMUNES MEMBRES DE LA COMMUNAUTE URBAINE D'ARRAS. [LIEN : [HTTP://WWW.CU-ARRAS.FR/](http://www.cu-arras.fr/)]

Selon l'INSEE, « une communauté urbaine est un EPCI [Etablissement Public de Coopération Intercommunale] regroupant plusieurs communes qui s'associent au sein d'un espace de solidarité, pour élaborer et conduire ensemble un projet commun de développement urbain et d'aménagement de leur territoire. » (49)

C. Population de l'étude

La population concernée est tout médecin généraliste de la CUA quel que soit son type d'exercice :

- Médecine libérale en cabinet de groupe ;
- Médecine libérale, hors cabinet de groupe ;
- Médecine hospitalière ;
- Activité mixte ;
- Protection Maternelle et Infantile.

Le recrutement des médecins s'est fait de manière directe par l'enquêteur : les médecins contactés étaient initialement répertoriés via l'annuaire santé de la plateforme AMELI de la CPAM (15). Les adresses email étaient obtenues après accord téléphonique des médecins généralistes concernés.

Le recrutement s'est également fait de manière indirecte via courriel transmis à tous les médecins généralistes issus de la liste de diffusion de la FMC Arras, par diffusion interne aux équipes de la PMI d'Arras ou de façon individuelle par les médecins contactés.

Les critères d'exclusion étaient le refus du médecin, les médecins retraités ou les médecins avec une qualification et une pratique spécifique comme l'angiologie ou l'allergologie.

D. Recueil des données

Les données de l'étude étaient recueillies via un questionnaire anonyme au format numérique *Google Form®*, auprès des médecins généralistes de la CUA (Annexe A). Les questionnaires étaient alors envoyés par courriel de façon individuelle et par diffusion commune via la FMC Arras.

Cinq parties majeures composaient le questionnaire :

- Le profil socio-démographique des enquêtés ;
- Leur niveau de connaissance des systèmes de couverture sociale ;
- Leur niveau de prise en charge du patient démunie de couverture sociale ;
- Leurs connaissances et l'intérêt qu'ils portent à la PASS ;
- Leur intérêt à un éventuel partenariat médico-social.

E. Analyses statistiques

Les données ont été regroupées dans un tableur *Excel*®. Pour décrire l'échantillon et répondre à l'objectif principal, chaque variable était décrite.

Pour les variables qualitatives, les effectifs et les pourcentages étaient calculés pour chaque modalité de réponse. Une association significative entre les différentes variables recueillies était réalisée via des analyses bivariées.

Les tests de comparaison étaient effectués en utilisant le test de Chi2. Lorsque les conditions d'application du test n'étaient pas respectées (au moins un des paramètres étant représenté par un effectif théorique trop faible), un test exact de Fisher (TEF) était réalisé. Le seuil de signification était fixé à $\alpha = 0,05$.

Les analyses ont été effectuées au moyen du logiciel R 3.5.1® et du site internet www.pvalue.iu.

F. Ethique

Les questionnaires ont été recueillis de façon anonyme. Une démarche d'information-consentement pour les médecins a été réalisée par contact téléphonique (recrutement direct), et une note explicative était jointe à l'email (recrutement indirect) (Annexe C).

III. RESULTATS

Nous avons pu dénombrer 104 médecins généralistes via la plateforme AMELI. 74 médecins (71,15 %) ont participé à l'enquête.

A. Caractéristiques démographiques

Les caractéristiques démographiques ont été recueillies auprès de 74 médecins généralistes de la CUA. Le sex-ratio hommes/femmes était de 0,60. L'âge moyen était de 49,6 ans ; l'écart-type de +/- 12,6 ans.

Les variables, résumées dans le tableau 1, sont exprimées en nombre et en pourcentage.

TABLEAU 1 - CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION. N = 74

Variables	Effectif N = 74	Pourcentage
Sexe		
Femme	46	62.16 %
Homme	28	37.84 %
Tranche d'âge		
< 30 ans	4	5.41 %
30-40 ans	18	24,32 %
40-50 ans	15	20.27 %
50-60 ans	15	20.27 %
> 60 ans	22	29.73 %
Zone d'exercice		
Urbain	49	66.22 %
Rural	25	33.78 %
Type d'activité		
Médecine libérale, en cabinet de groupe	39	52.70 %
Médecine libérale, hors cabinet de groupe	26	35.14 %
Médecine hospitalière	1	1.35 %
Activité mixte (hospitalière et libérale)	8	10.81 %
PMI	0	0.00 %

Parmi les 74 médecins :

- 3 hommes et 1 femme ont moins de 30 ans ;
- 10 hommes et 8 femmes ont entre 30 et 40 ans ;
- 4 hommes et 11 femmes ont entre 40 et 50 ans ;
- 7 hommes et 7 femmes ont entre 50 et 60 ans ;
- 4 hommes et 19 femmes ont plus de 60 ans.

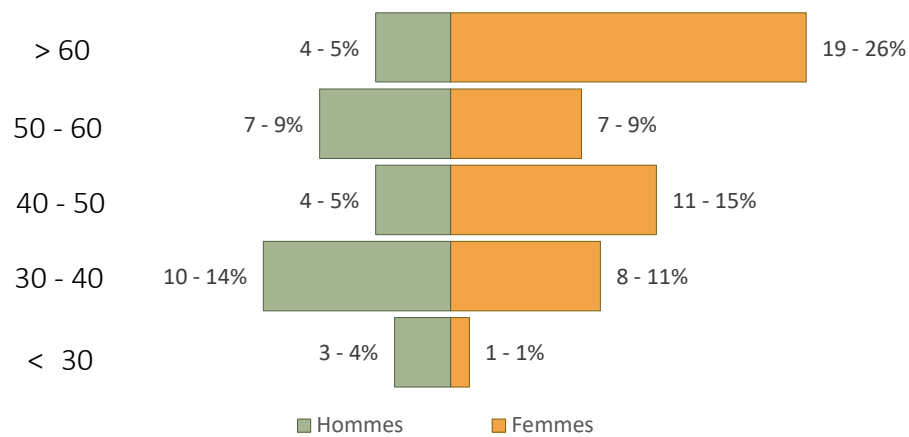


FIGURE 5 : PYRAMIDE DES AGES AU SEIN DE LA CUA. N = 74

B. Niveau de connaissance des systèmes de couverture sociale

Sur 74 médecins, l'AME était la plus connue (93,24 %), suivie de la CSS (70,27 %).

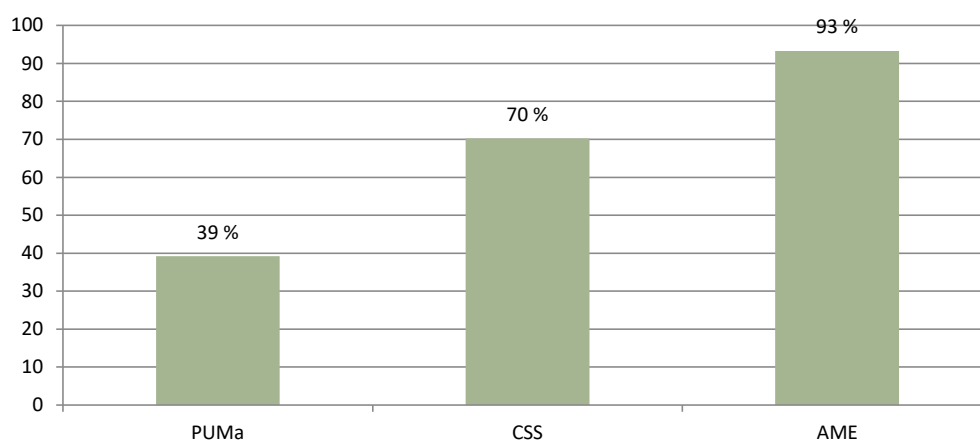


FIGURE 6 - CONNAISSANCE DE LA PUMA, CSS, AME. N = 74

1. La PUMa

Seuls 17% des médecins de 30-40 ans connaissaient la PUMa, contre 100% des moins de 30 ans.

Parmi les tranches d'âge suffisamment représentées (> 10 médecins), celle de 50 à 60 ans connaissait le plus la PUMa (57 %).

Il y avait une différence significative de la répartition de connaissance de la PUMa suivant la tranche d'âge ($p = 0.015$).

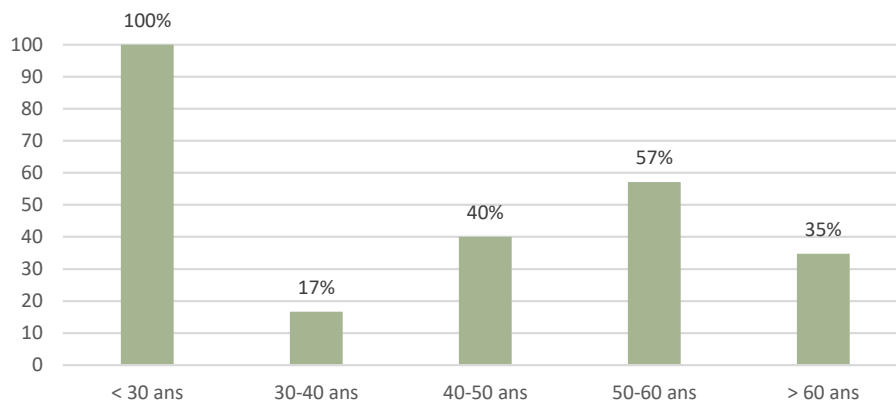


FIGURE 7 - CONNAISSANCE DE LA PUMa, RAPPORTEE A LA TRANCHE D'AGE.

2. La CSS

La CSS était beaucoup plus connue de la tranche d'âge 50-60ans (86 %). Nous n'avions pas retrouvé de différence significative suivant la tranche d'âge ($p = 0.47$).

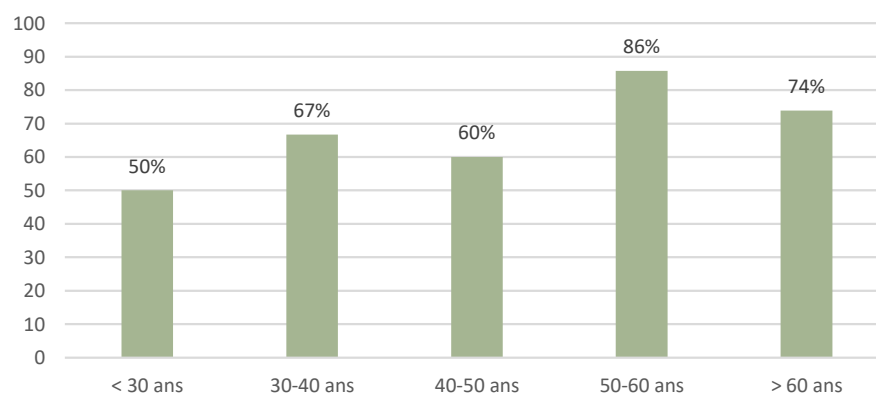


FIGURE 8 - CONNAISSANCE DE LA CSS, RAPPORTEE A LA TRANCHE D'AGE.

3. L'AME

Seuls 5 médecins ne connaissaient pas l'AME dans notre effectif. On ne retrouvait pas de différence significative suivant la tranche d'âge. ($p = 0.27$).

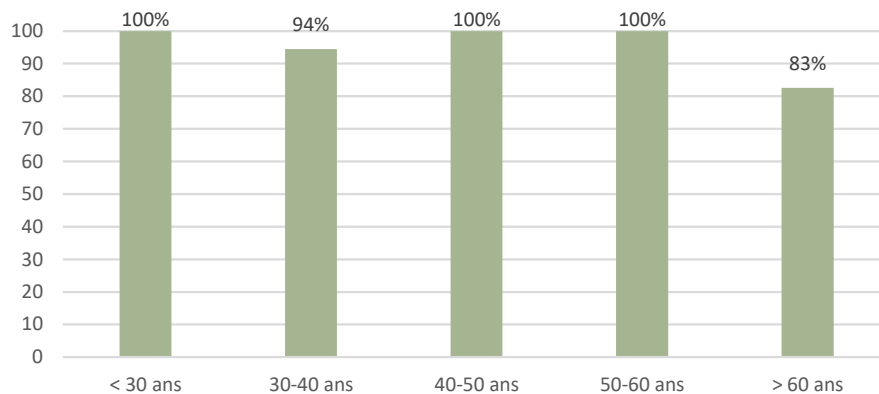


FIGURE 9 - CONNAISSANCE DE L'AME, RAPPORTEE A LA TRANCHE D'AGE.

C. Niveau de prise en charge du patient démunie de couverture sociale

1. Niveau de prise en charge des personnes n'ayant pas de droits potentiels (PUMa, CSS, AME)

Sur 74 médecins :

- 54 % acceptaient de recevoir des personnes n'ayant pas de droits potentiels, sans conditions, avec gratuité des soins envisageable ;
- 34 % l'acceptaient, mais sous condition (facturation a posteriori et/ou orientés par une association) ;
- 12 % ne recevaient que les personnes ayant des droits potentiels.

50 à 100 % des médecins restants prenaient en charge avec condition de paiement a posteriori. Les 12 % de refus incluaient 28 % des 30-40 ans (5 médecins) et 17 % des plus de 60 ans (4 médecins). Aucun refus n'avait été relevé parmi les médecins de 40 à 60 ans.

Il n'y avait pas de différence significative dans la répartition de prise en charge des patients sans droits potentiels, suivant la tranche d'âge ($p = 0.25$).

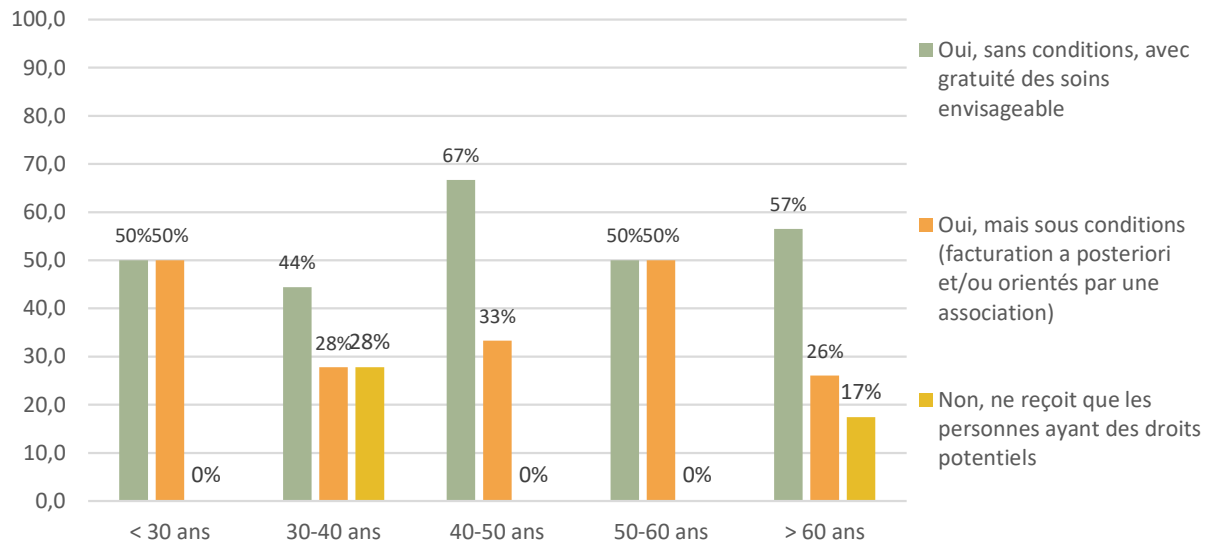


FIGURE 10 - PRISE EN CHARGE DES PATIENTS N'AYANT PAS DE DROITS POTENTIELS (PUMA, CSS, AME).

Les médecins en milieu rural prenaient plus en charge sans conditions (76 % contre 43 % en milieu urbain), et environ un médecin urbain sur cinq (18 %) ne prenait pas en charge de patient démuné ou dépourvu de protection de santé.

Il n'y avait pas de différence significative dans la répartition de prise en charge des patients sans droits potentiels, suivant la zone d'exercice ($p = 0.069$).

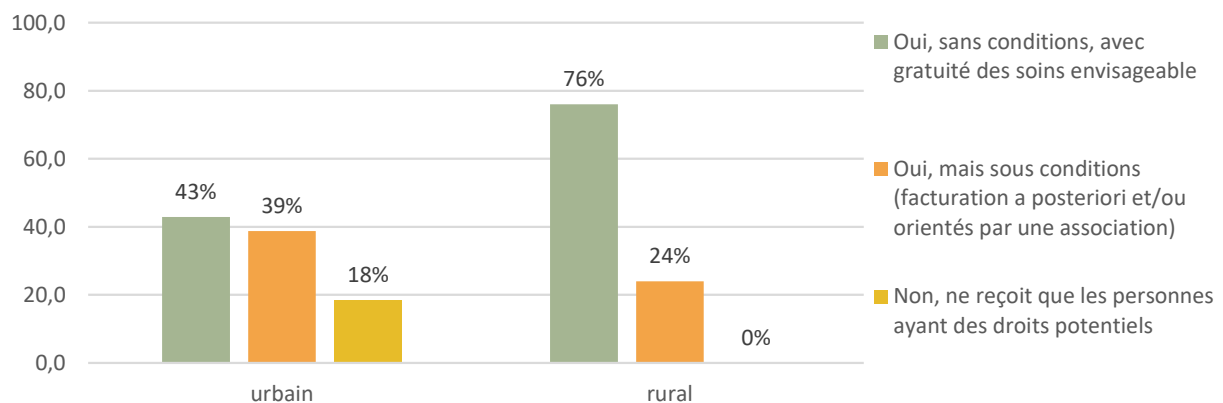


FIGURE 11 - PRISE EN CHARGE DES PATIENTS, N'AYANT PAS DE DROITS POTENTIELS (PUMA, CSS, AME), RAPPORTEE AU LIEU D'EXERCICE.

