



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master 2
« Santé publique et environnement »
Spécialité :
« Intervention en promotion de la santé »
Mémoire

Comment organiser le parcours de soins des populations vulnérables entre la ville et l'hôpital?

Étude à partir d'une consultation hospitalière de médecine sociale

Soutenu en juin 2015
Mademoiselle Piron Prescillia
Maître de stage :
Monsieur Moutel Grégoire
Guidant universitaire :
Madame Ponthier Nathalie

« Faire face aux inégalités de santé qui touchent tout particulièrement les personnes les plus démunies est une priorité de santé publique. Tous les patients ont droit à des soins de qualité et à la prévention. »¹

¹ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, recommandations et indicateurs pour organiser une permanence d'accès aux soins et à la santé, mai 2008.

Remerciements

Ce mémoire est le fruit d'un travail élaboré au sein d'une équipe hospitalière bienveillante et dynamique, travaillant avec humilité, humanisme et professionnalisme.

Je tiens à remercier mon maître de stage, le responsable de l'unité de médecine sociale de l'Hôpital Corentin Celton, Monsieur le Docteur Grégoire Moutel pour l'intérêt porté à mon travail, les conseils, les relectures et les reformulations apportés tout au long de ce stage. Merci pour les initiations à la réflexion éthique sur des sujets aussi vastes qu'intéressants.

Je remercie également Madame le Docteur Sophie Emery pour ses précieux conseils cliniques, son humanisme et son engagement auprès de ses patients. Je vous remercie de m'avoir apporté une réflexion clinique dans l'exercice de la santé publique.

Merci à l'ensemble de l'équipe paramédicale et sociale pour les 6 mois passés à vos côtés. Camille, Catherine, Carole, Isabelle, Malika, Marie-Reine, Nathalie et Véronique je vous remercie pour l'accueil que vous m'avez réservé, l'intérêt et l'implication dont vous avez fait preuve pour mon travail et bien évidemment pour les nombreux et chaleureux moments de partage. Nos discussions ont enrichi ma réflexion et nos collaborations ma pratique.

Enfin, l'essentiel de mes remerciements s'adresse tout naturellement aux patients dont j'ai eu la charge dans le cadre de ce stage. Même si ce travail s'est réalisé pour eux il ne se serait jamais fait sans eux. Je les remercie pour la confiance qu'ils m'ont accordée. Grâce à eux j'ai pu constater que la Santé Publique œuvre avant tout au bénéfice des personnes.

Table des matières

Glossaire.....	6
Introduction	7
I. Contexte	7
A. Les différentes notions de la "vulnérabilité »	7
1. La vulnérabilité	7
2. Précarité et pauvreté : deux termes à différencier.....	8
3. L'exclusion	8
B. Les politiques sociales en France	9
1. La loi Aubry de 1998	9
2. Le plan de lutte contre les exclusions et pour l'inclusion sociale 2013-2017	9
3. Perspectives.....	10
C. Les Permanences d'Accès aux Soins et à la Santé (PASS).....	10
1. Définition	10
2. Les populations consultant au sein des PASS.....	11
3. L'enjeu principal des PASS : la réorientation	12
II. Méthode.....	15
A. Objectifs.....	15
1. Objectifs principaux.....	15
2. Objectifs secondaires	15
B. Schéma d'étude	15
1. Le premier temps de l'étude : description de la population et détermination des critères potentiels de non réorientation	15
2. Le deuxième temps de l'étude : évaluation de la pertinence de la réorientation....	16
C. Population.....	18
1. Population cible	18
2. Inclusion.....	18
3. Exclusion.....	18
D. Outil, recueil et analyse des données.....	18
1. Grille de situation initiale du patient.....	18
2. Grille de suivi du parcours patient à 2 mois.....	19
E. Aspects éthiques et réglementaires.....	21
1. Respect confidentialité	21
2. Information et consentement des patients.....	21
3. Base de données et confidentialité	21
III. Résultats	22
A. Analyse des consultations hospitalières de médecine sociale	22
B. Description à priori des critères de non réorientation.....	26
C. Analyse comparative des patients jugés réorientables versus les patients jugés non réorientables	29
D. Analyse comparative des deux groupes randomisés en réorientation vers le soin de ville ou poursuite du suivi au sein du service hospitalier.....	30
E. Suivi à deux mois de la réorientation	32
IV. Discussion	32
V. Conclusion.....	36
Références bibliographiques	37
Annexes	40

Table des figures et tableaux

Figure 1: Flow chart méthodologique	20
Figure 2: Répartition des patients selon les causes de non réorientation rapportés par eux même	22
Figure 3: Répartition des patients en fonction de leur ancienneté de suivi au sein du service de consultation hospitalière.....	23
Figure 4: Répartition des patients en fonction du rythme de suivi au sein du service de consultation hospitalière.....	24
Figure 6: Répartition des patients en fonction du motif principal de consultation au sein du service de consultation hospitalière.....	25
Figure 7: Répartition des personnes en fonction de leur couverture sociale de base.....	26
Figure 8 : Description des critères de non réorientation des patients en médecine de ville.....	27
Figure 9: Répartition des patients en fonction du nombre de critères de non réorientation rapporté parmi ceux prédefinis.....	28
Figure 10: Flow chart résultats	31
Tableau 1: Comparaison des patients jugés réorientables vs patients jugés non réorientables	29
Tableau 2: Description comparative des deux groupes randomisés	30

Glossaire

AME	Aide médicale d'État
ALD	Affection longue durée
ARS	Agence régionale de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
CASO	Centre d'accueil, de soins et d'orientation
CCMS	Centre de consultations médicales et sociales
CMS	Centre municipal de santé
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-c	Couverture maladie universelle complémentaire
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNLE	Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
CP	Code pénal
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
HPST	Hôpital, patient, santé, territoire
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
ONG	Organisation non gouvernementale
PASS	Permanence d'accès aux soins et à la santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAU	Service d'accueil d'urgence
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience humaine acquise
TPG	Tiers payant généralisé
UH	Unité d'hospitalisation
UNESCO	Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture

Introduction

Selon la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé de 1948, la santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain.

En France, malgré une politique sanitaire et sociale d'inclusion du plus grand nombre, des inégalités d'accès aux soins persistent. Afin de limiter ces inégalités, des dispositifs sont mis en place que ce soit dans une démarche "humaniste" par certaines associations et ONG ou dans une démarche de service public par des services hospitaliers.

C'est dans le cadre de cette dernière orientation que sont mises en place des permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS) afin de répondre aux besoins sanitaires et sociaux des populations vulnérables.

Se pose alors la problématique de l'organisation du parcours de soins de ces populations entre la ville et l'hôpital.

Dans ce contexte, une question émerge: quels sont les critères à priori pour effectuer le retour en soins de ville des personnes consultant au sein d'une unité de médecine sociale incluant une permanence d'accès aux soins et à la santé (PASS) ?

I. Contexte

A. *Les différentes notions de la "vulnérabilité»*

Lorsque le terme de "vulnérabilité" est employé, il est fréquent de le voir confondu avec les mots: pauvreté, exclusion ou précarité. Ces termes correspondent pourtant à des notions bien différentes qu'il est important de distinguer.

1. La vulnérabilité

Le terme "populations vulnérables" renvoie à des populations soumises plus fréquemment à des risques de maladies, de pauvreté et d'isolement; à des personnes n'ayant pas les mêmes capacités face aux difficultés. La vulnérabilité ne se limite pas à un aspect économique ou social mais à l'ensemble des capacités d'un individu (cognitives, sociales, émotionnelles ou financières) mobilisables lors d'un événement difficile. La vulnérabilité est une notion que l'on peut approcher dans trois domaines : le législatif, les sciences sociales et le domaine médical.

Dans le code pénal, une personne est jugée vulnérable si elle n'est pas capable de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience psychique ou physique (art.434-3 CP).

L'approche des sciences sociales est plus nuancée, dans ses travaux sur la disqualification sociale (1), Serge Paugam identifie trois types de personnes vulnérables:

- Les "fragiles" qui bénéficient de l'aide sociale de façon ponctuelle,
- Les "assistés" qui bénéficient de l'aide sociale de façon régulière,
- Les "marginaux" qui se situent en dehors de la collectivité.

Enfin, dans le domaine médical, la vulnérabilité renvoie à la pathologie et à la difficulté de maintenir un état de santé jugé optimal. Un patient vulnérable peut être une personne dépendante sur le plan physique, psychique ou social.

2. Précarité et pauvreté : deux termes à différencier

La précarité n'est pas synonyme de pauvreté. Être précaire c'est vivre une situation de fragilité ou d'instabilité. La précarité se retrouve sur tous les axes de la vie de la personne: financier, psychique, social et physique.

La pauvreté, quant à elle, peut se définir comme un manque de ressources matérielles (financières, alimentaires, mobilières, textiles) ou de ressources non matérielles (savoir, éducation).

Deux types de pauvreté peuvent être distingués : la pauvreté absolue et la pauvreté relative. La première renvoie à la notion de grande pauvreté c'est-à-dire une situation dans laquelle les personnes ne disposeraient pas des biens de première nécessité nécessaires à leur survie comme l'eau potable ou l'alimentation.

La pauvreté relative, quant à elle, caractérise l'impossibilité pour les individus de mener une vie jugée normale car disposant de revenus inférieurs à un certain seuil (2).

Selon l'INSEE, un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Ce seuil est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. En France, un individu est considéré comme pauvre quand ses revenus mensuels sont inférieurs à 828 ou 993 euros (données 2012), selon le seuil utilisé (seuil à 50 % ou à 60 % du niveau de vie médian) (3). En considérant ces chiffres, la France comptait cinq millions de pauvres en 2012 selon l'INSEE avec un seuil à 50 % du niveau de vie médian et 8,6 millions avec un seuil à 60 % du niveau de vie médian.

Dans le premier cas, le taux de pauvreté c'est-à-dire la proportion d'individus vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 8,2 %, dans le second cas il est de 14,0 %.

3. L'exclusion

L'exclusion, quant à elle, traduit un défaut d'intégration sociale. Il s'agit d'une privation précise (logement, emploi). L'exclusion, selon la définition de l'UNESCO, introduit la notion de rupture du lien social, de désaffiliation, au cours duquel l'individu perd peu à peu les liens avec les autres individus.

L'exclusion sociale a lieu lorsque les personnes ne peuvent pas pleinement participer ou contribuer à la société à cause « du déni de droits politiques, civils, sociaux, économiques et culturels ». L'exclusion résulte d'une « combinaison de problèmes liés tels que le chômage, les bas salaires, l'insuffisance de qualifications, les mauvais logements, la mauvaise santé et les ruptures familiales» (4).

Il est reconnu que l'exclusion sociale est le résultat de défauts et d'échecs dans les systèmes et les structures familiales, communautaires et sociétales.

Le concept d'exclusion englobe celui de pauvreté puisqu'il correspond à la non réalisation des droits sociaux de base garantis par la loi.

B. Les politiques sociales en France

"L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de la santé."²

1. La loi Aubry de 1998

La loi Aubry de 1998 ou loi de lutte contre les exclusions sociales permet l'accès pour les plus démunis à l'emploi, au logement, aux soins et à des dispositifs d'aide en matière d'énergie, d'eau et de téléphone. Cette loi prévoit, également, un élargissement de l'accès aux soins avec la création de la Couverture Mutuelle Universelle (CMU) et de l'Aide Médicale d'État (AME).

De même, la création des programmes régionaux d'accès à la prévention et à la santé (PRAPS), dont l'objectif est de permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé et au système médico-social de droit commun, renforce la volonté institutionnelle de l'universalité de la couverture sociale en terme de santé.

Cette loi permet la mise en place des permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS) qui font partie du service public obligatoire. Chaque établissement de santé public doit désormais assurer une prise en charge médico-sociale des personnes les plus défavorisées.

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) de 2009 confère aux agences régionales de santé (ARS) l'organisation de l'accès aux soins des populations précaires au niveau régional. Avec les PRAPS, la volonté est bien d'ancrer l'accès aux soins dans une dimension territoriale.

Parallèlement, en 2000, les ateliers Santé Ville sont mis en place dans les communes. L'objectif est de promouvoir des actions de santé au bénéfice des habitants des territoires de la politique de la ville.

2. Le plan de lutte contre les exclusions et pour l'inclusion sociale 2013-2017

Ce plan, adopté en janvier 2013, fait suite à un rapport concernant le non recours aux droits sociaux et de santé pour un grand nombre d'individus rendant inefficace les politiques d'accès aux soins. En effet, il a été rapporté que le taux de non recours à l'aide à la complémentaire santé (ACS) était de l'ordre de 53 à 67 % en 2011, celui concernant la CMUC était entre 10 et 24%.

En terme d'accès aux soins et à la santé, ce plan prévoit de réduire les inégalités et de prévenir les ruptures en favorisant l'accès aux droits, en luttant contre le non-recours et en prévenant les inégalités d'accès aux soins. Il prévoit également de favoriser l'insertion en augmentant l'offre de soins de proximité et en permettant l'accès à une complémentaire pour tous. Ceci sera possible grâce à une augmentation des plafonds d'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

L'objectif est de réduire les inégalités de santé dans la population générale afin de ne pas stigmatiser les populations précaires.

² Loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

3. Perspectives

En juillet 2011, le Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), à partir d'un rapport sur l'évaluation de l'aide médicale de l'État publié en juin 2011 par le Comité de l'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée Nationale, a émis un avis favorable à la fusion de l'AME et la CMU (5). En effet, cette fusion semble nécessaire dans un objectif de simplification de l'accès aux droits. Un dispositif unique aurait plusieurs conséquences :

- économies sur les frais de gestion,
- simplification des démarches pour les bénéficiaires,
- simplification des démarches pour les professionnels de santé,
- sécurisation du parcours de soins coordonné.

Cette fusion est depuis réclamée par de nombreux acteurs médico-sociaux comme Médecins du Monde, la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) ou encore le conseil national du SIDA.

Médecins du Monde a appelé les parlementaires à intégrer cette notion dans la future loi de santé en février 2015.

En juillet 2014, Madame La Ministre de la Santé, des droits des femmes et des affaires sociales, Marisol Touraine, présente une nouvelle loi de santé. Cette loi prévoit une amélioration de l'accès aux soins avec notamment une généralisation du tiers payant (TPG). Le texte, présenté en Conseil des Ministres le 15 octobre 2014, est voté à l'Assemblée Nationale le 14 avril 2015. La fusion AME/CMU ne semble pas y figurer.

C. *Les Permanences d'Accès aux Soins et à la Santé (PASS)*

1. Définition

Les PASS (permanences d'accès aux soins et à la santé) sont des cellules de prise en charge médico-sociale permettant de faciliter l'accès des personnes vulnérables au système hospitalier et aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Ce dispositif, mis en place en 1998 (6) dans le cadre de 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, a été réaffirmé par la loi de Santé Publique de 2004 (7) dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). La circulaire du 15 juillet 2009 fixe comme axe à renforcer « les principes d'organisation efficiente d'une PASS pour rendre effectif l'accès aux soins des publics en situation de précarité » (8).

Puis il a été reprécisé par une circulaire de la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) de 2013 (9). Selon cette circulaire, les patients bénéficiaires du dispositif sont des patients en situation de précarité, nécessitant des soins externes et n'y parvenant pas soit par absence ou incomplétude d'une protection sociale soit par désocialisation et nécessité d'être accompagnés dans leur parcours de soins.

Dès lors, près de 410 PASS ont été créées en France (9) dont 45 en Île-de-France.

Le budget des PASS se fait par une enveloppe de type "mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation" (MIGAC) donnée annuellement par l'Agence Régionale de Santé (ARS) du territoire concerné. Cette enveloppe, sera complétée par des financements de la structure dont dépendent les PASS, généralement les hôpitaux.

Les PASS ont comme mission de prendre en charge les populations vulnérables n'ayant pas de droits sociaux (population migrante en partie) ainsi que les populations vulnérables (population ayant des droits sociaux mais vivant des situations trop complexes pour être prise en charge en ville).

2. Les populations consultant au sein des PASS

Trois "types" de populations consultent dans les PASS: les personnes sans couverture sociale complète, les personnes avec couverture sociale partielle et ne pouvant financer le reste à charge et les personnes avec une couverture sociale complète mais vivant des situations sociales, médicales et/ou financières complexes.

a) Les personnes sans couverture sociale

Une étude transversale effectuée sur l'ensemble des PASS françaises en 2003 (10) montre que 39% des personnes n'ont pas de couverture sociale à leur entrée dans la PASS. Par la suite, un rapport présenté lors d'un colloque national en 2011 portant sur les PASS et leurs enjeux institutionnels (11) rapporte que 22% des personnes consultant dans ces structures n'ont pas de couverture sociale et 62% n'ont pas de couverture complémentaire. 81% des personnes consultants au sein des centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) n'ont pas de droits ouverts alors qu'ils pourraient en bénéficier (12). L'accompagnement médico-social prend alors toute son importance. En effet, le dispositif PASS aide ces personnes dans leurs démarches sociales notamment dans l'acquisition de couverture sociale de type Aide Médicale d'Etat (AME) ou Couverture Maladie Universelle (CMU). La prise en charge médicale est également initiée au sein des PASS et une éducation au système de santé français est débutée afin de permettre aux populations de se repérer dans ce système et d'acquérir une plus grande autonomie dans leur parcours de soins. Ainsi ces personnes, bénéficiant de droits, peuvent, en théorie, poursuivre leur prise en charge médicale en ville.

b) Les personnes avec couverture sociale partielle

En France, en 2011, 6% de la population n'a pas de couverture santé complémentaire (13). Au sein des PASS, 12.5 % des personnes (10) ont une sécurité sociale sans mutuelle. Pour ces personnes, le ticket modérateur (dont la part varie en fonction des soins) reste à charge, celui-ci est en moyenne de 547 euros (13) et est souvent difficile à régler (14).

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

Selon une étude transversale de 2003 (10), les personnes bénéficiant de couverture sociale et consultant dans les PASS sont réparties de la façon suivante: 17.5% des personnes ont une CMU et CMU complémentaire (CMUc), 14% ont une sécurité sociale avec mutuelle et 5.5 % bénéficie de l'AME.

Bien que les personnes aient une couverture sociale complète, elles peuvent vivre des difficultés financières pour avancer les frais de santé (en l'absence de généralisation du tiers payant), pour régler les franchises médicales et la participation forfaitaire. L'IRDÉS rapporte que 15.3 % des personnes bénéficiant d'une complémentaire privée renoncent aux soins pour raisons financières en 2008 (14). De plus, l'existence de pathologies psychiatriques, l'institutionnalisation, des parcours de vie parfois difficiles et/ou une maîtrise imparfaite du système de santé français font que ces personnes se retrouvent au sein des PASS. Pour ces personnes, le rôle des PASS est de les prendre en charge sur le plan médico-psycho-social, de les aider dans un parcours parfois compliqué et, dans certains cas, de les réorienter vers des soins de ville pour la poursuite de la prise en charge.