2. Régularité de prise en charge de patients démunis ou dépourvus de protection maladie

Sur 74 praticiens, 27,03 % étaient régulièrement confrontés à des patients démunis ou dépourvus de protection maladie (20 médecins). Les tranches d'âge recevant plus régulièrement des patients démunis ou dépourvus de protection de santé étaient les 50-60 ans à 57% et les 40-50 ans à 40%.

Il y avait une différence significative dans la répartition de médecins suivant les tranches d'âge ($p = 0.014$).

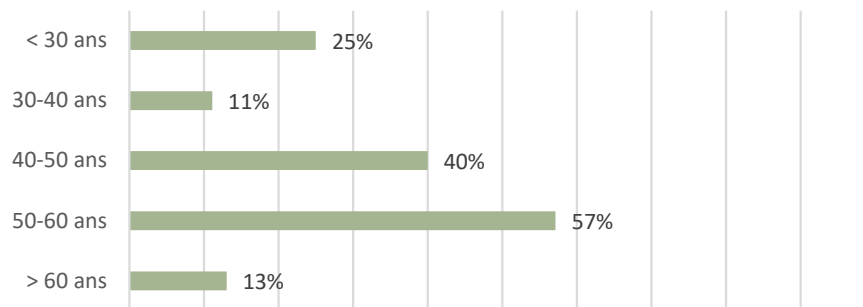


FIGURE 12 – TAUX DE MEDECINS REGULIEREMENT CONFRONTES A DES PATIENTS DEMUNIS OU DEPOURVUS DE PROTECTION MALADIE, RAPPORTE A LA TRANCHE D'AGE.

Environ 31 % des médecins pratiquant en milieu urbain ($N = 49$) et 20 % des médecins pratiquant en milieu rural ($N = 20$), étaient régulièrement confrontés à des patients démunis ou dépourvus de protection de santé.

Les médecins de 40 à 60 ans étaient les plus régulièrement confrontés à ces patients (autour de 50 % contre environ 10 % pour les autres tranches d'âge), sans différence significative dans la répartition des médecins suivant la zone d'exercice ($p = 0.57$).

3. Estimation du nombre de patients par an

Sur 74 médecins, 68,92 % recevaient moins de 10 patients démunis ou dépourvus de protection de santé par an.

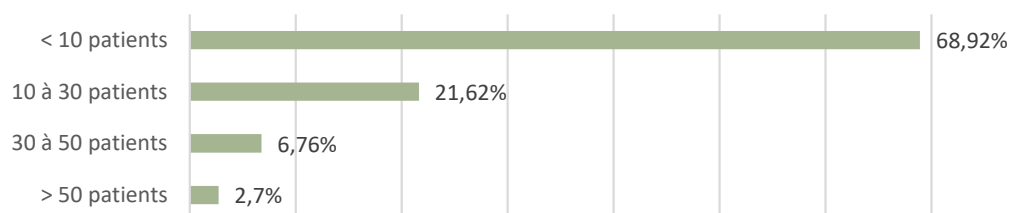


FIGURE 13 - QUANTITE ANNUELLE DE PATIENTS DEMUNIS. $N = 74$

Contrairement aux médecins de 30 à 40 ans, recevant à 89 % moins de 10 patients démunis par an, les deux tiers des médecins de 50 à 60 ans en recevaient plus de 10. De plus, tous les médecins recevant plus de 30 patients démunis par an avaient plus de 50 ans ($N = 7$ médecins).

Nous avons trouvé une différence significative dans la répartition du nombre de patients démunis ou dépourvus de protection de santé, suivant la tranche d'âge ($p < 0.01$).

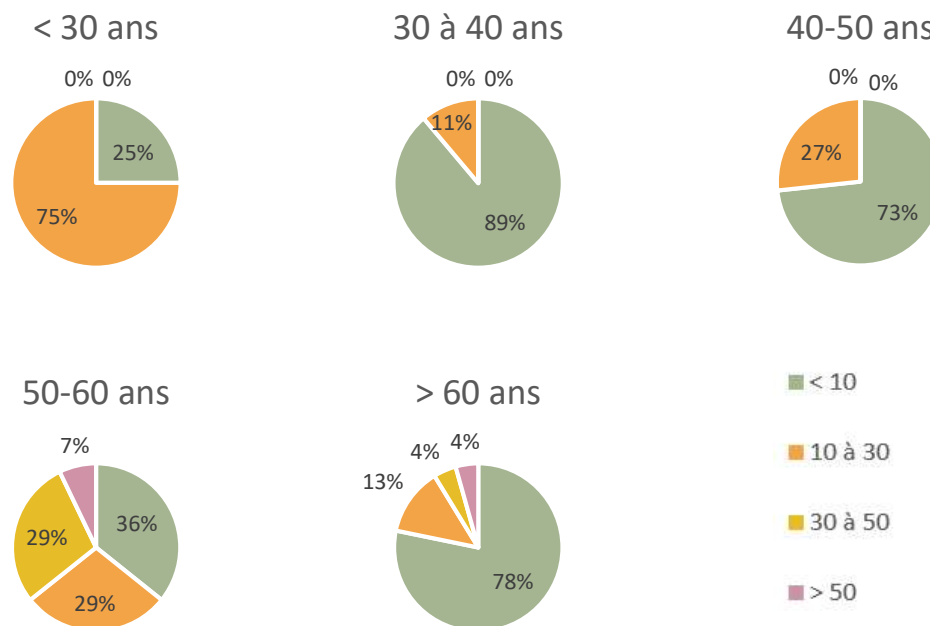


FIGURE 14 QUANTITE DE PATIENTS DEMUNIS, RAPPORTEE A LA TRANCHE D'AGE.

En milieu urbain, 67 % des médecins recevaient moins de 10 patients démunis ou dépourvus de protection de santé contre 72 % en milieu rural.

Il y avait une différence significative entre la répartition des médecins suivant la zone d'exercice ($p < 0.01$).

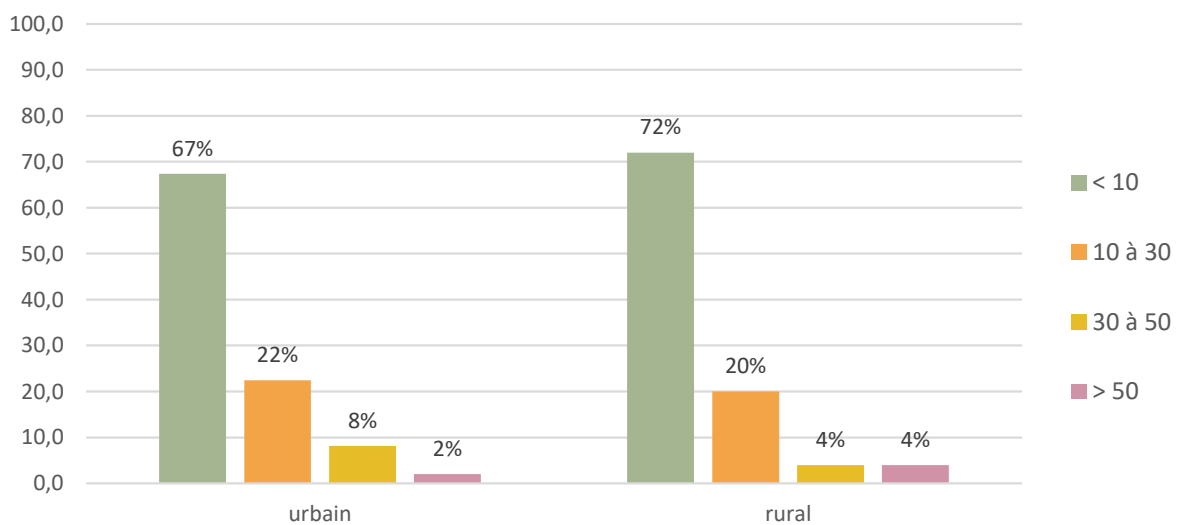


FIGURE 15 - QUANTITE ANNUELLE DE PATIENTS DEMUNIS, RAPPORTEE AU LIEU D'EXERCICE. N = [49, 25]

Sur 20 médecins se disant régulièrement confrontés à des patients démunis ou dépourvus de protection de santé, 40 % en recevaient entre 10 et 30, et 30 % moins de 10.

Il y avait une différence significative entre la répartition des médecins suivant la zone d'exercice ($p < 0.001$).

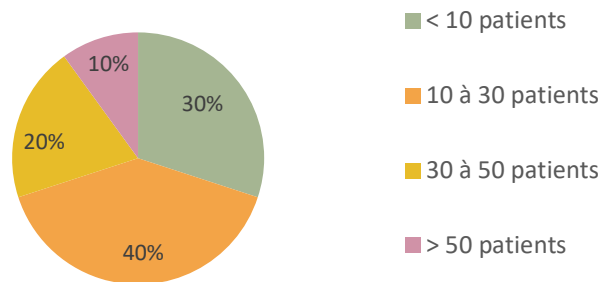


FIGURE 16 - QUANTITE DE PATIENTS N'AYANT PAS DE DROITS POTENTIELS, RAPPORTEE AUX MEDECINS SE DISANT REGULIEREMENT CONFRONTES A CES PATIENTS. N = 20.

4. Situation la plus fréquente d'absence de protection de santé

Sur 65 médecins ayant répondu :

- 18,46 % étaient majoritairement confrontés à des patients démunis ou n'ayant aucune protection de santé ;
- 81,54 % étaient majoritairement confrontés à des patients sans complémentaire santé.

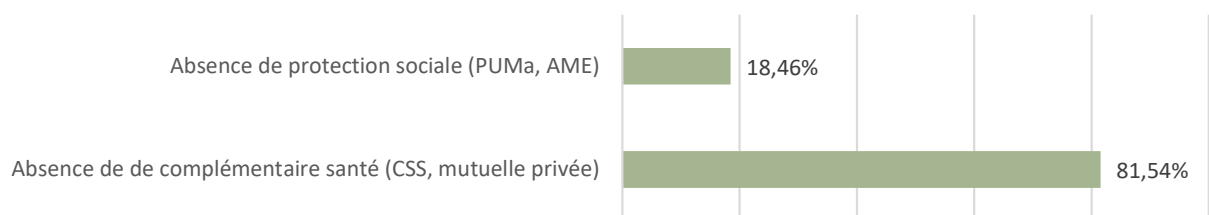


FIGURE 17 - SITUATION LA PLUS FREQUENTE D'ABSENCE DE PROTECTION DE SANTE. N = 65.

Les médecins de moins de 30 ans (50%) recevaient plus fréquemment des patients n'ayant aucun droit potentiel que des patients n'ayant pas de complémentaire santé (Figure 18).

Nous n'avons pas trouvé de différence significative suivant la tranche d'âge ($p = 0.36$).

Mis à part les médecins de moins de 30 ans, le rapport entre les patients n'ayant pas de droits potentiels et les patients dépourvus de complémentaire santé, était sensiblement identique quel que soit l'âge.

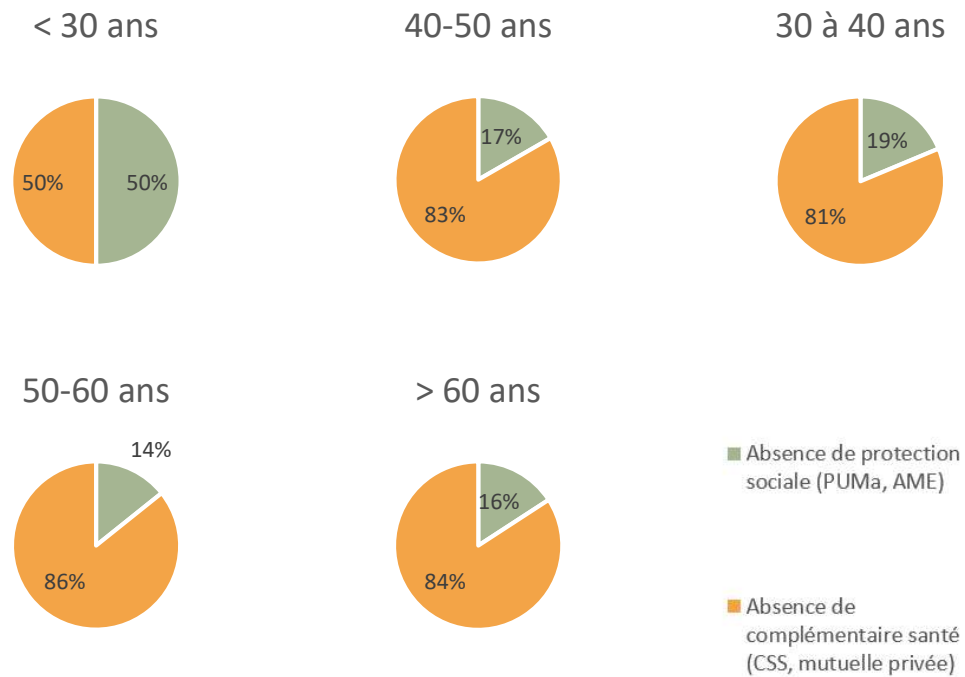


FIGURE 18 - SITUATION LA PLUS FREQUENTE D'ABSENCE DE PROTECTION DE SANTE, RAPPORTEE A LA TRANCHE D'AGE.

5. Le motif

Sur les 47 médecins exerçant en milieu urbain, 70 % considéraient qu'une partie de ces patients étaient démunis d'une complémentaire santé à cause du coût trop important des mutuelles (et/ou méconnaissance de la CSS), contre 52% en milieu rural.

Nous retrouvons une différence significative entre le coût des mutuelles et la zone d'exercice ($p = 0.017$).

De même, suivant la zone d'exercice, il y avait une différence significative devant la méconnaissance du système ($p > 0.01$) et le taux de patients migrants ($p = 0.035$).

Il n'y avait pas de différence significative entre l'absence de démarche ($p = 0.17$) et l'état de bonne santé apparent ($p = 0.77$).

En milieu urbain, le taux de patients dépourvus de protection de santé, lié au coût trop important des mutuelles, est deux fois plus élevé qu'en milieu rural (70 % contre 35 %).

En milieu rural, les principales raisons d'absence de protection sont la méconnaissance du système ou l'absence de démarche (respectivement 52 % et 48 %).

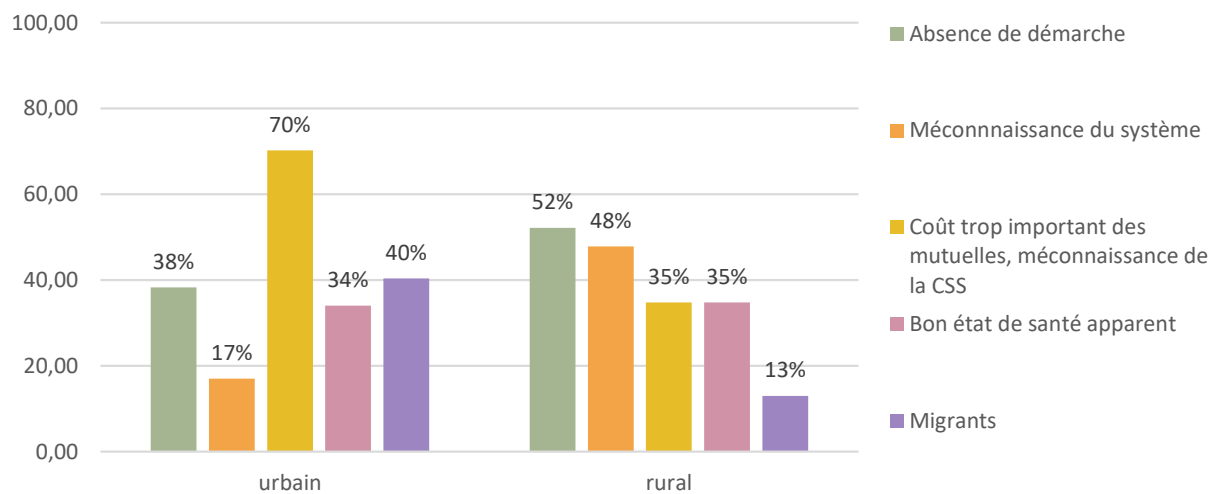


FIGURE 19 - MOTIF DE PATIENTS DEMUNIS OU DEPOURVUS DE PROTECTION MALADIE, RAPPORTE AU LIEU D'EXERCICE. N = [47, 23].