3. L'enjeu principal des PASS : la réorientation

Les PASS, qui peuvent se définir comme "un dispositif palliatif et de rattrapage" (15), se doivent, en théorie, de réorienter les personnes obtenant des droits vers les soins de ville (9), or très souvent, ce retour ne se fait pas. Seules 6 PASS sur les 37 étudiées en 2010 réorientent systématiquement leurs patients vers le droit commun dès ouverture des droits sociaux (16). Une étude effectuée à Chambéry (15) rapporte que 36.4 % des patients bénéficient d'un relai nominatif vers un médecin de ville. De nombreuses difficultés sont avancées : la complexité de certaines prise en charge (patients polypathologiques, patients présentant des pathologies psychiatriques lourdes, nécessité du plateau technique hospitalier), la difficulté des populations à trouver un médecin généraliste acceptant de les prendre en charge (refus de prise en charge des patients avec AME ou CMU), des droits sociaux trop fragiles avec une durée limitée de l'ouverture des droits pour l'AME pouvant aboutir à une nouvelle perte des droits étant donné que l'AME est délivrée pour une durée de un an reconductible, des ressources financières des patients rendant impossible le financement du reste à charge, la barrière de la langue ... Les professionnels des PASS ont une forte relation médecin-patient et ont la crainte de faire subir un nouveau traumatisme à leur patient avec la sensation de les abandonner dans les méandres du système de santé du droit commun (17).

Par ailleurs, pour les populations vulnérables, l'hôpital reste le lieu symbolique de l'accès aux soins, pourtant, ce dernier, représentant l'institution, fait peur (18).

Or la réorientation en ville présente plusieurs enjeux :

- Réaffirmation de l'autonomie des patients (19) et de leur droit à être réintégrés dans un parcours de soins commun et collectif (une étude rapporte qu'un grand nombre de patients consultant dans des centres de santé gratuits ressentent une certaine gêne à bénéficier d'un dispositif gratuit, ce qui engendre un retard de consultation dans 40 % des cas.)
- Désengorgement du dispositif hospitalier pour permettre une meilleure prise en charge médico-sociale des situations les plus complexes.
- Déstigmatisation et revalorisation des populations concernées en limitant les parcours de soins discriminants et l'enfermement dans des filières de soins spécifiques (19,20). Si l'on reprend les travaux de Paugam sur la stigmatisation des assistés, on peut considérer que les réseaux d'assistance (comme les PASS) dévalorisent les personnes y recourant. "Lorsque la pauvreté est combattue et jugée intolérable par la collectivité dans son ensemble, son statut social ne peut être que dévalorisé" (1).

- Maitrise des coûts de santé, une prise en charge traditionnelle en ville coûterait moins cher qu'une prise en charge hospitalière dans le cas d'une prise en charge de ville harmonieuse pour des patients compliants et observants et ne présentant pas "d'accident de parcours".

La prise en charge ambulatoire est un axe majeur de la politique de santé publique en France. La nouvelle loi de santé de 2014 (21), prévoit un renforcement du rôle du médecin de ville avec la mise en place du médecin traitant pour les enfants. Le médecin traitant se place désormais comme pivot dans la prise en charge du patient et, ce, dès le plus jeune âge. Cette loi, prévoit également de faciliter l'accès aux soins en généralisant le tiers-payant. Les populations renonçant aux soins à cause de l'avance des frais pourront désormais accéder plus facilement aux soins de ville. La médecine ambulatoire peut parfois être perçue comme complexe par des populations ne se repérant pas au sein du système français, pour faciliter l'orientation dans le système de santé des personnes, la loi prévoit la création d'un service public d'information en santé. Cette loi se place donc dans une démarche de simplification et de renforcement de la médecine de ville.

Le besoin de réorientation se heurte à des représentations de certains professionnels de santé travaillant en PASS, selon lesquelles :

- Les patients vivraient le retour en ville comme un abandon (20, 17).
- Les patients ne peuvent poursuivre leur prise en charge en ville soit par défaut de prise de conscience de leurs pathologies soit par défaut de prise en charge par la ville.
- Les libéraux ne sont pas adaptés à la prise en charge de cette population par rapport aux problèmes psychiques des migrants par exemple, qui sont très chronophages (22).
- Certains patients vivraient des refus de soins à cause de leur couverture sociale (AME, CMU).

Or des études effectuées auprès de médecins généralistes (22, 23) montrent que:

- La barrière de la langue ne serait pas un problème pour tous, 43% des médecins généralistes prenant en charge des patients adressés par un dispositif PASS éprouvent une difficulté quant à la barrière de la langue.
- Les patients orientés depuis la PASS semblent être ponctuels à leurs rendez-vous, ne gênent pas les autres patients en salle d'attente (pour 92% des généralistes interrogés) et n'ont pas de problème d'incurie (pour 95% des cas).
- 95 % des généralistes n'ont pas eu connaissance de refus de prise en charge de leurs patients par un spécialiste.

Cependant, il faut noter quelques difficultés rapportées par les médecins généralistes (18, 23, 24) dans la prise en charge de personnes issues d'un dispositif PASS comme:

- La difficulté à prendre en charge les troubles psychologiques et psychiatriques de ces populations qui sont plus touchées par ces pathologies.
- La difficulté à aborder les questions de prévention.
- La grande mobilité des patients.
- L'isolement des généralistes dans la prise en charge de ces patients.
- Le temps de consultation plus important pour ces patients.
- Un sentiment de mauvaise prise en charge de ces populations par manque de formation et de compétences dans le domaine médico-social.

Le choix entre une prise en charge de ville et une prise en charge spécifique hospitalière est difficile. Car, même si la prise en charge de "droit commun" doit être la règle puisque moins stigmatisante, elle semble, parfois, être insuffisante devant des situations complexes et une adaptation de cette règle doit être envisagée.

Si l'on compare l'accès aux soins des populations précaires à celui des populations handicapées, on retrouve les mêmes freins en termes d'accessibilité aux soins de ville et aux actes de prévention. Le comité interministériel du handicap en 2013, prévoit de faciliter l'accès aux spécialités médicales, aux lieux de soins et à la prévention de "droit commun" pour les personnes handicapées. Cependant, il prévoit que l'approche, qui doit être universelle, puisse s'adapter pour répondre aux besoins de ces populations (25).

Aucune étude n'évalue les critères de réorientation des patients vulnérables de la PASS vers la ville. Actuellement, la réorientation vers la ville se fait à l'appréciation du médecin référent du patient au sein de la PASS au risque de réorienter à mauvais escient les patients. Et, comme le souligne un médecin de la PASS Villermé à Bobigny, "on ne peut pas reposer le circuit sur la vision de la médecine de chaque médecin "(26). Rivolier (20) met en évidence le besoin de repères déontologiques forts pour lutter contre les pressions susceptibles de s'exercer dans un sens (réorienter précocement, à tout prix les patients vers le droit commun) ou dans l'autre (garder les patients pour leur éviter un nouvel épisode d'abandon).

Nous ne disposons pas de données suffisantes pour orienter le choix dans la réorientation des patients vers des soins de ville, se pose alors la question suivante: quels patients pouvons-nous renvoyer vers un médecin généraliste libéral et selon quelles modalités ?

II. Méthode

A. Objectifs

1. Objectifs principaux

- 1- Déterminer les caractéristiques de la population consultant en médecine sociale bénéficiant d'une couverture sociale et comprendre pourquoi elle s'oriente préférentiellement vers une consultation hospitalière plutôt qu'une consultation de ville.
- 2- Définir à priori des critères de non réorientation des patients consultant au sein de la consultation hospitalière vers la ville et déterminer quels sont les éléments permettant de juger de la qualité de la réorientation lorsqu'elle se fait.

2. Objectif secondaire

1. Déterminer les facteurs explicatifs d'un échec du retour en ville à postériori afin de préciser les critères préalablement définis.

B. Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive de la population consultant au sein d'un service de consultation hospitalière, de critères de non réorientation de cette population vers les soins de ville et de la pertinence de cette réorientation. Cette étude se déroulera en deux temps avec un objectif spécifique à chaque temps de l'étude (Figure 1).

1. Le premier temps de l'étude : description de la population et détermination des critères potentiels de non réorientation

Ce premier temps d'étude comprendra deux parties.

a) Description de la population

Cette partie consiste en la description de la population consultant au sein de l'unité de médecine sociale de l'hôpital Corentin Celton, Issy-les-Moulineaux, France. Cette étape descriptive se fera à l'aide d'une grille de situation patient de 27 items (Annexe 1), 23 items à réponse fermée et 4 à réponse ouverte, rempli par le médecin lors d'une consultation médicale au sein de la structure hospitalière.

Cette grille permettra une description de la situation sociale des personnes, de leurs connaissances du système de santé français et de leurs caractéristiques médicales qui expliquent qu'elles soient intégrées dans le système de médecine sociale.

b) Définition à priori des critères de non réorientation

A l'aide de la grille précédemment citée et particulièrement de l'item 21 nous définirons les critères de non réorientation en fonction de ce qui sera rapporté par les professionnels de santé.

Il a été défini, par expérience des professionnels du service et "dogmes" éthiques et médicaux, que certains patients ne se verrait pas proposer une réorientation vers les soins de ville. Il s'agit des personnes présentant les critères suivants:

- pathologie psychiatrique lourde (psychose avec conduite hétéroagressive, institutionnalisation, déni de pathologie).
- droits sociaux de courte durée.
- non autonomie dans le parcours de santé (avec difficulté dans la prise de rendez-vous, l'orientation vers les spécialistes, la gestion des traitements, la non maîtrise des repères culturels, la non maîtrise de la langue française).
- difficulté financière, connue des professionnels de santé, à prendre en charge le Reste à Charge.

Ces critères seront complétés par les apports des médecins référents des patients à l'item 21c à réponse ouverte.

2. Le deuxième temps de l'étude : évaluation de la pertinence de la réorientation

La population jugée potentiellement réorientable sera, à l'issue du questionnaire, randomisée en 2 groupes homogènes, sur l'âge et le sexe. Un groupe témoin poursuivra son suivi dans le service de médecine sociale, le groupe expérimental sera renvoyé vers les soins de ville pour la poursuite de la prise en charge. L'homogénéité des 2 groupes sera en âge, en sexe, en maîtrise de la langue française, en connaissance de l'existence des médecins généralistes de ville et en connaissance d'un médecin généraliste en particulier.

Les personnes incluses dans le groupe expérimental bénéficieront de la liste complète des médecins généralistes, disponible sur le site *ameli.fr*³, dans leur bassin de vie et d'un compte rendu médical indispensable à la bonne continuité de la prise en charge. Un rendez-vous de suivi sera donné à 2 mois à partir de la date de réorientation. Cet entretien, réalisé par le médecin évaluateur, permettra d'évaluer la survenue d'événements indésirables durant la période de suivi et de comparer la prévalence de ces événements dans les 2 groupes. Les événements indésirables étant définis comme:

- le recours aux soins d'urgence (SOS Médecins, SAMU, Service d'Accueil d'Urgences).
- une rupture de traitement pour une pathologie chronique.
- le recours à des consultations non programmées au sein du service de consultations hospitalières de médecine sociale de l'hôpital Corentin Celton.
- une rupture dans l'ouverture des droits sociaux.
- la non compliance aux traitements qui sera évaluée à l'aide d'un questionnaire mis en place par l'Assurance Maladie (27) pour les patients concernés par un traitement au long cours.

L'absence de déclaration de médecin traitant sera évaluée dans le groupe réorienté vers les médecins généralistes de ville.

³ <http://ameli-direct.ameli.fr/>

Si besoin, le médecin évaluateur, peut réintroduire le patient dans le service de consultation hospitalière de Corentin Celton. Cinq recommandations sont précisées dans ce sens afin de limiter les complications chez des personnes fragilisées par leur situation médicosociale.

- 1- Si un patient n'a pas consulté de médecin traitant depuis la date de réorientation alors qu'il y avait une raison médicale majeure et potentiellement préjudiciable pour lui de voir un médecin, il est décidé de réintroduire le patient au sein du service initial.
- 2- Si un patient a vécu un refus de soin de la part d'un médecin généraliste et que depuis il n'est pas retourné voir un autre médecin, il est décidé de réintroduire ce patient au sein du service.
- 3- Si un patient est en rupture de traitement et qu'il s'agit d'une urgence médicale, le médecin évaluateur fera, à titre exceptionnel, un renouvellement d'ordonnance et réinsistera sur la nécessité à être observant de son traitement.
- 4- Si un patient ayant eu recours à un Service d'Accueil d'Urgences durant la durée de suivi n'est pas retourné voir son médecin traitant, il est décidé de réintroduire ce patient au sein du service.
- 5- Si un patient est en rupture de droits sociaux l'empêchant d'accéder aux soins alors il est décidé de le réintroduire au sein du service.

A partir de ces recommandations, certains patients réorientés seront réinclus au sein du dispositif de médecine sociale. Un indicateur d'échec du retour en soins de ville sera mesuré en rapportant le nombre de patients réinclus dans le dispositif hospitalier sur le nombre de patients initialement réorientés.

Dans le groupe de patients réorientés en ville, des éléments seront évalués :

- Tout d'abord l'effectivité de la réorientation avec la proportion de personnes ayant effectivement consulté un médecin libéral durant la période de suivi et la proportion de ceux ayant déclaré un médecin généraliste libéral comme médecin traitant.
- Ensuite, la survenue d'événements indésirables cités précédemment comme le refus de soin par un professionnel de santé ou une rupture thérapeutique.
- L'échec du retour en ville grâce à l'indicateur cité plus haut.

A partir de l'analyse des événements indésirables à 2 mois dans le groupe réorienté et des critères médico-psycho-sociaux, il sera recherché des facteurs associés à la survenue de ces événements indésirables. Il pourrait être intéressant de voir si les différences observées sont corrélées aux données socio-médicales des patients. Ces facteurs identifiés seront ajoutés à la liste des critères de non réorientation établie à priori et permettront de l'affiner.

C. Population

1. Population cible

La population cible est l'ensemble des personnes majeures consultant au sein de l'unité de médecine sociale de l'Hôpital Corentin Celton (Issy-les-Moulineaux, France) entre le 19 février 2015 et le 26 mars 2015.

2. Inclusion

Seront inclus tous les patients regroupés sous le terme "UH 120" consultant au sein de la consultation hospitalière. Cette unité hospitalière (UH) regroupe les patients avec couverture sociale partielle c'est-à-dire avec une couverture santé de base mais sans couverture santé complémentaire et ayant en charge le ticket modérateur (dont la part varie en fonction des soins) et les personnes bénéficiant d'une couverture sociale complète mais en situation de vulnérabilité sociale, médicale et/ ou financière.

3. Exclusion

Seront exclues de l'étude les personnes sans couverture sociale. Les personnes refusant le retour en ville ainsi que les personnes présentant une aggravation clinique majeure imposant une prise en charge hospitalière seront exclues de la deuxième partie de notre étude.

D. Outil, recueil et analyse des données

Deux outils, permettant à l'investigateur de recueillir, auprès des médecins, les informations nécessaires à la conduite de cette étude, seront développés.

Les données seront collectées à partir de plusieurs sources: des médecins ayant la charge des patients, des patients eux-mêmes et des dossiers. La saisie des données se fera sur tableau Excel et l'analyse des données via le logiciel de statistiques R Studio®.

1. Grille de situation initiale du patient

Cette grille (Annexe 1) est remplie par le médecin à l'issue de la consultation. L'objectif de cette grille est double.

Tout d'abord le premier objectif de l'étude se réalise grâce au remplissage des items 1 à 20 de la grille situation qui permettra de faire une description des patients consultant au sein de l'unité de médecine sociale de l'Hôpital Corentin Celton. Les éléments suivants seront décrits:

- Données démographiques: sexe, âge, nationalité.
- Données sociales: type de droits sociaux, existence d'une couverture complémentaire.
- Données médicales: existence de pathologies chroniques, existence de pathologies psychiatriques, motif principal de consultation.
- Données sur les connaissances du système de santé français : connaissance de l'existence de médecins généralistes de ville, connaissance d'un médecin généraliste en particulier.

Par ailleurs, cette grille aura comme second objectif de définir les potentiels critères de non réorientation des patients vers les soins de ville grâce à l'item 21. A partir de la littérature (17, 23) et de considérations éthiques, il a été admis certains critères de non réorientation comme:

- L'existence d'une pathologie psychiatrique lourde (psychose avec conduite hétéroagressive, institutionnalisation, déni de pathologie).
- Des droits sociaux de courte durée (dont la date d'expiration est connue du médecin).

- La non autonomie du patient dans le parcours de santé (prise de rendez-vous, orientation vers les spécialistes, gestion des traitements, non maîtrise des repères culturels, non maîtrise de la langue française).
- Des difficultés financières pour le patient, connues des professionnels de santé, à prendre en charge le Reste à Charge.

Ces 4 critères figurent dans la grille de situation initiale du patient et seront recherchés, par ailleurs, par l'investigateur, d'autres critères de non réorientation à partir des réponses de la question ouverte de l'item 21.

Analyse des données

Une analyse quantitative descriptive des réponses sera réalisée ainsi qu'une analyse de contenu des questions ouvertes pour générer une liste nouvelle de critères de non réorientation que l'on présentera de façon quantitative.

2. Grille de suivi du parcours patient à 2 mois

Cette grille (Annexe 2) sera remplie à 2 mois de la date de réorientation par le médecin évaluateur lors d'un rendez-vous de suivi. L'évaluation ne se fera pas, tant que possible, par le médecin ayant réorienté le patient afin d'éviter de réintroduire un lien affectif soignant-soigné. Elle permettra d'évaluer l'effectivité de la réorientation vers la ville pour les patients réorientés grâce aux items spécifiques à ce groupe de patients.

Les indicateurs suivants seront recueillis:

- Proportion de personnes ayant consulté un médecin de ville depuis la réorientation.
- Proportion de personnes ayant vécu un refus de soins de la part d'un professionnel de santé durant la période de réorientation.
- Proportion de personnes ayant déclaré un médecin traitant.

Par ailleurs, il nous sera possible d'analyser les événements indésirables survenus chez les patients dans les deux groupes (patients poursuivant leur suivi au sein de l'unité de médecine sociale versus patients ayant été réorientés vers la ville) grâce à une grille d'évaluation (Annexe 3). La comparaison des deux groupes permettra d'identifier les événements indésirables survenant de façon significativement différente dans l'un des deux groupes.