6. Les démarches

Sur les 74 médecins, 33,78 % prenaient en charge le motif de consultation initiale, puis réadressaient le patient vers un dispositif de prise en charge adapté.

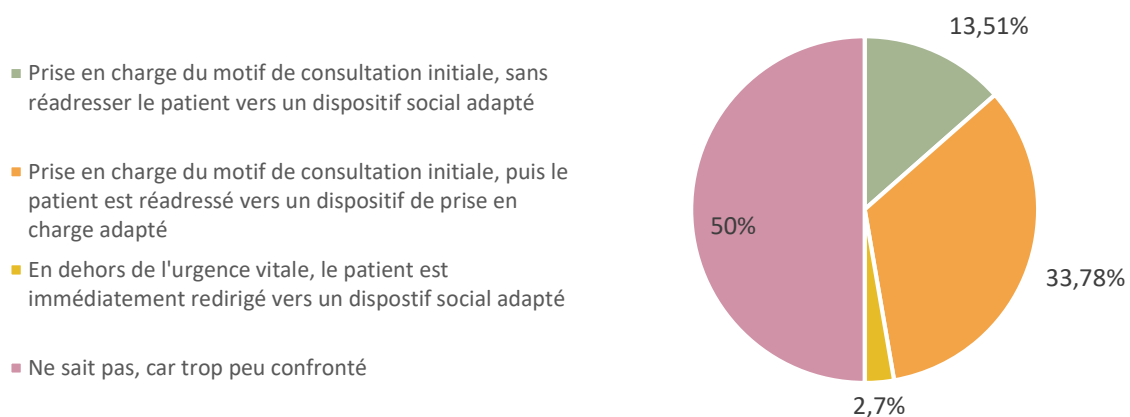


FIGURE 20 – DEMARCHE DU MEDECIN CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT DEMUNI OU DEPOURVU DE PROTECTION DE SANTE. N = 74.

Seuls les médecins de 50 à 60 ans prenaient majoritairement en charge le patient, puis le réadressaient vers un dispositif social adapté (64 %), dans le but d'assurer une pérennité du suivi médical.

Nous retrouvons une différence significative, de la répartition du type de démarche du médecin quant à la prise en charge d'un patient démuni ou dépourvu de protection de santé, suivant la tranche d'âge ($p < 0.001$).

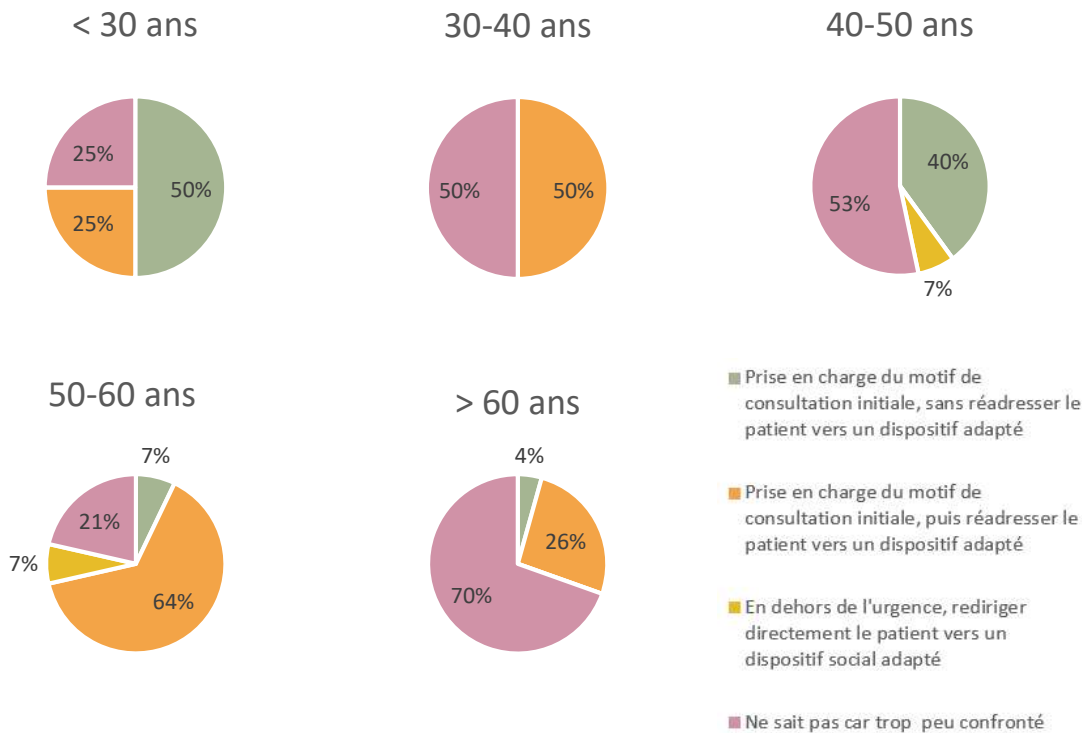


FIGURE 21 - DEMARCHE DU MEDECIN QUANT A LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT DEMUNI OU DEPOURVU DE PROTECTION DE SANTE, RAPPORTEE A LA TRANCHE D'AGE.

Une majorité des médecins de 30 à 50 ans et de plus de 60 ans ne savaient pas la démarche qu'ils suivraient, étant trop peu confrontés à des patients démunis ou dépourvus de protection de santé.

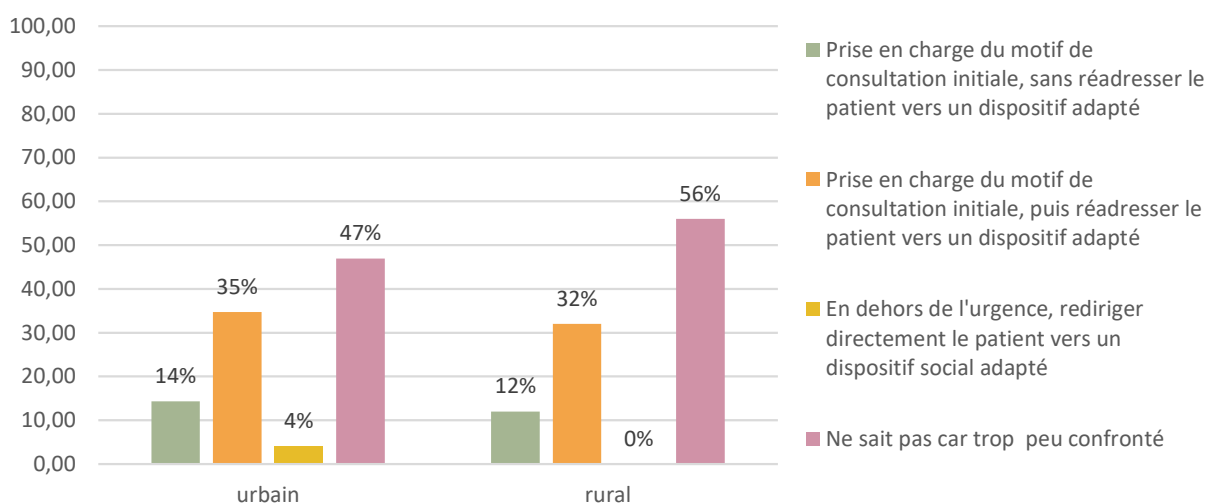


FIGURE 22 - DEMARCHE DU MEDECIN QUANT A LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT DEMUNI OU DEPOURVU DE PROTECTION DE SANTE, RAPPORTEE AU LIEU D'EXERCICE. N = [49, 25]

Sur 49 médecins exerçant en milieu urbain, 35 % prenaient en charge le motif de consultation initiale, puis réadressaient le patient vers un dispositif de prise en charge adapté, contre 32 % exerçant en milieu rural.

Il n'y avait pas de différence significative, de la répartition du type de démarche du médecin quant à la prise en charge d'un patient démunie ou dépourvu de protection de santé, suivant la zone d'activité ($p = 0.19$).

7. Les dispositifs existants au sein de la Communauté Urbaine d'Arras

Les médecins affirmaient pouvoir rediriger un patient démunie vers le CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) à 63,5 % et vers une PMI à 36,5 %.

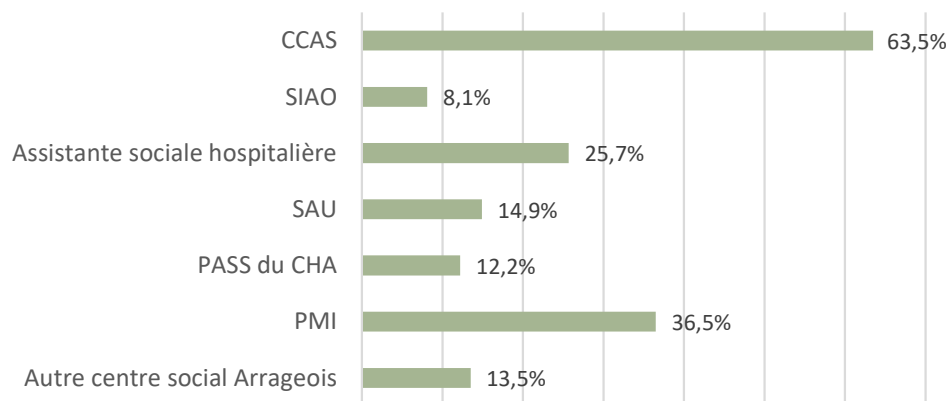


FIGURE 23 - DISPOSITIFS DE REORIENTATION DU PATIENT DEMUNI, PAR LE MEDECIN GENERALISTE. N = 74

Les médecins en milieu urbain pouvaient rediriger un patient démunie vers le CCAS à 65%, contre 60% pour ceux exerçant en milieu rural.

En milieu urbain, ils réorientaient majoritairement vers le CCAS (65 %) et la PMI (35 %). C'était également le cas en milieu rural (CCAS à 60 % et PMI à 40 %), mais l'intervention d'une assistante sociale hospitalière était deux fois plus fréquente qu'en milieu urbain (40 % contre 18 %). A noter que ces principaux dispositifs de réorientation sont des structures sociales de ville.

Enfin, quel que soit le lieu d'exercice, seuls 12% des médecins réorientaient vers la PASS du CHA.

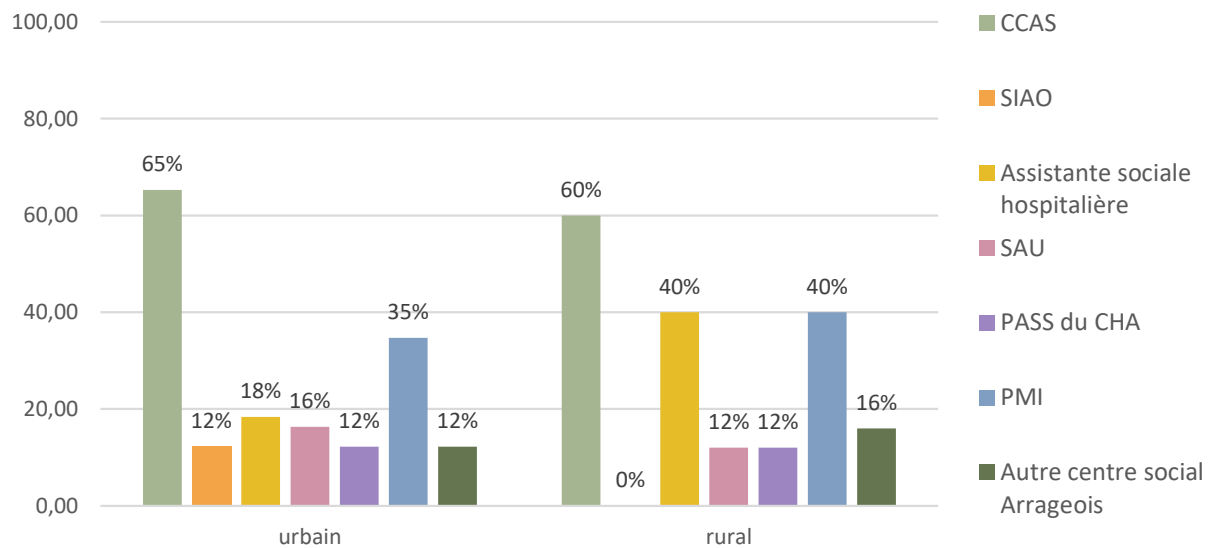


FIGURE 24 - DISPOSITIFS DE REORIENTATION DU PATIENT DEMUNI PAR LE MEDECIN GENERALISTE, RAPPORTES AU LIEU D'EXERCICE. N = [49, 25]

En ne considérant que les médecins réorientant systématiquement le patient, une très grande majorité le faisaient vers le CCAS (78 %), et presque la moitié vers la PMI. Le nombre de médecins orientant vers la PASS du CHA était seulement de 7 % (soit 2 médecins).

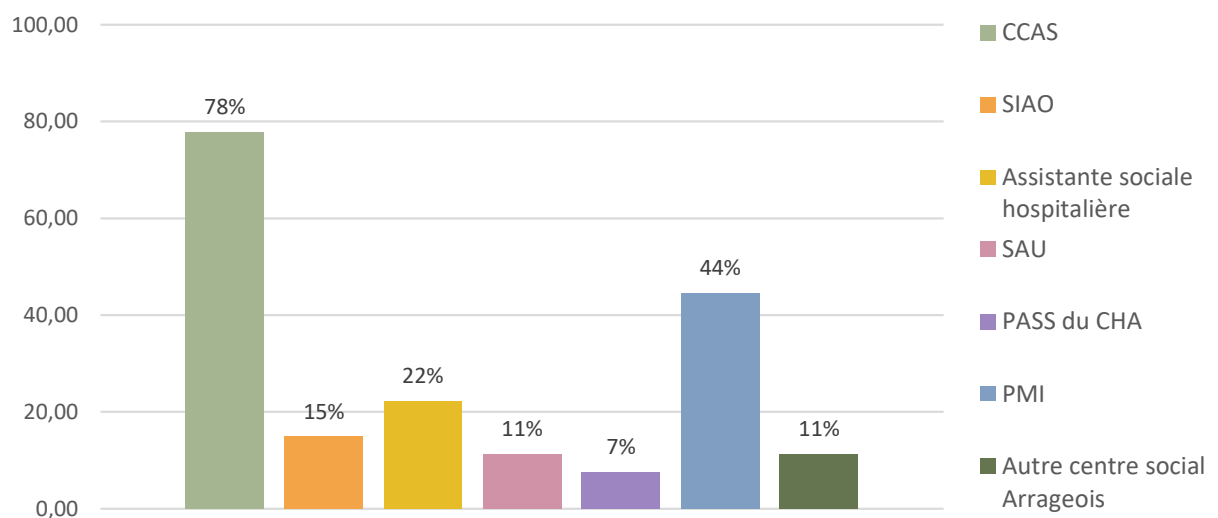


FIGURE 25 - DISPOSITIFS DE REORIENTATION DU PATIENT DEMUNI PAR LES MEDECINS GENERALISTES, RAPPORTES AUX MEDECINS REORIENTANT SYSTEMATIQUEMENT LES PATIENTS. N = 27

D. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé

1. Connaissance de la PASS

Parmi les 74 médecins, 40,54 % connaissaient la PASS, soit 30 médecins dont 75% des moins de 30 ans.

Il n'y avait pas de différence significative entre la répartition de connaissance de la PASS et la tranche d'âge ($p = 0.53$).

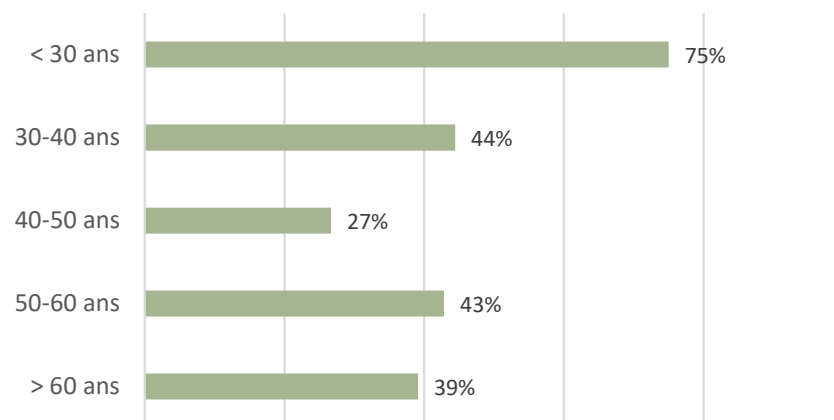


FIGURE 26 – CONNAISSANCE DE LA PASS, RAPPORTEE A LA TRANCHE D'AGE. N = [4, 16, 12, 14, 19]

2. Biais de connaissance de la PASS

Parmi les 74 médecins, 30 connaissaient la PASS dont 47% par la pratique personnelle et 40% par la FMC.