Analyse statistique

Les données seront importées dans un logiciel d'analyses statistiques (R Studio®) afin d'effectuer une analyse univariée pour définir quels critères sont associés de manière significative à la survenue de ces événements puis si besoin, une analyse multivariée sera réalisée pour rechercher les facteurs corrélés à la survenue des événements indésirables de façon indépendante les uns des autres.

Figure 1: Flow chart méthodologique

TEMPS 1: Description de la population et détermination à priori de critères de non réorientation

Patients de l'UH120 durant la période d'inclusion

A- Étude descriptive de la consultation hospitalière

TEMPS 2: Évaluation de la pertinence de la réorientation

Patients jugés réorientables
(R)

B- Définition A PRIORI des critères de non réorientation

- Patients non autonomes
- Patients avec pathologie psychiatrique lourde
- Patients avec droits fragiles
- Difficultés financières

Patients jugés non réorientables
(NR)

RANDOMISATION

Patients suivis en UH120
(RNR)

Patients réorientés en ville
(RR)

Étude en cours

Pour tous, suivi à 2 mois pour évaluation comparative des 2 groupes sur les items:

- Recours aux soins d'urgence
- Rupture thérapeutique
- Consultation en médecine sociale non programmée
- Perte des droits sociaux

Pour les patients réorientés en ville:

- Consultation auprès d'un médecin de ville
- Déclaration d'un médecin traitant
- Expérience d'un refus de soin

E. Aspects éthiques et réglementaires

1. Respect confidentialité

L'ensemble des données collectées appartiennent au dossier médical du patient et sont habituellement recueillies dans la pratique de soins du service et donc sont soumises aux mêmes conditions de stricte confidentialité. L'ensemble des professionnels intervenant dans le cadre de cette étude sont soumis au respect du secret professionnel.

2. Information et consentement des patients

Les patients sont informés oralement et par écrit du déroulé de cette étude expliquant que, comme cela se fait régulièrement, le médecin peut choisir de réorienter vers la ville lorsqu'il le juge possible. Cependant on propose au patient de le revoir dans 2 mois pour témoigner de sa prise en charge en ville. Les patients sont informés qu'ils ne sont pas obligés de venir aux deux temps de l'étude. Si un patient refuse de revenir à 2 mois au sein du service de médecine sociale de l'hôpital il ne sera pas inclus dans la deuxième partie de l'étude. Lors du deuxième temps de l'étude (à 2 mois de la réorientation vers la ville) le patient bénéficie d'un entretien avec un médecin du service et les questions posées dans ce cadre sont celles qui seront habituellement posées dans le cadre d'une consultation médicale.

3. Base de données et confidentialité

Il s'agit de données recueillies habituellement dans le dossier médical du patient et saisies dans un tableur Excel. Ces données ne quitteront pas le service concerné (aucun échange de fichier n'est prévu). L'analyse des résultats se fera de manière totalement anonymisée. Le fichier Excel est basé sur un poste informatique du secrétariat médical du service et sécurisé. L'ensemble du service informatique de l'hôpital est couvert par une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (Cnil).

III. Résultats

A. Analyse des consultations hospitalières de médecine sociale

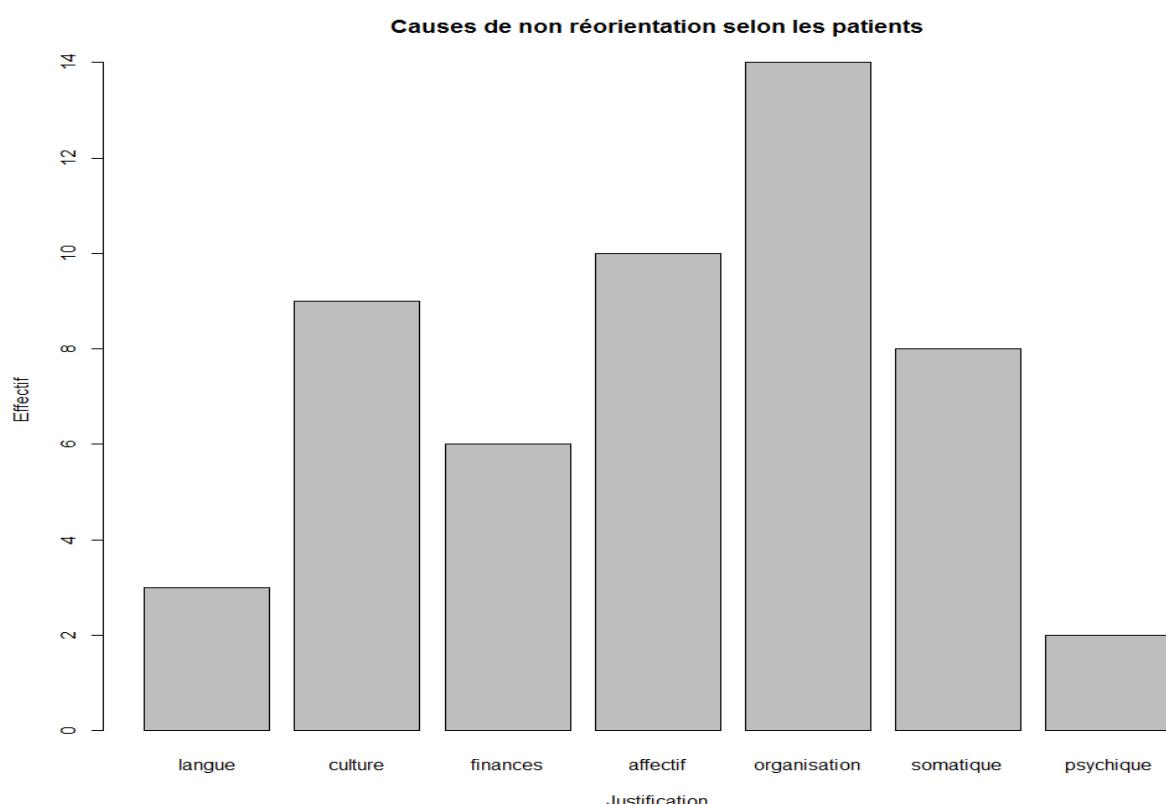
Entre le 19 février et le 26 mars 2015, 73 patients ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 51,7 ans (+/- 15,4 ans) et l'âge médian de 52 ans avec un minimum de 25 ans et un maximum de 88 ans. Le sex ratio était de 42/31. Un flow chart (Figure 10) synthétise les résultats.

En majorité, les patients inclus dans l'étude maîtrisent le français, même si seul 65,8% d'entre eux (n=48) maîtrise l'écriture et la lecture du français, 89 % (n= 65) le parle. Une grande majorité d'entre eux est de nationalité étrangère (hors UE) (58,9%).

Les connaissances "médicosociales" des patients peuvent être considérées comme globalement bonnes. En effet, 80,8 % (n=59) des personnes connaissent l'état de leurs droits sociaux du moment ainsi que l'existence de médecins généralistes de ville. Cependant, il faut noter que 27 % (n= 16/59) des personnes déclarant connaître l'existence de la médecine libérale ne connaissent pas de médecins généralistes de ville, c'est-à-dire ne savent pas où en trouver un.

Plus de 71% des personnes interrogées ne se sentent pas prêtes à être suivies en ville (n=52). Les principales raisons avancées (Figure 2) sont: l'organisation et la gestion des rendez-vous à 26,9 % (n=14); le lien affectif à 19,2% (n= 10); la limite culturelle pour 17,3% (n=9); l'existence d'une pathologie somatique complexe pour 15,4 % (n=8); la question financière pour 11,5% (n=6). La limite linguistique ne concerne que 5,8 % des patients (n=3) et la limite psychique est évoquée seulement dans 2 cas (soit 3,8%).

Figure 2: Répartition des patients selon les causes de non réorientation rapportés par eux même



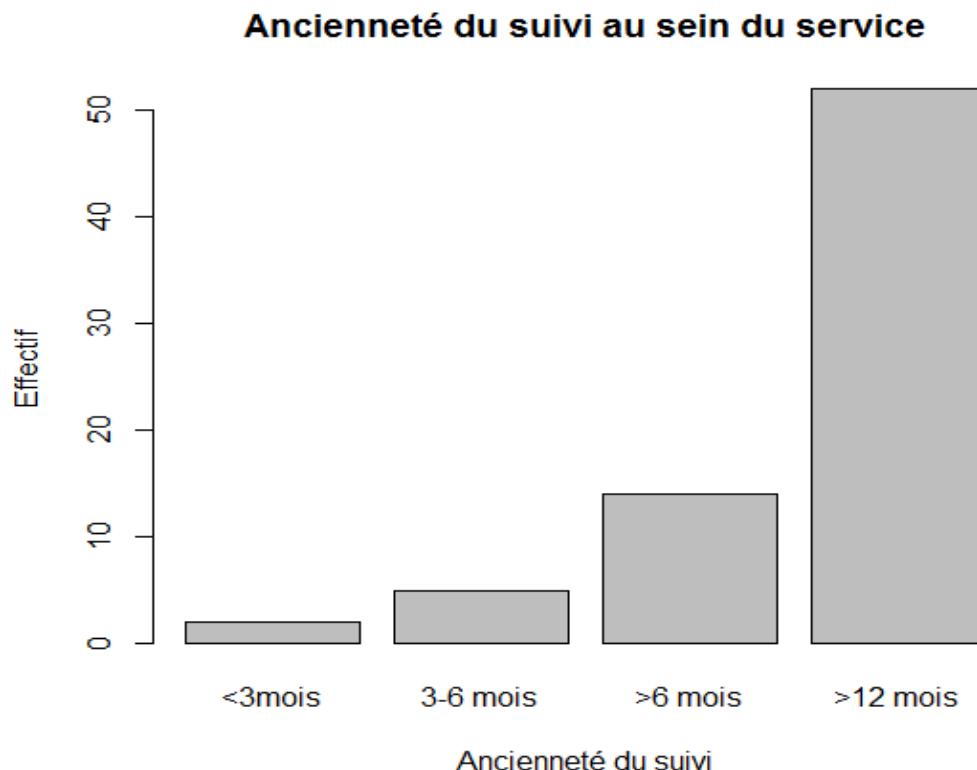
Pour 10 personnes, la justification financière à la non réorientation est développée. On s'aperçoit que les éléments abordés concernent:

- Le niveau de couverture sociale soit par absence de couverture complémentaire (n=2) ou par droits fragiles (AME ou CMU en rupture fréquente) (n=3).
- L'impossibilité d'avancer les frais (n=2).
- La difficulté d'accès en soins de ville à des spécialistes comme le diabétologue, l'ophtalmologue, le psychiatre ou le pneumologue très souvent en secteur 2 en Ile-de-France (n=3).