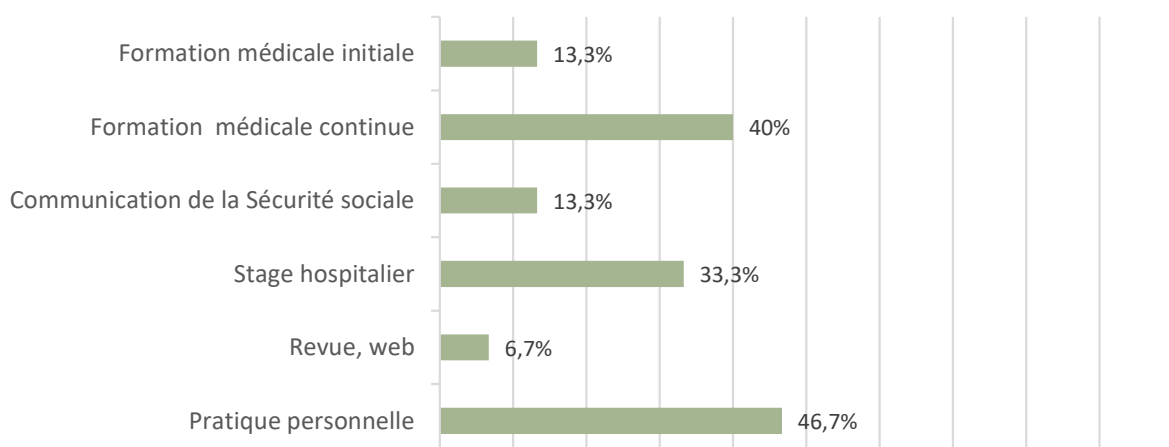


FIGURE 27 – BIAIS DE CONNAISSANCE DE LA PASS, RAPPORTE AUX MEDECINS LA CONNAISSANT. N = 30

La connaissance de la PASS par la FMC concernait principalement les médecins de plus de 40 ans, et notamment ceux de 50 à 60 ans (29 %).

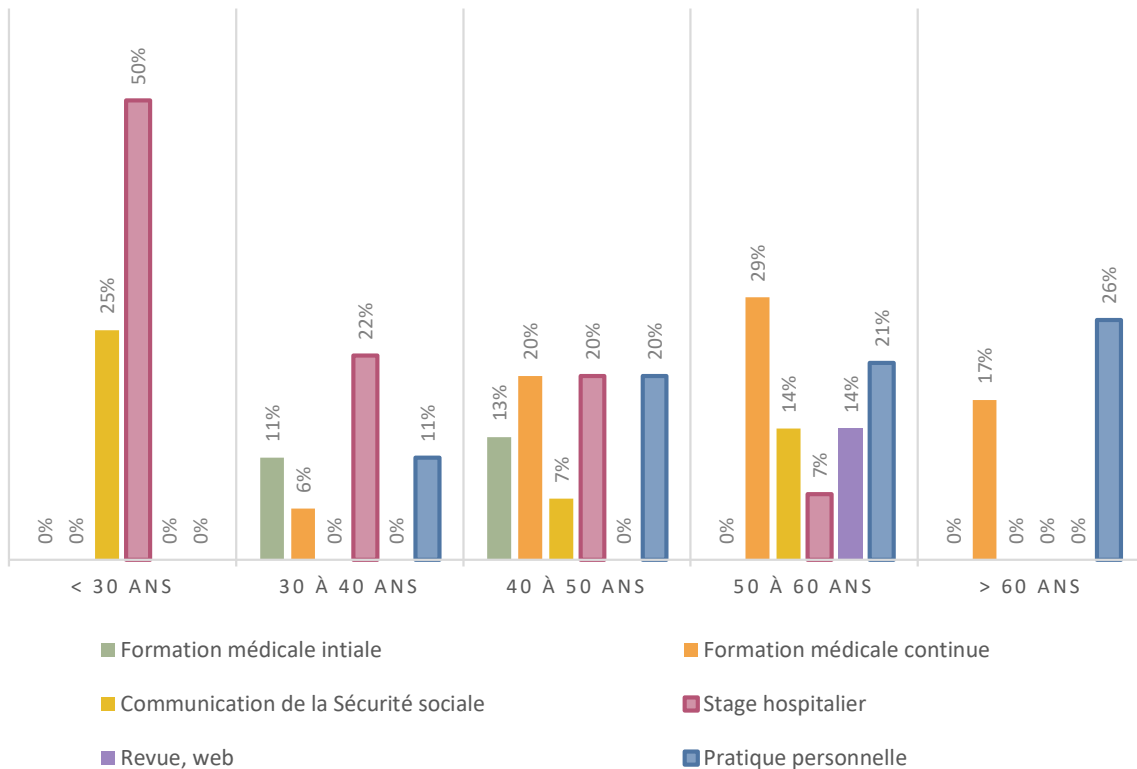


FIGURE 28 - BIAIS DE CONNAISSANCE DE LA PASS, RAPPORTE A LA TRANCHE D'AGE.

Parmi les médecins généralistes connaissant la PASS, les moyens de connaissance de la PASS provenaient de :

- La pratique personnelle (47%) ;
- La formation médicale continue (40%) ;
- Les stages hospitaliers (33%) ;
- La formation médicale initiale (13%) ;
- La communication de la Sécurité sociale (13%) ;
- Dans une revue, sur le web (7%)

3. Le dispositif PASS du Centre Hospitalier d'Arras

Seuls 24,32% connaissaient l'existence de la PASS au sein du CHA, et 53% parmi les médecins qui connaissaient initialement l'existence du dispositif.

Nous retrouvons une différence significative dans la répartition des médecins connaissant la PASS du CHA, suivant les médecins connaissant initialement le dispositif ($p < 0.001$).

4. A propos d'un temps d'information sur la PASS

Sur 74 médecins, 67,57 % (dont 100 % de moins de 30 ans) étaient intéressés par un temps d'information sur la PASS. Ce chiffre s'élevait à 75 % lorsqu'il était rapporté aux médecins régulièrement confrontés à des patients démunis ou dépourvus de protection de santé.

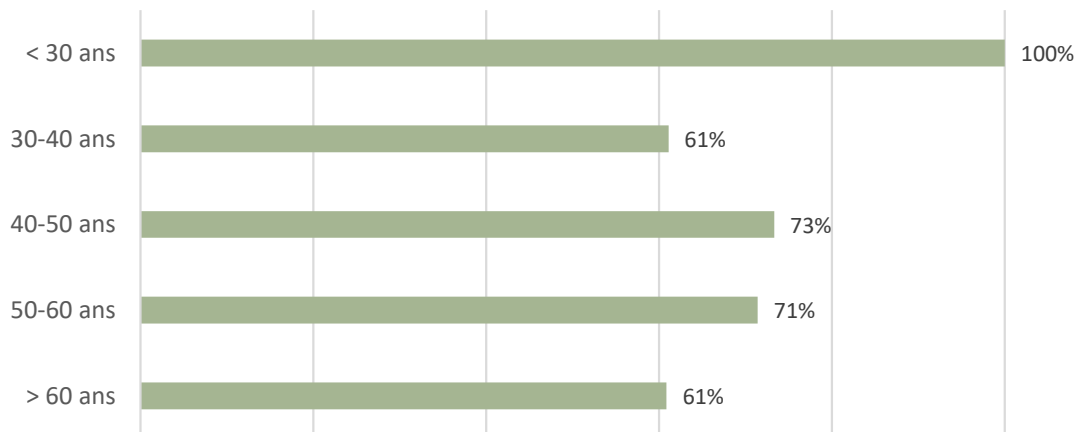


FIGURE 29 - TAUX DE MEDECINS INTERESSES PAR UNE FORMATION SUR LA PASS, RAPPORTE A LA TRANCHE D'AGE.

5. Différentes formes de formation

Les médecins intéressés par un temps d'information le souhaitent plutôt sous la forme d'informations en ligne (49 %) ou par une brochure d'informations (68,6 %). Les 7,8 % ayant répondu autrement, souhaitent pour la plupart une soirée de FMC.

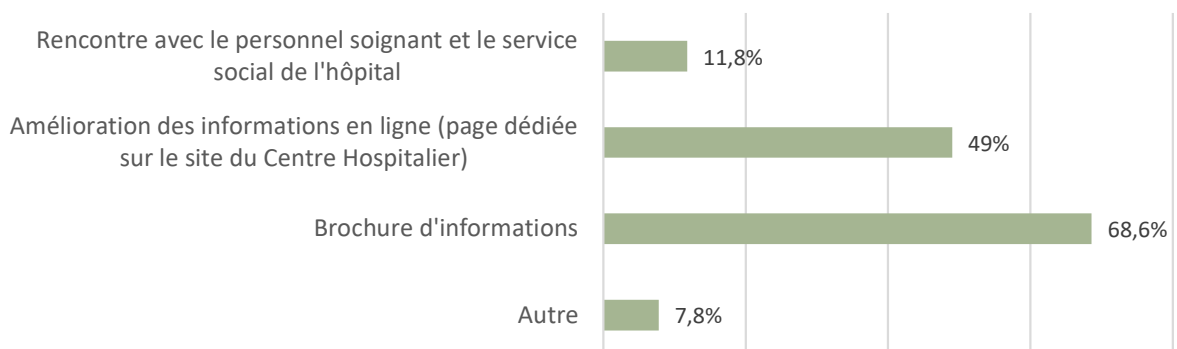


FIGURE 30 - LES DIFFERENTES FORMES DE TEMPS D'INFORMATION. N = 74

6. La sensibilisation des futurs professionnels de santé

Notre étude montrait que 90 % des médecins interrogés souhaitent une meilleure sensibilisation à la PASS.

7. Les différentes formes de sensibilisation à la PASS

Pour les souhaits de sensibilisation, près de 50 % préféraient une formation médicale continue (52,2 %) ou une communication via la Sécurité sociale (52,2 %).

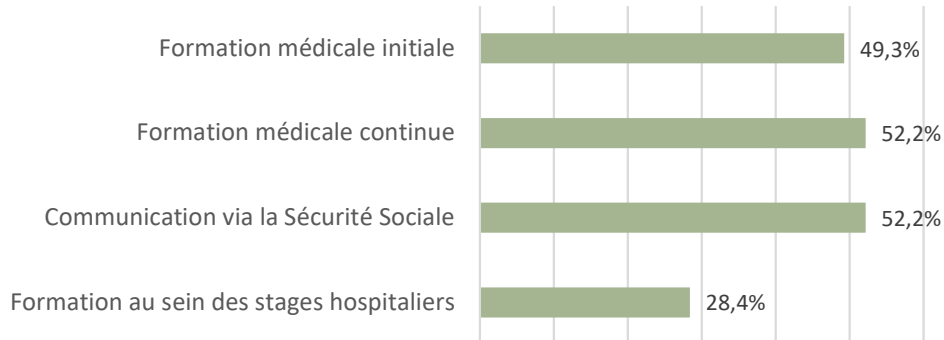


FIGURE 31 - LES DIFFERENTES FORMES DE SENSIBILISATION A LA PASS. N = 74

E. Le partenariat médico-social et les difficultés de prise en charge des patients étrangers

1. L'intérêt d'un partenariat « médico-social » entre le dispositif PASS et les médecins généralistes de la CUA

La plupart des médecins (59,46 %) trouvaient un intérêt dans la création d'un partenariat médico-social entre le dispositif PASS et les médecins généralistes de la CUA.

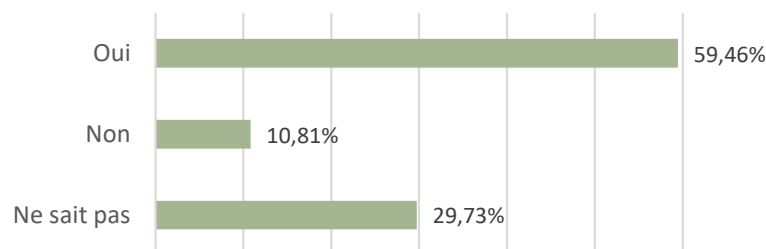


FIGURE 32 - INTERET D'UN PARTENARIAT MEDICO-SOCIAL. N = 74

En milieu urbain, 53 % des médecins étaient intéressés par un partenariat médico-social, contre 72 % en milieu rural.

Nous ne retrouvons pas de différence significative quant à l'intérêt d'un partenariat médico-social, en fonction de la zone d'exercice ($p = 0,12$).

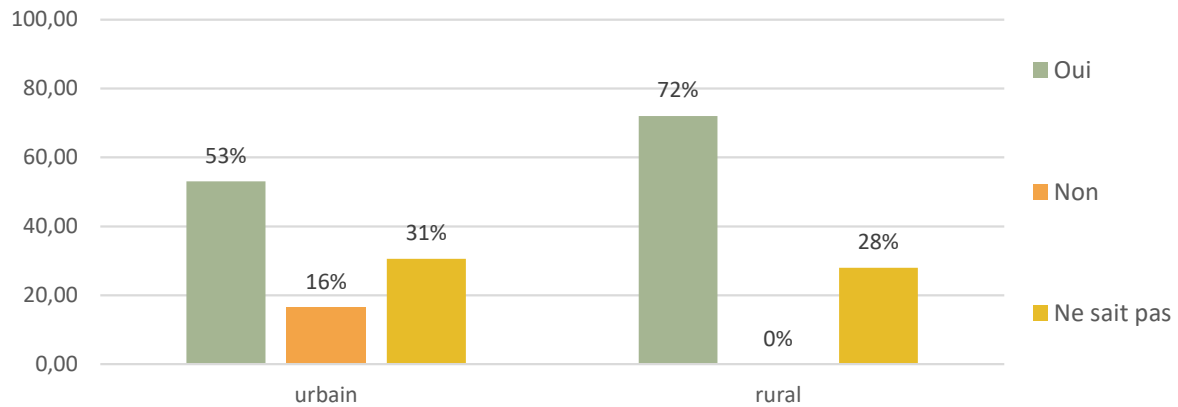


FIGURE 33 - INTERET POUR UN PARTENARIAT MEDICO-SOCIAL, RAPPORTE AU LIEU D'EXERCICE. N = [49, 25]

2. L'adhésion au partenariat

58 % des médecins étaient prêts à adhérer au partenariat médico-social. Si on rapportait ce chiffre au taux de médecins généralistes trouvant un intérêt à ce partenariat (N = 44 médecins), 84 % étaient prêts à y adhérer.

3. Les obstacles à un partenariat médico-social

Les obstacles étaient surtout une patientèle trop nombreuse à 51,4 % et la barrière de la langue à 41,7 %.

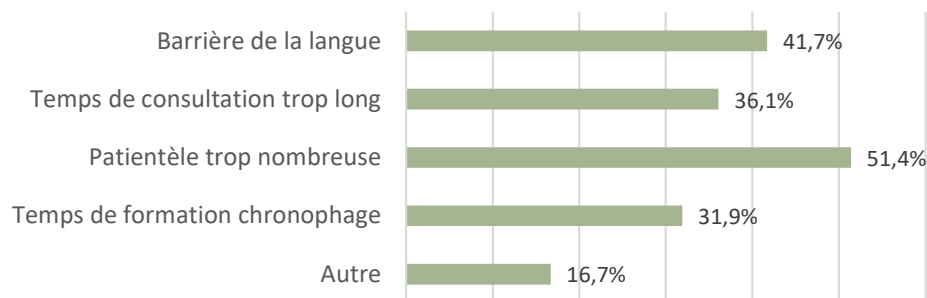


FIGURE 34 - OBSTACLES RENCONTRES POUR L'EVENTUELLE CREATION D'UN PARTENARIAT MEDICO-SOCIAL.
N = 72

Les médecins régulièrement confrontés à des patients démunis ou dépourvus de protection de santé, soulevaient deux principaux obstacles : la patientèle trop nombreuse (65 %) et la barrière de la langue (40 %).

Peu de ces médecins considéraient que ce serait un temps de formation chronophage (20 %) ou un temps de consultation trop long (20 %).

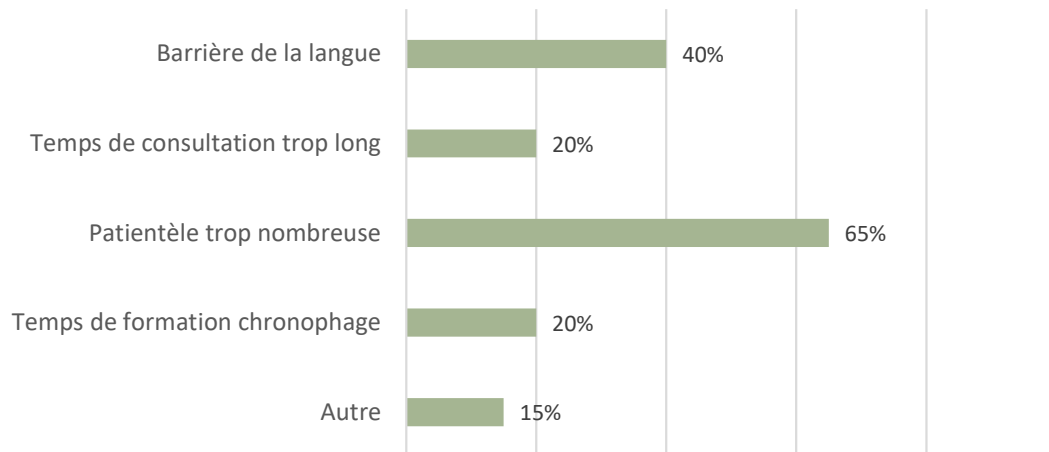


FIGURE 35 - OBSTACLES RENCONTRES, POUR LES MEDECINS REGULIEREMENT CONFRONTES A DES PATIENTS DEMUNIS OU DEPOURVUS DE PROTECTION DE SANTE. N = 20

4. Le suivi d'un patient étranger

Pour le suivi d'un patient étranger, 82,4 % considéraient utile la présence d'un interprète accompagnant et 33,8 % l'assurance d'un suivi de l'apprentissage du français.