41.1 % (n= 30) des patients interrogés ont déjà eu un suivi en ville avant d'intégrer l'unité de médecine sociale. Les raisons de rupture sont multiples mais l'existence de pathologies somatiques complexes comme les cancers, les AVC (accident vasculaire cérébral) avec perte d'autonomie ou le diabète nécessitant un suivi rigoureux se retrouve en première place à 34.8 % (n=8). Viennent ensuite les ruptures pour cause financière (n=3), pour pathologie psychiatrique (n=3) rendant l'autonomie et le suivi difficiles dans le parcours de santé, pour rupture transitoire de droits (n=3). Puis viennent les critiques du système libéral, à savoir une mauvaise prise en charge par le médecin traitant et une perte de confiance de la part du patient qui se tourne vers le système hospitalier marqueur de sécurité et de qualité pour lui (n=3) et enfin l'indisponibilité des médecins libéraux (n=3) à cause de non remplacement en cas de départ en retraite ou de délai d'attente trop élevé.

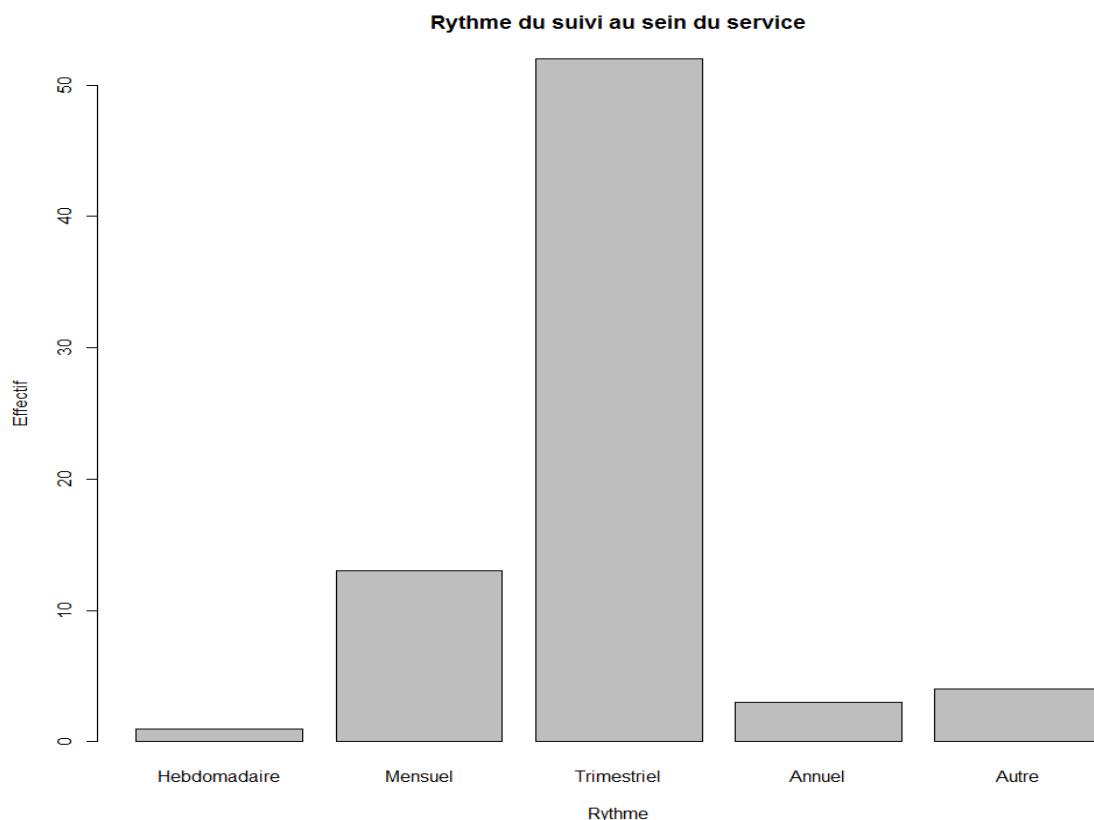
L'ancienneté de suivi (Figure 3) au sein du service est généralement supérieure à 12 mois dans 71.2 % (n=52). Seuls 2 patients sont suivis depuis moins de 3 mois, 5 entre 3 à 6 mois et 14 ont une ancienneté au sein du service comprise entre 6 et 12 mois.

Figure 3: Répartition des patients en fonction de leur ancienneté de suivi au sein du service de consultation hospitalière



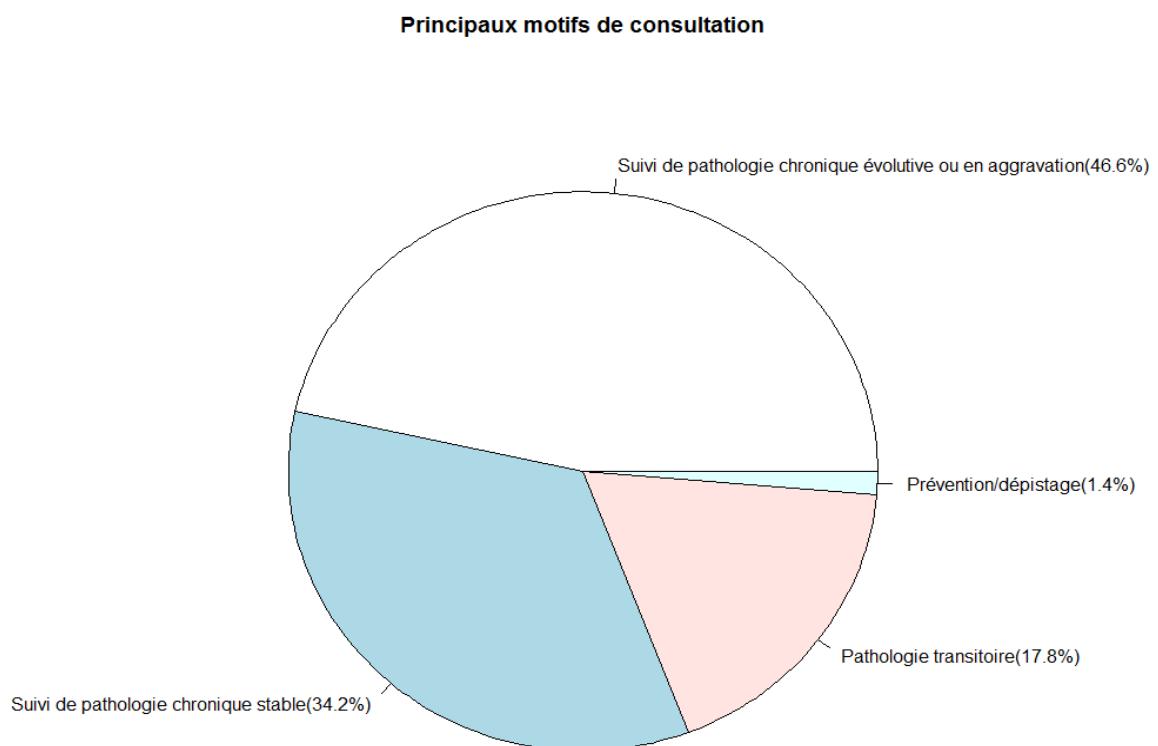
Le rythme de suivi (Figure 4) au sein du service (suivi médical, paramédical ou social) est fréquemment trimestriel à 71.2 % des cas (n=52), peu souvent mensuel (n=13), très rarement hebdomadaire (n=1) ou annuel (n=3).

Figure 4: Répartition des patients en fonction du rythme de suivi au sein du service de consultation hospitalière



Le motif principal de consultation était généralement une consultation pour suivi d'une pathologie chronique évolutive ou en aggravation (pathologie reconnue en ALD 30) pour 46.6 % des cas (n=34), puis il s'agissait de consultation pour suivi d'une pathologie chronique stable pour 34.2% des cas (n=25). Les consultations pour pathologies transitoires représentaient le motif principal de consultation dans 17.8 % des cas (n=13). La prévention et le dépistage et l'éducation étaient le motif principal de consultation pour seulement une personne soit 1.4 % des cas.