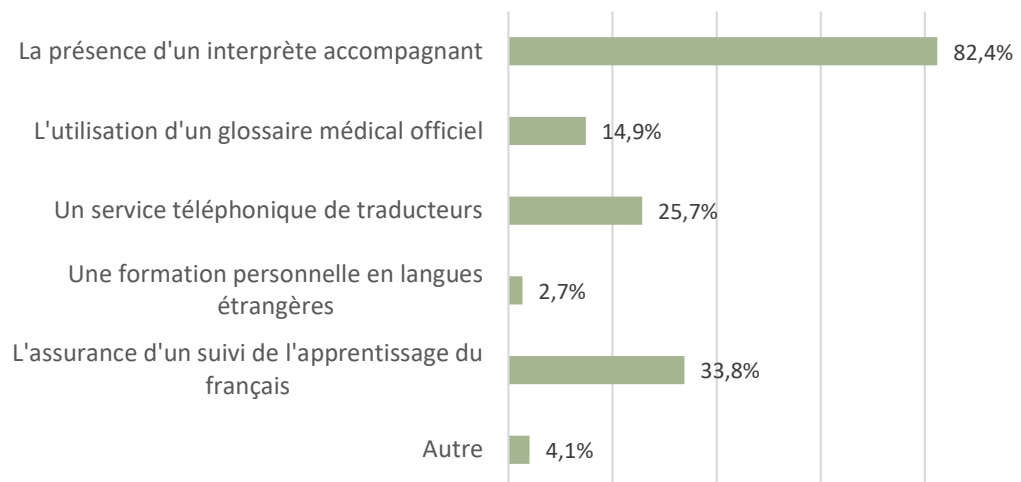


FIGURE 36 - LES SYSTEMES D'AIDES APPROPRIES POUR LE SUIVI D'UN PATIENT ETRANGER. N = 74

En milieu urbain, la présence d'un interprète était citée à 94 %, et à hauteur de 74 % en milieu rural.

Nous retrouvons une différence significative concernant l'intérêt de la présence d'un interprète accompagnant, en fonction de la zone d'exercice ($p = 0,027$).

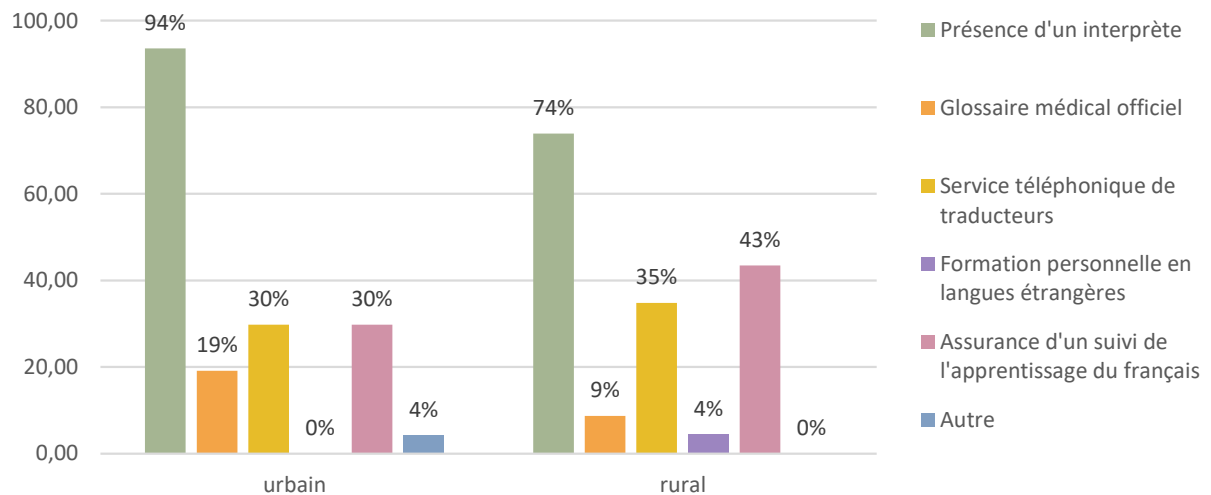


FIGURE 37 – LES SYSTEMES D'AIDES APPROPRIES POUR LE SUIVI D'UN PATIENT ETRANGER, RAPPORTES AU LIEU D'EXERCICE. N = [49, 25]

Les médecins régulièrement confrontés à des patients démunis ou dépourvus de protection de santé, considéraient principalement que 3 des dispositifs suffiraient à faciliter la prise en charge des patients étrangers :

- La présence d'un interprète ;
- L'assurance d'un suivi d'apprentissage de la langue ;
- Un service téléphonique de traducteurs.

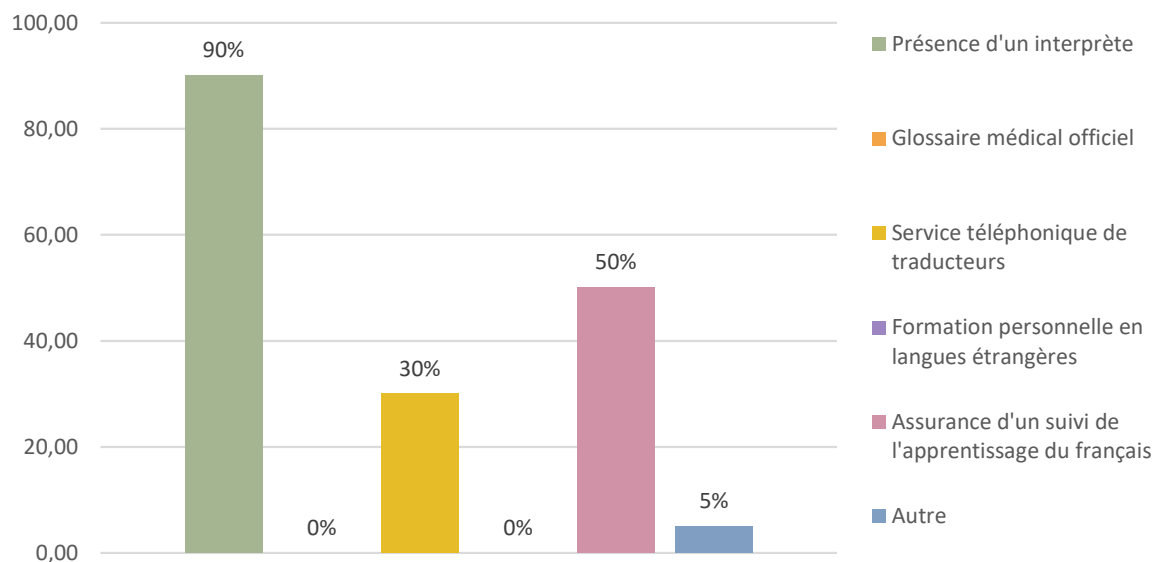


FIGURE 38 - LES SYSTEMES D'AIDES APPROPRIES POUR LE SUIVI D'UN PATIENT ETRANGER, RAPPORTES AUX MEDICINS REGULIEREMENT CONFRONTES A DES PATIENTS DEMUNIS OU DEPOURVUS DE PROTECTION DE SANTE. N = 20.

IV. DISCUSSION

A. Les caractéristiques socio-démographiques et la représentativité de l'échantillonnage

1. Sexe

En France, selon les données du DREES/RPPS, les femmes représenteraient 46 % des médecins avec une majorité parmi les médecins de moins de 60 ans (52 %). Dans le Pas-de-Calais, elles étaient toutefois moins représentées avec un taux de 34 % en 2015 (50). Au sein du panel de répondants de la CUA, nous retrouvons une tendance inverse avec 62,16 % de femmes.

2. Age

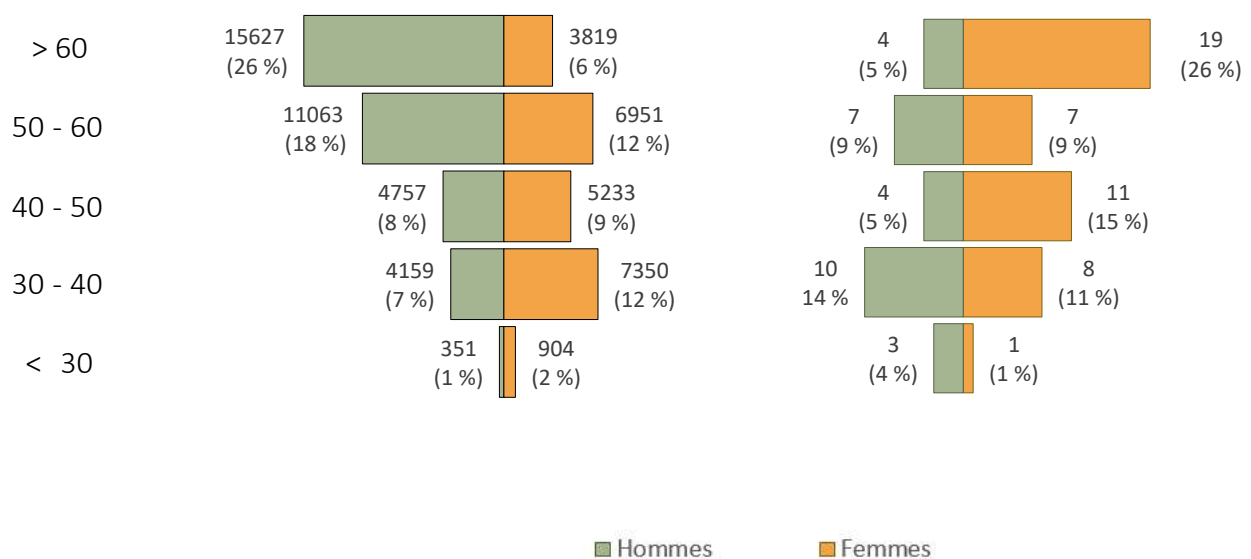


FIGURE 39 - PYRAMIDE DES AGES. À GAUCHE, LES MEDECINS GENERALISTES EN ACTIVITE LIBERALE, A L'ECHELLE NATIONALE (N = 60 214). A DROITE, LES MEDECINS GENERALISTES DE LA CUA AYANT REPONDU AU QUESTIONNAIRE (N = 74).

L'âge moyen des médecins généralistes est relativement élevé en France en 2018 (51 ans). (51). Notre échantillon est alors représentatif, avec un âge moyen de 49,6 ans.

Le rétrécissement à la base de la pyramide des âges (Figure 39) traduit un vieillissement marqué de la profession. A l'échelle nationale, on retrouve 30 % qui ont 60 ans ou plus. (51). Cette tendance se retrouvait dans notre échantillon de médecins. Les plus de 60 ans représentaient 31,08 % (Figure 39) des médecins généralistes. De plus, la plus faible

représentativité des moins de 30 ans dans notre échantillon (5,41%), se retrouvait à l'échelle nationale (2,45 %). Ainsi, le panel de médecins de la CUA, ayant répondu au questionnaire, est représentatif du panel national.

3. Zone d'exercice

En France métropolitaine, la désertification médicale en zone rurale va dans le sens d'une représentativité inférieure des médecins en milieu rural (52). Dans l'Arrageois, cette analyse est confirmée par le rapport de délibération du conseil de la CUA du 21 décembre 2017, présidé par M. Philippe RAPENEAU (Annexe B), qui dénote un nombre de médecins en zone rurale moindre. Dans notre travail, il était donc cohérent de relever une plus faible représentativité des médecins généralistes exerçant en milieu rural (33,78 %).

Dans le questionnaire, le choix a été fait de ne pas considérer le terme de « périurbain ». Selon l'article D3334-8-1 du Code Général des Collectivités Territoriales (CGCT) (53), « *sont considérées comme communes rurales les communes dont la population n'excède pas 2 000 habitants en métropole* ». Une recherche a alors été menée afin de connaître les critères d'inclusion d'une commune dans la première couronne, dite « périurbaine ». Toutefois, aucune définition objective n'a pu être apportée, que ce soit par les documents publics de la CUA (54) ou par la Mairie d'Arras.

B. Résultats principaux et leur implication majeure

1. Proportion de médecins généralistes connaissant les systèmes de couverture sociale et la PASS

La connaissance initiale des différents types de couverture sociale est primordiale. Elle permettrait de repérer les situations à risque de renoncement aux soins (42). Dans notre étude nous relevions que seuls 39% des médecins généralistes interpellés connaissaient la PUMa (Figure 6). La connaissance de la CSS s'élevait à 70% (Figure 6), il n'y avait pas de différence significative quelle que soit la tranche d'âge, en dehors des 50-60 ans avec un pourcentage de 86% (Figure 8). Ces chiffres semblaient pourtant insuffisants au vu d'une connaissance de 93% de l'AME (Figure 9). Malheureusement, aucune explication n'a pu être retrouvée dans la littérature.

Concernant la question du manque de couverture sociale, les médecins généralistes de la CUA semblaient avoir affaire à une majorité de patients déficitaires d'une complémentaire santé (82 %). Cette distribution était sensiblement identique, quel que soit l'âge du médecin (Figure 18).

En milieu urbain, le taux de patients dépourvus de protection de santé lié au coût trop important des mutuelles, est deux fois plus élevé qu'en milieu rural (70 % contre 35 %) (Figure 19). Ceci pourrait s'expliquer par la présence de certaines zones urbaines d'Arras plus défavorisées. En effet, il existe de fortes disparités de la pauvreté à l'intérieur de la région, en fonction des zones d'emploi, arrondissements, communes, quartiers. (53, 54, 55)

Dans notre travail, on relevait que 40,54 % des répondants connaissaient la PASS. Ce résultat global était représentatif des tranches d'âge de 30 à 40 ans et de 50 à 60 ans (Figure 26). Seuls 24,32 % connaissaient l'existence d'un dispositif PASS au CHA. Dans son étude de 2011, Adeline AUBRY montrait que sur un échantillonnage de médecins généralistes du 13ème arrondissement parisien, 77,4 % déclaraient ne pas connaître la PASS. Ainsi, malgré l'ancienneté du dispositif PASS, celui-ci restait minoritairement connu par les médecins généralistes. Cela peut amener à s'interroger sur un possible désintérêt des médecins ou des unités d'enseignement, à propos des questions sociales.

2. Evaluer le souhait des médecins généralistes sur la mise en place et le suivi d'un dossier PASS

Dans notre étude, non seulement 54,05 % des médecins acceptaient de recevoir des personnes n'ayant pas de droits potentiels (PUMa, CSS, AME), mais aussi ils le faisaient avec une gratuité des soins envisageable (Figure 10). Ils étaient 33,78 % à recevoir sous conditions (facturation a posteriori et/ou orientés par une association). Les médecins ne recevant que les personnes ayant des droits potentiels restaient très minoritaires (12,16 %). De plus, seuls 27,03 % des médecins étaient régulièrement confrontés à des patients démunis ou sans protection maladie. Nous pouvons donc raisonnablement penser que les taux de refus restaient faibles au sein de la CUA. Pour s'en convaincre il serait intéressant d'interroger directement les patients.

En 2006, Médecins du Monde relevait un certain nombre de médecins généralistes refusant les soins aux bénéficiaires de l'AME (37%) ou de la CMU (10%) (58). Une meilleure connaissance par les médecins de la population bénéficiant de ces aides permettrait de mieux appréhender l'impact du refus de soins. Cela conduirait à développer une politique de santé luttant plus efficacement contre les inégalités. Dans un colloque du renoncement à l'accès aux soins de l'Odenore, Mireille ELBAUM spécifiait la nécessité d'accorder une place à la composante sociale de chaque professionnel de santé (59). Patrick BODENMANN d'ajouter que cette médecine passait par la formation mais supposait aussi que les médecins généralistes disposaient d'outils pour appréhender la situation socio-économique des patients lors des consultations. Nous pouvons donner comme exemple, la création du «score

EPICES» (60) qui est l'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie, élaboré en 1998. Il permet de mettre en évidence des populations socialement et/ou médicalement fragilisées qui ne sont pas repérées par les critères socio-administratifs habituels. Ce « score » est quantitatif, individuel et repose sur 11 questions binaires (Annexe D).

i. La nécessité de développer la communication autour de la PASS à la CUA

Lors de la prise de contact initiale des médecins généralistes de la CUA, nos recherches soulevaient le problème du manque criant de médecins généralistes en zone rurale. On n'y trouvait régulièrement qu'un seul praticien par commune, voire par « ensemble de communes ». Pourtant, la distribution du nombre de patients démunis restait équivalente suivant le milieu d'exercice (Figure 15). Dans notre étude, 76 % des médecins exerçant en zone rurale, prenaient en charge le patient sans conditions et avec une gratuité possible. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la connaissance et l'accès aux autres dispositifs sociaux est plus difficile en milieu rural. Par exemple, dans notre étude, aucun médecin exerçant en zone rurale ne réorientait le patient vers le dispositif de ville SIAO. Adeline AUBRY montrait que sur un échantillonnage de médecins généralistes du 13^{ème} arrondissement parisien, 58 % évoquaient des problèmes dus à un manque de connaissances des structures relais existantes, notamment à cause de l'isolement de leur pratique (61).