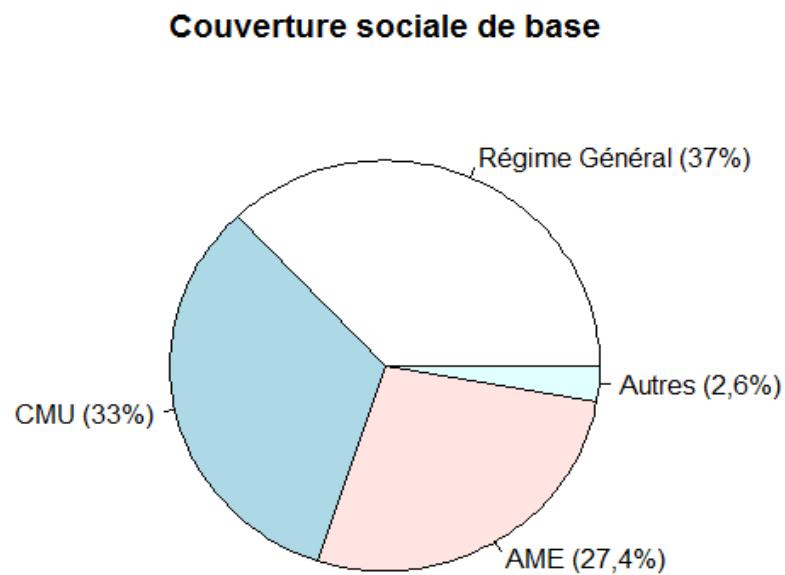
Figure 5: Répartition des patients en fonction du motif principal de consultation au sein du service de consultation hospitalière



En terme de couverture sociale les patients inclus avaient tous des droits ouverts au moment de l'étude. La majorité d'entre eux bénéficiait du régime général hors CMU pour 37% des cas (n=27); 33% des patients avaient un régime général type CMU (n=24) et 27.4 % une AME (n=20) (Figure 6). 49.3 % des patients (n=36) bénéficiaient d'une ALD (affection longue durée).

Une large majorité d'entre eux (74%) avait une couverture complémentaire. A noter que les médecins participant à l'étude considéraient comme complémentaire santé toute CMUc, mutuelle privée, ALD ou AME. En excluant les personnes bénéficiant d'une ALD et AME, on isole 19 personnes parmi les 73 inclus dans l'étude dont 78,9 % ont une couverture complémentaire.

Figure 6: Répartition des personnes en fonction de leur couverture sociale de base



Malgré le fait que l'ensemble des patients inclus avait une couverture sociale, 53% (n=39) avait un risque de perdre leurs droits sociaux dans des délais variant de moins d'un mois (7.7%) à plus de 6 mois (38.5 %).

63% (n=46) des patients suivis au sein du service de médecine sociale ont un médecin traitant déclaré qui est, à 73.9 % des cas, un médecin hospitalier.

Les difficultés financières à se soigner sont rapportées par 63% des patients (n=46).

La négligence par le patient d'une pathologie somatique chronique est rapportée dans 30 % (n=22) des cas contre 15.1 % (n=11) de négligence d'une pathologie psychiatrique chronique.

Au terme de ce questionnaire, les médecins évaluant les patients ont jugés que 32.9% (n=24) des patients suivis dans le service de médecine sociale étaient réorientables vers le soin de ville. Dans la partie suivant nous verrons quels sont les critères significativement associés au choix de la réorientation ou non.

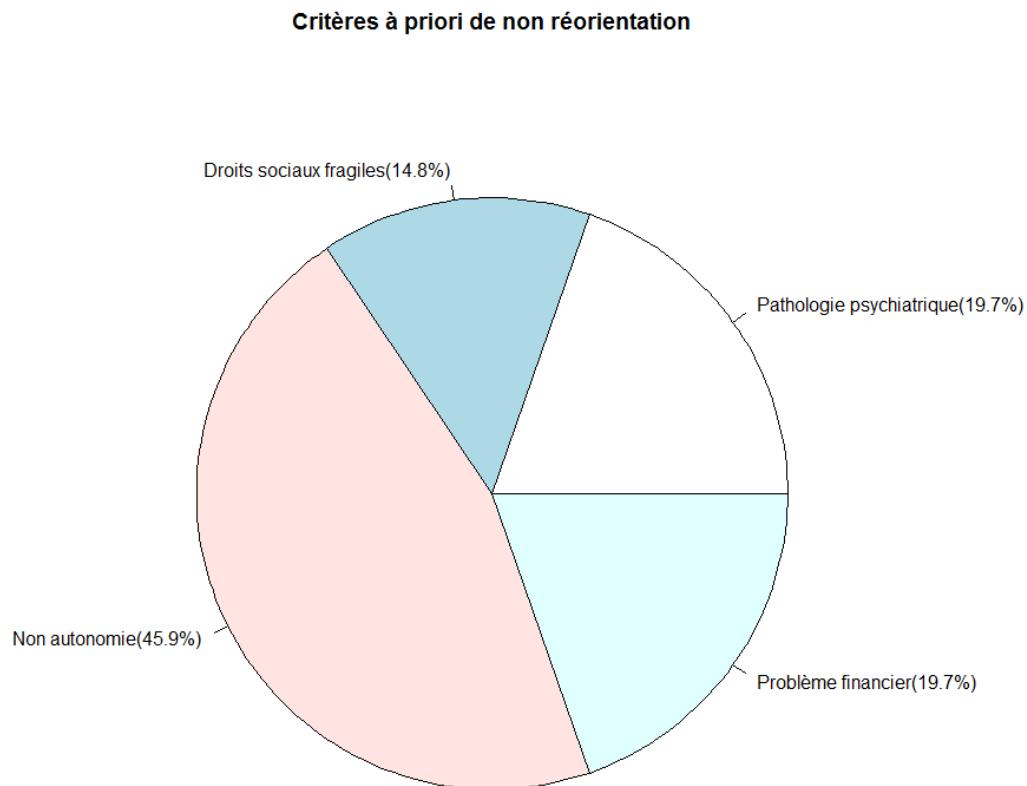
B. Description à priori des critères de non réorientation

Les critères de non réorientation avancés à priori par les cliniciens sont bien ceux précités en méthodologie, ils sont retrouvés chez près de 86 % (n=42) de la population étudiée. Les cliniciens pouvant choisir plusieurs critères pour un patient, les résultats sont exprimés en fonction du nombre de réponses totales à l'ensemble de la question 21.

Pour cette question on comptabilise un total de 61 réponses qui se répartissent en (Figure 7) :

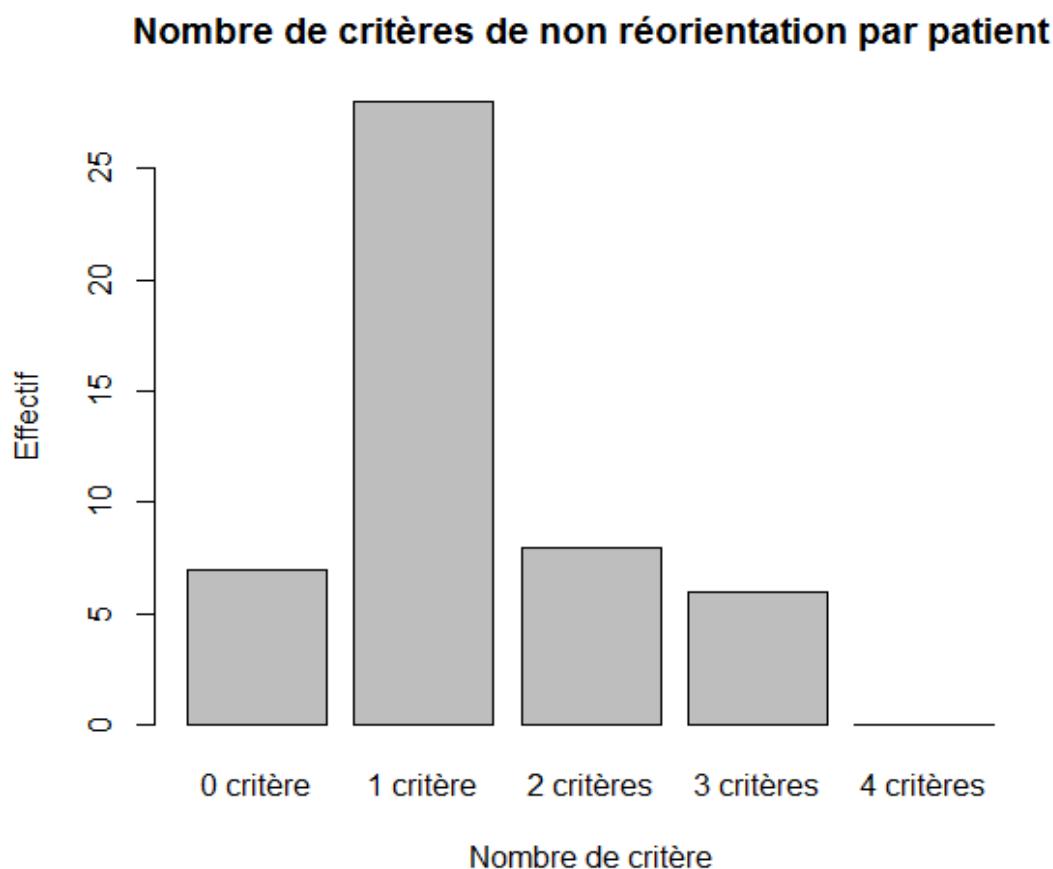
- Présence d'une pathologie psychiatrique lourde à 12 fois (19,7%).
- Droits sociaux de courte durée à 9 fois (14,8%).
- Non autonomie dans le parcours de santé à 28 fois (45,9%).
- Impossibilité financière de financer le reste à charge à 12 fois (19,7 %).