En 2015, les travaux de thèse de Géraldine MARTIN (39) ont montré que les médecins interrogés considéraient qu'en plus de la consultation, le médecin généraliste avait un rôle de pivot dans le parcours de soins des patients. Toutefois, son degré d'implication dans l'élaboration de ce parcours était très variable d'un médecin à l'autre. Elle évoquait aussi que les médecins se construisent des réseaux d'adresses au cas par cas, mais n'ont pas une connaissance exhaustive des ressources potentielles sur leur territoire. Cela se retrouvait dans nos résultats. Seul un tiers des médecins prenait en charge le motif de consultation initiale, puis réorientait vers un dispositif adapté (Figure 20). Parmi eux, seuls 7 % des médecins réorientaient vers la PASS (soit 2 médecins) (Figure 25).

Nous avons pu relever que la connaissance de la PASS se faisait principalement au cours de la période d'exercice du médecin généraliste (Figure 27), mais que 90 % du panel souhaitait une meilleure sensibilisation ou formation à la PASS. Un temps d'information dédié sur le mode de fonctionnement de la PASS au CHA semblait majoritairement intéresser les médecins avec 67,57 % et ce, quelle que soit leur connaissance initiale. Cela discrédite l'hypothèse d'un manque d'intérêt des médecins.

Avec 46,7 % des répondants ayant connu la PASS lors de leur pratique personnelle, notre travail relevait un manque de formation des médecins en amont de leur période d'exercice. Notre argumentaire était conforté par le fait que la connaissance, via la pratique personnelle, augmentait en fonction de la tranche d'âge (Figure 28). Ces résultats sont en accord avec l'étude de Cécile FLYE SAINTE MARIE & al (43). Elle révélait une disparité des connaissances suivant la tranche d'âge, la plus jeune étant généralement la moins compétente sur le sujet.

Dans notre recueil de données, différentes formes d'information étaient proposées aux médecins (Figure 30). La majorité (68,6 %) souhaitait plutôt avoir accès à des informations en ligne (page dédiée sur le site du centre hospitalier) ou à des brochures d'informations (49 %). Seuls 11,8 % des médecins souhaitaient une rencontre avec le personnel soignant et le service social de l'hôpital. A noter que les 7,8 % des médecins ayant répondu autrement souhaitaient généralement une formation lors d'une soirée dédiée de la FMC.

ii. Le partenariat médico-social

Dans son étude de 2011, Thomas COLLIN insistait sur la formation des médecins généralistes à la précarité, mais aussi sur la nécessité d'améliorer le retour au droit commun en avançant plusieurs démarches (34). Il précisait que certains consultaient la PASS en raison de l'absence d'un accès facile à la médecine de ville. Il était donc important que le relais PASS-ville soit réalisé correctement et que le patient soit orienté vers un médecin prêt à l'accueillir. Il préconisait alors l'intérêt d'un partenariat médecin-ville-centre médico-social, pour inciter la création de nouveaux dossiers PASS.

En 2018, Marie VICIANA étudiait le devenir des patients consultant la PASS de l'Hôpital Henri MONDOR (32). La poursuite de la démarche de soins en médecine générale, après accès au droit commun, précisait 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.

Justine LE BORGNE, en 2018, évaluait l'intégration des patients dans le droit commun après leur passage dans un centre de santé (62). Le taux de suivi, par un médecin traitant, pour la population éligible au parcours de soins coordonné, était seulement de 31,53%. Elle citait également Flavie JOCTEUR-MONROZIER, qui en 2016 étudiait cette intégration à la PASS du CHU de Montpellier. Le suivi par un médecin traitant après la prise en charge des patients à la PASS était de 35,8 %.

Ces lectures nous ont donc amené à penser à un partenariat « médico-social ». Dans le questionnaire, on présentait ce partenariat ainsi : « *En cas d'identification d'un patient relevant de la PASS, le médecin généraliste s'engagerait à prendre en charge le patient pour les soins primaires et, en contrepartie, le dispositif assurerait un suivi du maintien des droits du patient* » (Annexe A).

Sur 74 participants, 59,46 % trouvaient un intérêt dans la création d'un partenariat médico-social entre le dispositif PASS et les médecins généralistes de la CUA (Figure 32), et parmi eux 84 % étaient prêts à y adhérer ! Mais ce pourcentage pouvait difficilement être extrapolé à l'ensemble des médecins généralistes de la CUA, les répondants ayant probablement une plus grande fibre sociale.

Parmi les médecins régulièrement confrontés à des patients démunis, les deux principaux obstacles rencontrés pour la création d'un partenariat médico-social, étaient alors la patientèle trop nombreuse (65 %) et la barrière de la langue (40 %). Aussi, seul un médecin sur cinq considérait que ce serait un temps de formation chronophage ou des temps de consultations trop longs (Figure 34). Nos résultats montraient donc qu'avec une densité plus importante de médecins, combinée à un système permettant de limiter la barrière de la langue, un partenariat médico-social à l'échelle de la CUA serait pleinement viable.

D'autres problèmes ont également été évoqués par certains participants :

- Peur de l'absence de rémunération ;
- Rendez-vous non honorés ;
- Patients non respectueux des horaires ;
- Pérennité du service à prouver ;
- Démarches administratives chronophages ;
- Travail plus social que médical.

L'ARS Ile-de-France et Médecins du Monde Marseille région PACA, proposent l'application de certaines solutions en ce sens.

Lors d'un échange téléphonique fructueux avec Madame Barbara BERTINI, chargée de la coordination des PASS Ile-de-France, nous avons pu discuter d'un éventuel projet de « partenariat » entre les PASS et la médecine de ville. On rencontre en Ile-de-France un épiphénomène : le public est très précaire. Donc la mise en place d'un partenariat est compliquée, d'autant plus que 60 % sont des primo-arrivants : ils n'ont pas de logement, pas de papiers, et il y a la barrière de la langue. Souvent, ces patients sont repérés par les associations ou les services d'urgences avec une réorientation PASS en l'absence d'urgence

majeure. Après avoir retrouvé leurs droits, ils sont difficilement orientés vers un dispositif de droit commun et ont du mal à quitter la PASS.

Cependant, il existe actuellement un partenariat « indirect » : vacation de médecins généralistes issus de réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de la patientèle « passante ». Ces professionnels de santé sont souvent catégorisés « PASS » car ils connaissent le dispositif ou ont des collègues impliqués (nombreux semblent être d'anciens internes de la PASS avec une fibre sociale et militante).

Enfin, il existe une PASS ambulatoire en cours d'expérimentation. La PASS Ile-de-France ne doit toutefois pas être confondue avec la PASS Marseille, fondée par de l'associatif (63), car les centres médicaux du réseau santé ville-hôpital sont financés par l'ARS Ile-de-France. Ainsi les patients ont accès aux soins par factures en attente ou accords avec certains laboratoires et pharmacies.

Pour étayer le propos sur la PASS ambulatoire de Marseille : elle est issue d'un partenariat entre Médecins du monde et l'URPS Médecins libéraux de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, depuis janvier 2019, et compte 20 partenaires de santé. Son action repose sur une convention entre Médecins du Monde et l'Assurance Maladie, qui garantit aux patients l'obtention d'une couverture maladie sous 15 jours. Cette PASS de ville permet aux patients d'être pris en charge sans en avancer les frais (mise en attente du paiement qui sera effectué à l'ouverture des droits à la sécurité sociale).

iii. Les obstacles au partenariat médico-social

La littérature soulevait souvent le problème de la barrière de la langue (64). Le rapport de l'observatoire Médecins du Monde 2019 précisait qu'en 2018, 16,1 % des personnes rencontrées évoquaient la barrière linguistique comme principal obstacle à l'accès aux soins. Un tiers des personnes accueillies dans les CASO exprimaient un besoin d'interprète.

En 2017, Agnès FRANCKET (41) relevait un problème de compréhension et de barrière de la langue très fréquent. La démarche de soins était alors complexifiée par la nécessité d'anticipation des rendez-vous, avec assurance de la disponibilité d'un interprète. Les médecins essayaient de pallier ce problème en faisant les consultations dans les langues qu'ils pratiquaient, s'aidaient de logiciels type Google Traduction® ou de lexiques de termes médicaux. Un accès à un service d'interprétariat téléphonique semblait également utile pour améliorer la compréhension des patients et des médecins.

Dans notre étude, lors de la prise en charge de patients étrangers, 82 % des médecins souhaitaient la présence d'un interprète, 34 % l'assurance d'un suivi d'apprentissage du

français, 26 % un service téléphonique de traducteur, 15 % l'utilisation d'un glossaire médical officiel, 3% une formation personnelle en langue étrangère (Figure 36).

Ces résultats, rapportés aux médecins régulièrement confrontés à des patients démunis ou dépourvus de protection de santé, permettaient d'isoler deux de ces dispositifs proposés (Figure 38) :

- 90 % souhaitaient la présence d'un interprète ;
- 50 % souhaitaient l'assurance d'un suivi d'apprentissage de la langue.

En 2002, Bertrand GRAZ & al ont rédigé un article intitulé : « Réfugiés, migrants, barrière de la langue : des praticiens donnent leur opinion sur les moyens d'aide à la traduction » (65), dans lequel il était précisé que, pour une meilleure insertion à long terme, les migrants devaient rapidement apprendre le français.

Dans notre étude, seuls 2,7% des médecins (soit 2 médecins sur 74) étaient favorables à l'apprentissage de langues étrangères (Figure 39). Ce résultat laisse supposer que cet apprentissage serait extrêmement chronophage pour le médecin. D'autant plus qu'une grande diversité linguistique est relevée parmi les migrants et tous ne parlent pas les langues occidentales « courantes » comme par exemple l'anglais. Une étude de l'impact de l'apprentissage des langues étrangères par les professionnels de santé, pour surmonter les barrières linguistiques, a été menée par BERNARD & al. en 2006 (66). Elle démontrait un manque d'efficacité de ces cours. Cet apprentissage se concentrait sur des termes spécifiques pour le jargon médical, ce qui rendait tout autant difficile la communication avec les patients qui ont tendance à parler un dialecte spécifique de leur région.

C. Sujets d'ouverture

Cette étude descriptive monocentrique portait sur la connaissance de la PASS du CHA par les médecins généralistes de la CUA. Une étude parallèle prenant en compte le point de vue des patients apporterait une autre perspective quant à l'interprétation des résultats. Aussi, il semblerait intéressant d'effectuer une analyse multicentrique, de médecins généralistes de secteurs plus touchés par la précarité.

Des études ont montré que le refus de soins était plus fréquent chez les médecins spécialistes que chez les médecins généralistes (66,67). De manière générale, ce refus était plus courant chez les médecins libéraux de secteur 2 (conventionnés, honoraires libres) que parmi ceux relevant du secteur 1 (conventionnés, honoraires conventionnels). Notre travail n'a pas étudié ces spécialités médicales, mais il pourrait être intéressant de faire une recherche similaire au sein des spécialistes de la CUA.

Il nous semble important de rappeler que la qualité de prise en charge du patient démunie de protection de santé, passe avant tout par l'intérêt et le sens social du médecin. Une meilleure sensibilisation et formation pourraient certes inciter des médecins peu confrontés à ces patients à être prêts à en recevoir davantage, mais toutes les complexités que nous venons de relever peuvent soulever d'autres problèmes sortant généralement du cadre d'expertise du professionnel de santé, qui nécessite alors une spécialisation. On peut, par exemple, parler du Diplôme Universitaire de Lille « Santé précarité », non obligatoire et qui accueille principalement des médecins ayant déjà une fibre sociale.

D. Validité interne de l'étude

1. Forces de l'étude

Ce travail est la première étude descriptive portant sur la PASS d'Arras. Nous avons répondu à l'objectif principal et aux objectifs secondaires. Le manque de système équivalent dans le monde, limitait l'accès à une littérature riche, mais il existait plusieurs travaux de thèse en France sur lesquels nous avons pu nous appuyer pour l'élaboration du questionnaire. La confrontation des résultats était cohérente.

2. Le questionnaire

Le questionnaire était long, en 5 parties, contenant 25 questions. Certaines étaient à choix multiples. Des définitions étaient données au cours du questionnaire. De nombreuses problématiques rencontrées dans la littérature ont été abordées, cela nous donnait des résultats riches mais le recueil de données aurait pu être plus ciblé lors d'un questionnaire réduit et/ou d'entretiens individuels.

3. Les biais de l'étude

i. Biais de participation

Le taux de participation au questionnaire était de 74 médecins généralistes au sein de la Communauté Urbaine d'Arras. Nous avons pu dénombrier 104 médecins généralistes via la plateforme AMELI, mais à ce total pouvaient s'ajouter les médecins remplaçants non dénombrables contactés de façon indirecte via la FMC (Annexe C). Parmi les 74 participants, nous observons une bonne représentativité des médecins généralistes en activité libérale, soit 87,84 %.

Nous avons relevé une participation quasi nulle des médecins généralistes ayant une activité hospitalière unique ou mixte (absence de réponse et difficulté de ciblage), et un refus de participation des médecins de la PMI.

Le public visé restait néanmoins les médecins généralistes dits « libéraux ». Ils sont les premiers acteurs de santé et de prévention en soins primaires ou secondaires. Le patient est souvent réorienté en fonction de ses besoins ou de sa pathologie.

Aussi, les médecins ayant répondu au questionnaire étaient probablement plus sensibles au sujet que les autres, entraînant un biais sur l'analyse des résultats, notamment sur l'intérêt final des médecins généralistes pour la PASS et la participation au réseau.

ii. Biais d'information

La PUMa remplace la CMU de base depuis un peu plus de 4 ans (janvier 2016), qui elle-même a été mise en place il y a plus de 20 ans avec la loi du 27 juillet 1999. Les modifications apportées au 1^{er} novembre 2019, avec la mise en place de la CSS, qui englobe la CMU-C et l'ACS, et en parallèle l'absence de mise à jour des informations sur les logiciels ou cartes vitales, semblent trop récentes pour incriminer les professionnels de santé. Le questionnaire aurait semble-t-il dû différencier CMU-C et ACS, comme avant la réforme, afin de trouver des résultats plus probants. Les résultats de l'AME pourraient conforter cet argumentaire.

V. CONCLUSION

Notre étude transversale, à visée descriptive, réalisée au sein de la CUA, a décrit la connaissance par les médecins généralistes du dispositif PASS existant au CHA.

Afin de faire un état des lieux, nous avons décrit tout d'abord le niveau de connaissance des systèmes de couverture sociale, puis le niveau de prise en charge des patients démunis par notre panel de répondants. Près d'un quart des médecins se considéraient régulièrement confrontés à des patients démunis ou dépourvus de protection maladie.

Dans notre étude, moins de la moitié des médecins généralistes connaissaient le dispositif PASS, et moins d'un médecin sur quatre son existence au CHA. Pourtant, on relevait des résultats non négligeables quant à une éventuelle formation sur le mode de fonctionnement de la PASS du CHA. Ce chiffre s'élevait à 75 % lorsqu'il était rapporté aux médecins régulièrement confrontés à des patients démunis ou dépourvus de protection de santé. De plus, nous avons constaté que 90 % des médecins interrogés souhaitaient une meilleure sensibilisation à la PASS, que ce soit par la formation médicale continue, ou une meilleure communication via la Sécurité sociale. On relevait également un manque de formation des médecins en amont de leur période d'exercice. Une formation plus soutenue et systématique par la faculté de médecine, la Sécurité sociale ou la formation médicale continue semblerait nécessaire au bon fonctionnement du dispositif PASS.

En parallèle, nous avons questionné les médecins quant à la création d'un partenariat médico-social, pour que le relais PASS-ville soit réalisé plus efficacement et que le patient soit orienté vers un médecin prêt à l'accueillir. Il en résulte qu'une grande majorité de médecins était intéressée, voire prête à y adhérer. Demeurait néanmoins le problème de la barrière de la langue. Pour y remédier, 82 % des médecins souhaitaient la présence d'un interprète accompagnant le patient.

Il serait intéressant d'élargir ce travail par une analyse multicentrique. En effet, une étude complémentaire incluant des médecins généralistes exerçant dans des secteurs plus touchés par la précarité semblerait pertinente à réaliser.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dr. LEBAS J. A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital. [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé ; 1997 nov.
Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/984000834.pdf>
(Consulté le 12/10/2019)
2. LOISY C. Pauvreté, précarité, exclusion. Définitions et concepts. [Internet]. Trav Obs. 2000 ; 30.
Disponible sur : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Travaux2000_1.1.pauvrete_precarite_exclusions.Loisy.pdf
(Consulté le 12/10/2019)
3. MEDECINS DU MONDE. Rapport de Médecins du Monde : Etat des lieux des Permanences d'Accès aux Soins de Santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent [Internet]. Direction des missions de France ; 2010 août.
Disponible sur : <https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2011/07/ Etat des lieux des PASS - Rapport-MDM 2010.pdf>
(Consulté le 15/10/2019)
4. MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE. Nouveau régime fiscal des associations : guide pratique. Paris : La Documentation française ; 1999.
5. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Circulaire DH/AF1/DAS/RV 3 n° 33-93 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies [Internet]. Bulletin officiel du ministère chargé des affaires sociales n° 93/42 p. 99-101.
Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhaf-1dasrv-3-n-33-93-du-17-septembre-1993-relative-a-laces-aux-soins-des-personnes-les-plus-demunies/>
(Consulté le 14/12/2019)
6. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 95-08 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies [Internet]. Bulletin officiel du ministère chargé des affaires sociales n° 95/16 p. 95-111.
Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dasdhgdsdpmdssdirmidiv-n-95-08-du-21-mars-1995-relative-a-laces-aux-soins-des-personnes-les-plus-demunies/>
(Consulté le 14/12/2019)
7. LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. JORF n°175 du 31 juillet 1998 page 11679.
(Consulté le 12/10/2019)
8. LOI n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. JORF n°0172 du 28 juillet 1999 page 11229.
(Consulté le 12/10/2019)

9. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Circulaire DAS/RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM n° 2000/14 du 10 janvier 2000 relative à l'aide médicale de l'Etat [Internet]. Bulletin officiel n° 2000-3.

Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-03/a0030249.htm>

(Consulté le 14/12/2019)

10. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. JORF n°190 du 17 août 2004 page 14598 texte n°2.

(Consulté le 14/12/2019)

11. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Circulaire n°DGAS/DSS/DHOS/2005/407 relative à l'Aide médicale de l'État (AME) [Internet]. sept 27, 2005 p. 3.

Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/aide_medicale_de_l_etat.pdf

(Consulté le 14/12/2019)

12. MINISTERE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHESION SOCIALE, MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DELEGUE A L'INTEGRATION, A L'EGALITE DES CHANCES ET A LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION. Circulaire N°DHOS/DSS/DGAS/2005/141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide médicale de l'Etat (Article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 du 30 décembre 2003) [Internet].

Disponible sur : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_18852.pdf

(Consulté le 14/12/2019)

13. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_10571.pdf

(Consulté le 14/12/2019)

14. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. La Protection Universelle Maladie (PUMa) [Internet]. janv 8, 2020.

Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>

(Consulté le 14/12/2019)

15. Ameli, le site de l'Assurance Maladie en ligne [Internet].

Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure>

(Consulté le 14/12/2019)

16. Fonds CMU-C. Fonds de la Complémentaire santé solidaire [Internet]. 2018.

Disponible sur : <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/>

(Consulté le 14/12/2019)

17. GISTI : Groupe d'information et de soutien des immigrés. Demander l'asile en France : La santé [Internet].

Disponible sur : <https://www.gisti.org/spip.php?article5156>

(Consulté le 14/12/2019)

18. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 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 [Internet].

Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-01/a0010045.htm>

(Consulté le 14/12/2019)

19. Organisation d'un service d'Urgence : Quelques textes réglementaires encadrant les pratiques aux urgences [Internet].

Disponible sur : https://atelier-canope-19.canoprof.fr/eleve/IOA_eleve/activities/IOA_1.xhtml

(Consulté le 14/12/2019)

20. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Arrêté du 23 mars 2007 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale [Internet]. JORF n° 73 du 27 mars 2007 page 56857 texte n° 41.

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2007/3/23/SANH0721412A/jo/texte>

(Consulté le 14/12/2019)

21. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Circulaire DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) [Internet].

Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste_20130007_00_00_0078.pdf

(Consulté le 14/12/2019)

22. Dr FABRE C, BAUDOT V, TOULEMONDE S. Evaluation des permanences d'accès aux soins de santé : Résumé de l'étude [Internet]. Gres Médiation Santé ; 2003 oct p. 4.

Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/evaluation_des_pass_rapport_resume.pdf

(Consulté le 24/02/2020)

23. DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE, DIRECTION DU SERVICE AUX PATIENTS ET COMMUNICATION, DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES. Les PASS et leurs enjeux institutionnels. « AP-HP et PASS : proximité et excellence ». In 2011. p. 14.

Disponible sur : <https://docplayer.fr/85698237-Les-pass-et-leurs-enjeux-institutionnels-ap-hp-et-pass-proximite-et-excellence.html>

(Consulté le 14/12/2019)

24. Sénat : un site au service des citoyens. Projet de loi de finances pour 2019 : Santé [Internet].

Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/a18-150-6/a18-150-66.html>

(Consulté le 14/12/2019)

25. DENORMANDIE P, CORNU-PAUCHET M. L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2018 juill p. 102.

Disponible sur : <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport2018-acc%C3%A8s%20aux%20soins%20PP%20et%20PH.pdf>

(Consulté le 24/02/2020)

26. Minima sociaux et prestations sociales. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) [Internet]. DRESS ; 2019.

Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/37-2.pdf>

(Consulté le 24/02/2020)

27. Fonds CMU-C. Rapport d'activité 2018 : Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie [Internet]. 2018.

Disponible sur : https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2018.pdf

(Consulté le 24/02/2020)

28. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Circulaire N°DGOS/R5/2011/315 du 1er août 2011 relative au guide de délégation des dotations finançant les aides à la contractualisation [Internet].

Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-08/ste_20110008_010_0_0129.pdf

(Consulté le 30/03/2020)

29. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS. Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général - Version 0 [Internet].

Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_contractualisation_des_dotations_financant_les_MIG-3.pdf

(Consulté le 17/07/2020)

30. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation - MIGAC [Internet]. 2019.

Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/missions-d-interet-general-et-d-aides-a-la-contractualisation-migac/article/les-missions-d-interet-general-et-d-aides-a-la-contractualisation-migac>

(Consulté le 17/07/2020)

31. 10 questions sur les permanences d'accès aux soins de santé [Internet]. La Gazette Santé Social. 2014.

Disponible sur : <http://www.gazette-sante-social.fr/6365/10-questions-sur-les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante>

(Consulté le 24/11/2019)

32. VICIANA M. Devenir des patients consultant à la PASS de l'Hôpital Henri MONDOR [Internet]. Université Paris-Descartes ; 2019.

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02304238/document>

(Consulté le 06/10/2019)

33. AGENCE REGIONALE DE SANTE. Les permanences d'accès aux soins de santé [Internet]. 2017.

Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-0>

(Consulté le 06/10/2019)

34. COLLIN T. Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry : évaluation du retour au droit commun [Internet]. [Faculté de médecine de Grenoble] : Université Joseph Fourier ; 2011.

Disponible sur : <https://pdfs.semanticscholar.org/e06c/783af64b6bf1a9af09525ee25d9f438ca6f7.pdf>

(Consulté le 06/10/2019)

35. FEDERICI L. La prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus [Internet]. [Paris VI] : Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie ; 2013.

Disponible sur : <https://cmge-upmc.org/IMG/pdf/federici-these.pdf>

(Consulté le 06/10/2019)

36. KHAN S. Prise en charge des patients migrants atteints de cancer en situation de précarité : étude qualitative réalisée à la PASS Verlaine de l'hôpital Saint-Louis à Paris [Internet]. Faculté de Médecine, Université Paris Diderot ; 2013.

Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4201_KHAN_These.pdf

(Consulté le 06/10/2019)

37. LE GOFF S. L'accès des patients précaires au parcours de soins de droit commun : étude qualitative d'une population de consultants de la permanence d'accès aux soins de Bobigny. [Internet]. [Université Paris Nord]: Faculté de Médecine de Bobigny, Léonard de Vinci; 2014.

Disponible sur : <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=493919>

(Consulté le 06/10/2019)

38. ERNST TOULOUSE C, NOLLET C. Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé : perspectives en médecine générale : entretiens auprès de 25 médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée [Internet]. [Université de Nantes] : Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales. ; 2014.

Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/92a3a4aa-c35b-401e-8d06-6571ea770d29>

(Consulté le 08/10/2019)

39. MARTIN G. Patients en situation de précarité : Quel parcours de soins en médecine générale ? Etude qualitative par focus group auprès de médecins généralistes installés et remplaçants en Nord-Pas-de-Calais. [Internet]. [Lille] : Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2015.

Disponible sur : <https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/30a33d63-34fa-470e-b110-7bd5068f56df>

(Consulté le 06/10/2019)

40. ABT M. Recours à la médecine générale des patients migrants en Nord-Pas-de-Calais : attentes, déterminants et résultats de consultations somatiques et psychologiques [Internet]. [Lille] : Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2015.

Disponible sur : <http://pepите.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-4967>

(Consulté le 20/05/2020)

41. FRANCLLET A. Enquête de satisfaction auprès des usagers de la PASS de l'Hôpital Saint-André de Bordeaux [Internet]. [Bordeaux] : Université de Bordeaux, U.F.R. des sciences médicales ; 2017.

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01611589/document>

(Consulté le 06/10/2019)

42. INPES, CMG. Prendre en compte les inégalités de santé en médecine générale. Repères pour votre pratique. Mai 2014 ;

Disponible sur : <https://www.respects73.fr/wp-content/uploads/2016/10/1538.pdf>

(Consulté le 06/10/2019)

43. CECILE FLYE SAINTE M, QUERRIOUX I, BAUMANN C, PATRIZIO PD. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires [Internet]. S. F. S. P. 2015. pages 679 à 690. (Santé publique 2015/5 ; vol. 27).

Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-5-page-679.htm>

(Consulté le 15/05/2020)

44. DE PAUW C. Les médecins généralistes face au défi de la précarité. Presses de l'École des Hautes Etudes en santé publique. Rennes ; 2017.

45. MINISTERE DE LA SANTE. Circulaire du 9 juillet 1993 relative à l'application de l'article L. 365-1 du code de la santé publique [Internet]. JORF n°180 du 6 août 1993 page 11051.

Disponible sur : <https://beta.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000544419>

(Consulté le 08/10/2019)

46. Bulletin Officiel n°2000-3 [Internet].

Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-03/a0030249.htm>

(Consulté le 08/10/2019)

47. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [Internet]. JORF n° 119 du 23 mai 2006 page 7535 texte n°12 mai 22, 2006.

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/5/22/SANH0620665D/jo/texte>

(Consulté le 06/10/2019)

48. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Circulaire n° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé [Internet].

Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-dhosf42009319-du-19-octobre-2009-relative-aux-regles-de-facturation-des-soins-dispensees-dans-les-etablissemnts-de-sante/>

(Consulté le 08/10/2019)

49. INSEE. Intercommunalité [Internet]. 2020.

Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/information/2510634>

(Consulté le 15/05/2020)

50. DREES. Démographie des professionnels de santé : Qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de médecins. Doss Presse. 2018 ; 14.

Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/communiqués-de-presse/article/demographie-des-professionnels-de-sante-qui-sont-les-medecins-en-2018-quelle>

(Consulté le 12/07/2020)

51. ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2018 [Internet]. 2018 p. 165.

Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf

(Consulté le 12/07/2020)

52. VERGIER N, CHAPUT H, LEFEBVRE-HOANG I. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? [Internet]. 2017 mai. (Les dossiers de la DRESS). Report No. : 17. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf> (Consulté le 12/07/2020)

53. Article D3334-8-1 du code général des collectivités territoriales [Internet]. Code général des collectivités territoriales. Disponible sur : <https://beta.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000038724108/2019-07-05> (Consulté le 12/04/2020)

54. Territoire de la Communauté Urbaine d'Arras : Étude de cas [Internet]. The shift project ; 2020. Disponible sur : https://theshiftproject.org/wp-content/uploads/2020/02/2020-02-04_%C3%89tude-de-cas_ARRAS-WEB.pdf (Consulté le 12/04/2020)

55. CRESGE. La pauvreté dans le Nord-Pas-de-Calais. Des situations contrastées et des phénomènes qui persistent. Diagnostic réalisé dans le cadre du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale [Internet]. 2013 oct p. 40. Report No.: version 5. Disponible sur : http://hauts-de-france.drjcs.gouv.fr/sites/hauts-de-france.drjcs.gouv.fr/IMG/pdf/Diagnostic_plan_pauvrete_NPdC.pdf (Consulté le 12/04/2020)

56. INSEE. Réforme de la géographie prioritaire au sein de la communauté urbaine d'Arras – Réforme de la politique de la ville dans la communauté urbaine d'Arras [Internet]. 2015. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1894038?sommaire=1894041> (Consulté le 12/04/2020)

57. INSEE. Définition - Zone urbaine sensible / ZUS [Internet]. 2016. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1679> (Consulté le 12/04/2020)

58. PERRET G. Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France. Populations Migrantes Violences Subies Accès Aux Soins. 26 déc 2018. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/pdf/2019_17-18_4.pdf (Consulté le 12/04/2020)

59. REVIL H, WARIN P, RICHARD F, BLANCHOZ J-M. Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action. Cinq années de collaboration entre l'Assurance maladie et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) [Internet]. Paris, Cité des Sciences et de l'Industrie ; 2019 juin p. 29. Disponible sur : https://odenore.msh-alpes.fr/documents/colloque-renoncement-acces-aux-soins-actes-synthetiques_0.pdf (Consulté le 08/10/2019)

60. CETAF, L'Assurance Maladie. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie [Internet]. 2005 janv p. 18.

Disponible sur : http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2009/05/re_precairite.pdf

(Consulté le 08/10/2019)

61. AUBRY A. Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de ville. Intérêt d'un réseau médecine de ville-PASS [Internet] [Médecine]. [Paris V] : Paris Descartes ; 2011.

Disponible sur : <https://www.youscribe.com/BookReader/Index/537036/?documentId=508159>

(Consulté le 12/02/2020)

62. LE BORGNE J. Évaluation du taux de suivi en médecine générale libérale de patients en situation de précarité ayant été pris en charge antérieurement dans un centre de santé à Brest [Internet] [Médecine]. [Faculté de médecine et des sciences de la santé de Brest] : Université de Bretagne Occidentale ; 2018.

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01819655/document>

(Consulté le 12/02/2020)

63. ARS PACA. Pass de ville à Marseille : un dispositif innovant d'accès aux soins [Internet]. 2019.

Disponible sur : <https://www.paca.ars.sante.fr/pass-de-ville-marseille-un-dispositif-innovant-dacces-aux-soins>

(Consulté le 15/03/2020)

64. MEDECINS DU MONDE. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France [Internet]. p. 128. Report No. : Rapport 2018.

Disponible sur : <https://www.infomie.net/IMG/pdf/mdm-rapport-observatoire-2019-web3.pdf>

(Consulté le 15/03/2020)

65. GRAZ B, VADER JP, RAYNAULT MF. Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction [Internet]. 2002. (Santé publique 2002 ; vol. 14 n°1, p. 75-81).

Disponible sur : https://www.academia.edu/22785168/R%C3%A9fugi%C3%A9s_migrants_barri%C3%A8re_de_la_langue_opinion_des_praticiens_sur_les_moyens_daide_%C3%A0_la_traduction

(Consulté le 12/07/2020)

66. BERNARD A, WHITAKER M, RAY M, ROCKICH PHARM A, BARTON-BAXER M, BARNES S. L., et al. Impact of Language Barrier on Acute Care Medical Professionals Is Dependent Upon Role. Volume 22, Issue 6. Journal of Professional Nursing. 30 nov 2006 ; 355-8.

Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S8755722306001542?via%3Dihub>

(Consulté le 06/09/2020)

67. DESPRES C, NAIDITCH M, Fonds de Financement de la Protection complémentaire de la Couverture universelle du Risque Maladie. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle - Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne [Internet]. 2006 mai p. 88.

Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/064000521.pdf>
(Consulté le 12/07/2020)

68. DREES, BOISGUERIN B. Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU [Internet]. 2003 mars p. 93. Report No. : n° 63 – mai 2004.

Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat63.pdf>
(Consulté le 06/10/2019)

ANNEXES

A. Questionnaire

L'accès aux soins de santé et l'orientation par le médecin généraliste au sein de la Communauté Urbaine d'Arras.

Les médecins généralistes sont en interaction quotidienne avec de nombreuses catégories sociales. Ils s'inscrivent en témoins privilégiés des inégalités sociales de santé et peuvent par conséquent être des acteurs importants de nouvelles avancées.

J'ai choisi d'effectuer mon travail de thèse d'exercice en médecine générale sur les systèmes d'aide disponibles au sein de la Communauté Urbaine d'Arras.

Ce questionnaire anonyme est adressé à tout médecin généraliste de la Communauté Urbaine d'Arras.

Le temps de remplissage estimé est de 5 à 10 minutes.

Par avance, je vous remercie pour votre participation.

***Obligatoire**

Profil socio démographique du professionnel de santé

1. Quel est votre sexe ? *

Une seule réponse possible.

Féminin

Masculin

2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? *

Une seule réponse possible.

< 30 ans

30 - 40 ans

40 - 50 ans

50 - 60 ans

> 60 ans

3. Quel est votre lieu d'exercice principal ? [Selon l'article D3334-8-1 du Code Général des Collectivités Territoriales (CGCT), « sont considérées comme communes rurales les communes dont la population n'excède pas 2 000 habitants en métropole »] *

Une seule réponse possible.

- Urbain
 Rural

4. Quelle est votre activité ? *

Une seule réponse possible.

- Médecine libérale, en cabinet de groupe
 Médecine libérale, hors cabinet de groupe
 Médecine hospitalière
 Activité mixte (hospitalière et libérale)
 Protection Maternelle et Infantile

Profil de
la
patientèle

Pour la suite de ce questionnaire, on entend par droits potentiels une protection sociale minimale (mise à jour au 1er novembre 2019), soit :

- PUMa [Protection Universelle Maladie], remplace la CMU de base [Complémentaire Maladie Universelle] : elle assure aux personnes qui exercent une activité professionnelle en France, ou qui résident en France de façon stable et régulière, la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

- CSS [Complémentaire Santé Solidaire], remplace la CMU-C [Couverture Maladie Universelle Complémentaire] et est ouverte aux bénéficiaires de l'ACS [Aide au paiement d'une Complémentaire Santé] : elle donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale, avec dispense d'avance des frais ou tiers payant. Cette dernière restera gratuite pour les personnes bénéficiant actuellement de la CMU-C.

- AME [Aide Médicale de l'Etat] : dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins sous certaines conditions (résidence et ressources).

5. Connaissez-vous la PUMa ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

6. Connaissez-vous la CSS ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

7. Connaissez-vous l'AME ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

8. Acceptez-vous de recevoir des personnes n'ayant pas de droits potentiels (PUMa, CSS, AME) ? *

Une seule réponse possible.

Oui, sans conditions, avec gratuité des soins envisageable.

Oui, mais sous conditions [facturation a posteriori et/ou orientées par une association]

Non, je reçois uniquement les personnes ayant des droits potentiels

9. Etes-vous régulièrement confronté à des patients démunis ou dépourvus de protection maladie ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

10. A combien estimeriez-vous le nombre de patients par an ? *

Une seule réponse possible.

< 10

10 à 30

30 à 50

> 50

11. Si oui, quelle situation est la plus fréquente ?

Une seule réponse possible.

Absence de protection sociale [PUMa, AME]

Absence de complémentaire santé [CSS, mutuelle privée]

12. Quel en est, selon vous, le motif ? [plusieurs choix possibles]

Plusieurs réponses possibles.

Pas de droits potentiels (malgré connaissance), par absence de démarche personnelle, ou de suivi professionnel adapté.

Pas de droits potentiels par méconnaissance du système.

Droits potentiels, avec absence de mutuelle car coût trop important et/ou méconnaissance de la CSS.

Droits potentiels, avec absence de volonté de mutuelle devant bon état de santé apparent.

Migrants (en France depuis moins de 3 mois ou n'ayant pas fait les démarches AME)

13. Si vous êtes confronté à un patient sans droits potentiels, quelle est votre démarche ? *

Une seule réponse possible.

- Vous prenez en charge le motif de consultation initiale, sans ré-adresser le patient vers un dispositif social adapté
- Vous prenez en charge le motif de consultation initiale, puis vous ré-adressez le patient vers un dispositif social adapté
- En dehors de l'urgence vitale, vous redirigez immédiatement le patient vers un dispositif social adapté
- Vous y avez été trop peu confronté, vous ne savez pas

14. Au sein de la Communauté Urbaine d'Arras, vers quel(s) dispositif(s) seriez-vous amené à rediriger votre patient ? *

Plusieurs réponses possibles.

- CCAS (Centre Communal d'Action Sociale)
- SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation)
- Assistante sociale hospitalière
- SAU (Service d'Accueil d'Urgences)
- PASS hospitalière (Permanence d'Accès aux Soins de santé)
- PMI (Protection Maternelle et Infantile)
- Autre centre social Arrageois

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé

15. La connaissez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

16. Si oui, par quel biais l'avez-vous connue ? [plusieurs choix possibles]

Plusieurs réponses possibles.

- Par la formation médicale initiale
- Par la formation médicale continue
- Communication de la sécurité sociale
- Lors d'un stage hospitalier
- Dans une revue, sur le web
- Lors de votre pratique personnelle, information via un patient ou une assistante sociale

La
Permanence
d'Accès aux
Soins de
Santé -
C'est quoi ?

- Le dispositif PASS est créé en France par la circulaire DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 n° 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.

- Il permet une prise en charge médicale et sociale pour des personnes ayant besoin de soins mais ayant du mal à y accéder, du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie, ou de leurs difficultés financières.

- Elle est le seul recours aux soins possible pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France au cours des périodes d'exclusion légale du droit à la protection maladie et pour les personnes disposant d'un visa touristique sans assurance maladie dans leur pays d'origine

- En cas de nécessité, le patient a accès à des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi qu'à des traitements délivrés gratuitement.

- Cela donne aussi accès à une assistance sociale : conseils dans les démarches administratives (assurance maladie, PUMa, AME, CSS...) et accompagnement dans le parcours de soins.



La Permanence d'Accès aux Soins de Santé - Et Après ?

17. Savez-vous qu'un dispositif PASS est mis en place au Centre Hospitalier d'Arras ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

18. Seriez-vous intéressé par un temps d'information sur la PASS ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

19. Si oui, sous quelle forme ? [plusieurs réponses possibles]

Plusieurs réponses possibles.

- Rencontre avec le personnel soignant et le service social de l'hôpital
 Amélioration des informations en ligne (page dédiée sur le site du Centre Hospitalier)
 Brochures d'informations

Autre : _____

20. Pensez-vous qu'il faudrait mieux sensibiliser/former les futurs professionnels de santé ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

21. Si oui, sous quelle(s) forme(s) ? [plusieurs choix possibles]

Plusieurs réponses possibles.

- Par la formation médicale initiale
 Par la formation médicale continue
 Communication via la sécurité sociale
 Formation au sein des stages hospitaliers

22. Afin d'améliorer le retour au droit commun, trouveriez-vous un intérêt à créer un "partenariat médico-social" entre le dispositif PASS et les médecins généralistes de la Communauté Urbaine ? *

En cas d'identification d'un patient relevant de la PASS, le médecin généraliste s'engagerait à prendre en charge le patient pour les soins primaires et en contrepartie le dispositif assurerait un suivi du maintien des droits du patient.

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

23. Seriez-vous prêt à y adhérer ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

24. Quels sont les obstacles que vous pourriez évoquer ? [plusieurs choix possibles]

Plusieurs réponses possibles.

- Barrière de la langue
 Temps de consultation trop long
 Patientèle trop nombreuse
 Temps de formation "chronophage"

Autre : _____

25. Pour le suivi d'un patient étranger, vous préféreriez : [plusieurs choix possibles]

Plusieurs réponses possibles.

- La présence d'un interprète accompagnant
- L'utilisation d'un glossaire médical officiel
- Un service téléphonique de traducteurs
- Une formation personnelle en langues étrangères
- L'assurance d'un suivi de l'apprentissage du français

Autre : _____

Merci
!

Si vous êtes intéressé par les résultats de la thèse ou un temps de discussion concernant la PASS, merci de m'envoyer vos coordonnées à these.sonia.benabdallah@gmail.com

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

B. Rapport de délibération du conseil de la CUA du 21 décembre 2017

COMMUNAUTE URBAINE D'ARRAS

Délibérations du Conseil de la Communauté

SEANCE du 21 DECEMBRE 2017

Présidence de M. Philippe RAPENEAU

Secrétaire : M. Thierry SPAS
Délégué d'ARRAS

Etaient Présents : M. Pascal LACHAMBRE, Mme Claudine SACCHETTI, MM. Raymond KRETOWICZ, Guy PARIS, Didier THUILLOT, David HECO, Frédéric LETURQUE, Mme Denise BOCQUILLET, MM. Philippe RAPENEAU, Jean-Marie VANLERENBERGHE, Mmes Evelyne BEAUMONT, Sylvie NOCLERCQ, M. Alexandre MALFAIT, Mme Marylène FATIEN, MM. Claude FERET, Marc DESRAMAUT, Mme Emmanuelle LAPOUILLE-FLAJOLET, M. Thierry SPAS, Mme Nathalie GHEERBRANT, M. Jacques PATRIS, Mme Hélène LEFEBVRE, MM. Michaël SULIGERE, Grégory BECUE, Mme Hélène FLAUTRE, MM. Antoine DETOURNE, Alban HEUSELE, Jean-Marc PARMENTIER, Mme Isabelle DERUY, MM. Roger KARPINSKI, Jean-Luc TILLARD, Pierre ANSART, Mme Anny BLONDEL, MM. Cédric DELMOTTE, Jean-Claude PLU, Jean-Marie DISTINGUIN, Michel DELMOTTE, Jean-Guy LESAGE, Mme Françoise ROSSIGNOL, M. Philippe VIARD, Mme Michelle CAVE, MM. Alain GUFFROY, Michel MATHISSART, Géry COULON, Jean-François DEPRET, Roger POTEZ, Jean-Claude BLOUIN, Vincent THERY, Reynald ROCHE, Jean-Marie FOURNIER, Daniel DAMART, Philippe MASTIN, Michel ZECHEL, Jean-Pierre PUCHOIS, Jean-Claude LEVIS, Mme Betty CONTART, M. Jean-Claude DESAILLY, Mme Marie-Françoise MONTEL, MM. Arnold NORMAND, Nicolas KUSMIEREK, Nicolas DESFACHELLE, Dominique DELATTRE, Alain CAYET, Alain VAN GHELDER, Mme Carole ROUX, MM. Bernard MILLEVILLE, Didier MICHEL, Jean-Marie ZIEBA, Mme Sylvie GORIN.

Excusés : Mme Nicole CANLERS donne pouvoir à Mme Emmanuelle LAPOUILLE-FLAJOLET, M. Michel DOLLET donne pouvoir à M. Michel DELMOTTE, M. Cédric DUPOND donne pouvoir à M. Pierre ANSART, M. Jean-Pierre DELCOUR donne pouvoir à M. Michel MATHISSART, M. Yves DELRUE donne pouvoir à Mme Hélène LEFEBVRE, M. Jean-Pierre BAVIERE donne pouvoir à M. Jean-François DEPRET, M. Pierre ROUSSEZ donne pouvoir à M. Alain GUFFROY, Mme Gisèle CATTO donne pouvoir à M. Alain CAYET, Mme Zohra OUAGUEF donne pouvoir à Mme Marylène FATIEN, M. François-Xavier MUYLAERT donne pouvoir à M. Alexandre MALFAIT, Mme Laurence FACHAUX-CAVROS donne pouvoir à M. Nicolas DESFACHELLE, M. Eric DUFLOT donne pouvoir à M. Jean-Marie ZIEBA, Mme Claire HODENT donne pouvoir à Mme Evelyne BEAUMONT, MM. Jean-Pierre FERRI, Jean-Paul LEBLANC.

Aide aux professionnels de santé en milieu rural

Monsieur le Président donne lecture du rapport suivant :

Mesdames, Messieurs,

Vu l'article L. 1511-8 du Code Général des Collectivités Territoriales ;

La loi NOTRe du 7 août 2015 impose une nouvelle répartition des compétences entre les collectivités territoriales en matière d'intervention économique. La Communauté Urbaine d'Arras est compétente pour définir et octroyer des aides aux professionnels de santé dans les zones où est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

La densité des professionnels de santé étant plus faible en zone rurale, il vous est aujourd'hui proposé, afin de favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé en milieu rural, d'instaurer une aide financière dans les conditions suivantes :

- Création, reprise ou modernisation d'activité de professionnels de santé en secteur rural ;
- L'aide accordée prend la forme d'une subvention correspondant à 25 % maximum du montant des investissements éligibles ;
- Les investissements éligibles : investissements immobiliers portant sur le local, achat de matériel médical, dépenses d'aménagement ;

Accusé de réception en préfecture 062-200033579-20171221-DC211217C2-5- DE Date de télétransmission : 28/12/2017 Date de réception préfecture : 28/12/2017

- Les investissements objets de la subvention doivent débiter dans un délai de 12 mois maximum après la décision d'attribution de l'aide ;
- Une même activité ne peut solliciter une nouvelle aide pendant une durée de 3 années à compter de la date d'attribution de la dernière aide ;
- Toute demande devra faire l'objet d'un dépôt de dossier complet adressé au Président de la Communauté Urbaine d'Arras. Le dossier sera analysé par les services de la Communauté Urbaine d'Arras qui pourront demander toute précision complémentaire durant l'instruction.

Compte tenu de ce qui précède et après avis favorable de la Commission Economie réunie lors de sa séance en date du 28 novembre 2017, il vous est demandé de bien vouloir :

- adopter le cadre d'intervention de l'aide aux professionnels de santé en milieu rural, dans les conditions précitées ;
- autoriser Monsieur le Président ou son représentant à signer toute pièce utile à cet effet.

Les dépenses afférentes seront reprises au Budget principal des exercices correspondants en section d'investissement (article 20422).

Adopté à l'unanimité.



La présente délibération, à supposer que celle-ci fasse grief, peut faire l'objet, dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication et/ou de son affichage, d'un recours contentieux auprès du Tribunal administratif de LILLE ou d'un recours gracieux auprès de la Communauté Urbaine d'Arras, étant précisé que celle-ci dispose alors d'un délai de deux mois pour répondre. Un silence de deux mois vaut alors décision implicite de rejet. La décision ainsi prise, qu'elle soit expresse ou implicite, pourra elle-même être déférée au tribunal administratif dans un délai de deux mois. Conformément aux termes de l'article R. 421-7 du Code de Justice Administrative, les personnes résidant outre-mer et à l'étranger disposent d'un délai supplémentaire de distance de respectivement un et deux mois pour saisir le Tribunal.

Accusé de réception en préfecture
062-200033579-20171221-DC211217C2-5-
DE
Date de télétransmission : 28/12/2017
Date de réception préfecture : 28/12/2017

C. Mail envoyé aux médecins généralistes de la CUA

Madame, Monsieur, Chère consœur, Cher confrère,

Dans le cadre de ma thèse d'exercice en médecine générale, je sollicite les médecins généralistes au sein de la Communauté Urbaine d'Arras.

L'accès aux soins de santé, enjeu majeur et actuel, est encore malheureusement inégalitaire en France. Cette étude a pour but de faire un premier état des lieux sur la connaissance des systèmes d'aide disponibles.

C'est un questionnaire en ligne, rapide, anonyme et sous forme de QCM que vous trouverez en cliquant sur ce lien :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe90dtghrEqyYVXCsqzCpnHwnAykGDpAG-a9xiC1L24_mo3BA/viewform

Je vous serais plus que reconnaissante de prendre quelques minutes de votre temps afin de le compléter.

D'avance merci,

Sonia Benabdallah

D. Le score EPICES

Les 11 questions du score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les Centres d'Examens de Santé).

Les 11 questions du score EPICES	Poids affecté aux réponses
u Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06
u Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83
u Vivez-vous en couple ?	-8,28
u Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28
u Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?	14,80
u Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51
u Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10
u Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10
u Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47
u En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour :	
1 vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47
1 vous apporter une aide matérielle ?	-7,10

AUTEUR : Nom : BENABDALLAH

Prénom : Sonia

Date de soutenance : 8 octobre 2020

Titre de la thèse : Etat des lieux de la Connaissance de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du Centre Hospitalier d'Arras, par les médecins généralistes de la Communauté Urbaine

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : *Médecine*

DES + spécialité : *Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine générale*

Mots-clés : PASS, précarité, accès aux soins

Résumé :

Introduction : La Permanence d'accès aux soins de santé [PASS] est un dispositif d'aide en cas de non éligibilité à une couverture sociale. Sa connaissance initiale par les médecins généralistes semble primordiale et permettrait de repérer les situations à risque de renoncement aux soins.

L'objectif de notre étude est d'estimer la proportion de médecins généralistes, au sein de la Communauté Urbaine d'Arras, qui ont une connaissance individuelle de la PASS du Centre Hospitalier d'Arras [CHA].

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive auprès des médecins généralistes de la Communauté Urbaine d'Arras [CUA]. L'étude s'est déroulée du 29 avril au 31 juillet 2020.

Résultats : Les données ont été recueillies auprès de 74 médecins généralistes de la CUA. L'âge moyen était de 49,6 ans. Les répondants étaient pour une grande majorité en activité libérale.

Dans notre étude, moins de la moitié des médecins généralistes connaissaient le dispositif PASS, et moins d'un médecin sur quatre son existence au CHA. Ce chiffre s'élevait à 75 % lorsqu'il était rapporté aux médecins régulièrement confrontés à des patients démunis ou dépourvus de protection de santé. Nous avons observé que 90 % des médecins interrogés souhaitaient une meilleure sensibilisation à la PASS. On relevait également un manque de formation des médecins en amont de leur période d'exercice. Un temps d'information dédié sur le mode de fonctionnement de la PASS au CHA intéressait les médecins avec 67,57 % et ce, quelle que soit leur connaissance initiale.

Conclusion : Malgré l'ancienneté du dispositif PASS, celui-ci restait minoritairement connu par les médecins généralistes. Une formation plus soutenue et systématique semblerait nécessaire au bon fonctionnement du dispositif PASS.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Professeur Éric WIEL – Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD – Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Enayet EDUN