Figure 7 : Description des critères de non réorientation des patients en médecine de ville



A noter que 57,1 % des 49 patients non réorientés n'ont qu'un seul motif de non réorientation parmi ceux précités (n=28), 16,3 % des patients ont 2 motifs de non réorientation (n=8), 12,2 % des patients ont 3 motifs de non réorientation (n=6) et aucun n'a les 4 motifs de non réorientation. 7 patients soit 14 % des patients non réorientés n'ont aucun des 4 critères prédefinis (Figure 8).

Figure 8: Répartition des patients en fonction du nombre de critères de non réorientation rapporté parmi ceux prédefinis



Les quatre critères présupposés en « Méthodes » sont donc pertinents et validés puisque cités par les cliniciens en justification à la non réorientation pour la majorité des patients. Cependant, ces critères semblent insuffisants puisque pour 7 personnes les cliniciens ont avancés d'autres raisons de non réorientation vers le soin de ville dont la raison principale est la présence d'une situation somatique complexe à type de cancer ou de polypathologie.

A partir des informations données (11 autres justifications ont été faite) par les professionnels de santé en charge des patients, les autres critères de non réorientation sont:

- la difficulté à réaliser le parcours de soins à cause d'une pathologie psychiatrique ou de la nécessité de plusieurs intervenants médicaux pour une pathologie complexe (n=2 soit 16% des cas).
- le refus d'un patient (n=1 soit 8% des cas).
- les difficultés psychosociales (n=1 soit 8% des cas).
- les situations somatiques complexes et difficiles à prendre en charge en ville (n=6, soit 46% des justifications avancées). Ceci s'explique aussi par des polypathologies ou par la nécessité d'explorations complémentaires et donc du plateau technique hospitalier.
- le lien affectif (n=3 soit 23% des cas). En effet, la relation médecin-patient peut être si forte qu'il est inenvisageable pour les 2 parties de rompre la relation.

Un cas de sevrage alcoolique avec relation de confiance rentre également dans ce type de justification.

C. Analyse comparative des patients jugés réorientables versus les patients jugés non réorientables

Nous avons dans un premier temps fait une analyse univariée dans le but de repérer les facteurs influençant significativement la réorientation (Annexe 4). Au total les facteurs significativement différents entre les patients jugés réorientables et ceux jugés non réorientables vers les soins de ville semblent être (Tableau 1) :

- la non maîtrise du français ($p= 0,0047$).
- la méconnaissance de l'état des droits sociaux ($p=0,0094$).
- le sentiment de ne pas être prêt à être suivi en ville ($p=7,52 \text{ e-}14$).
- l'existence de difficultés financières à se soigner ($p=2,761 \text{ e-}05$).
- l'âge ($p= 0,03202$).

Ces éléments ne sont pas spontanément cités par les cliniciens comme des facteurs empêchant la non réorientation vers le soin de ville mais il semblerait que la présence de ces caractéristiques complexifie la réorientation. Ils doivent donc être considérés lors de toute réorientation vers le soin de ville. Ces éléments pourraient devenir à terme des critères de non réorientation.

Tableau 1: Comparaison des patients jugés réorientables vs patients jugés non réorientables

	Patients jugés réorientables (n= 24)	Patients jugés non réorientables (n= 49)	p
Age (moyenne, écart type)	45,88 ans +/-13,26	54,53 ans +/-15,61	0,03202
Français maîtrisé	22 (91,7%)	21 (42,9%)	0,004766
Français parlé	24 (100%)	41 (83,7%)	0,04664
Connaissance de l'état des droits sociaux	24 (100%)	35 (71,4%)	0,009422
Se sent prêt à être suivi en ville	19 (79,2%)	0 (0%)	7,52 e ⁻¹⁴
Existence de difficultés financières à se soigner	7 (29,2%)	39 (79,6%)	2,761 e ⁻⁰⁵

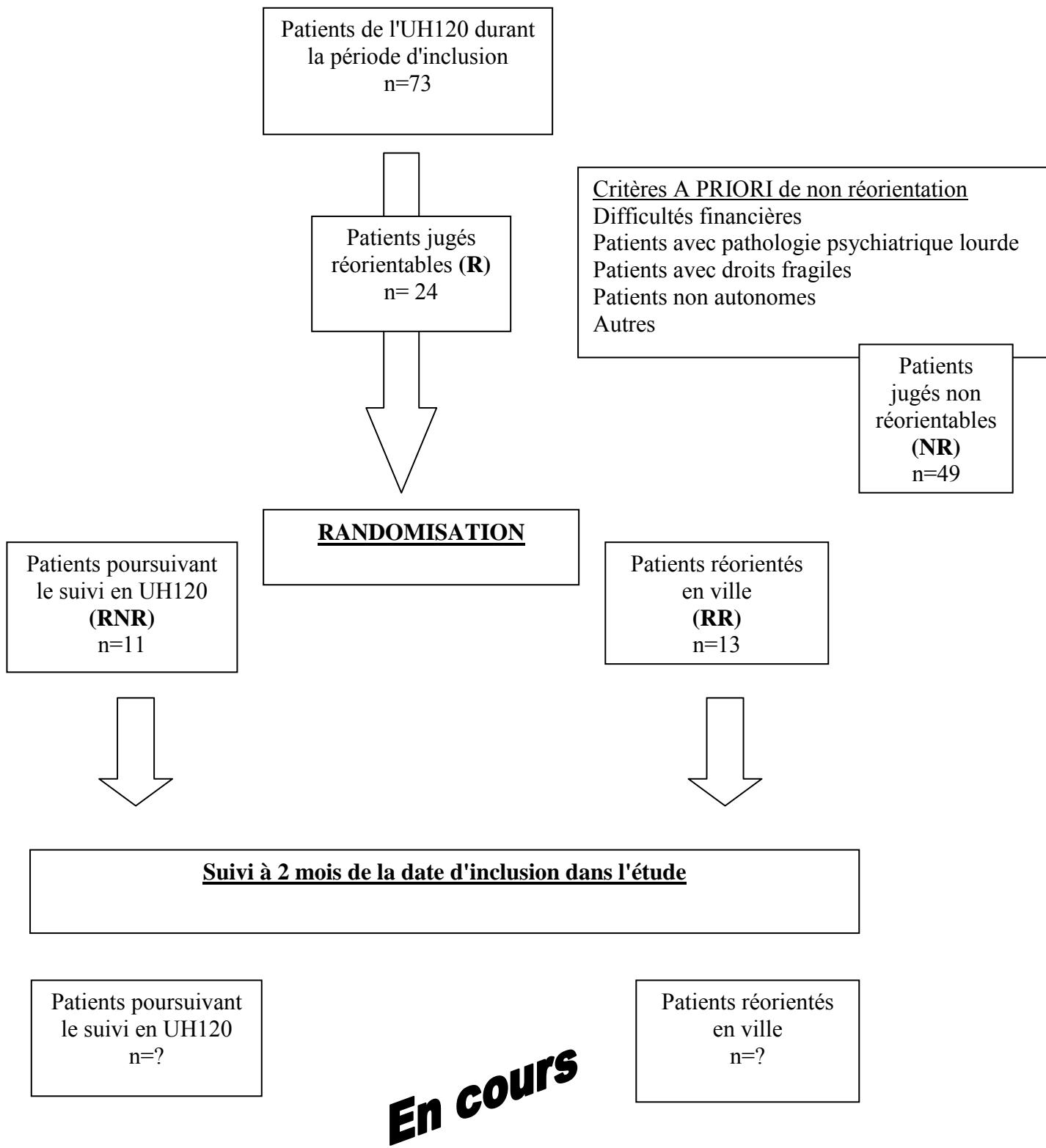
D. Analyse comparative des deux groupes randomisés en réorientation vers le soin de ville ou poursuite du suivi au sein du service hospitalier

24 patients ont été jugés réorientables durant la période d'inclusion de l'étude, 13 patients ont été randomisés dans le groupe "réorientation en ville" et 11 patients ont poursuivi leur suivi au sein de la consultation hospitalière (Figure 8). Les deux groupes sont comparables en termes de sexe, d'âge, de maîtrise du français, de connaissance de l'état des droits sociaux, de connaissance de l'existence de médecins généralistes de ville, de connaissance d'un médecin généraliste de ville en particulier et de l'antécédent d'un suivi en ville (Tableau 2).

Tableau 2: Description comparative des deux groupes randomisés

	Patients réorientables et réorientés RR (n=13)	Patients réorientables non réorientés RNR (n=11)	p
Sex ratio	9/4	8/3	0,8497
Age (moyenne, écart type)	45,62 ans +/-15,18	46,18 ans +/-11,30	0,8166
Maitrise du français	12(92,3%)	10 (90,9%)	0,839
Connaissance de l'état des droits sociaux	13 (100%)	11 (100%)	/
Connaissance de l'existence de médecins généralistes de ville	12 (92,3%)	10 (90,9%)	0,839
Connaissance d'un médecin généraliste de ville en particulier	8 (61,5%)	8 (72,7%)	0,8848
Antécédent d'un suivi en ville	5 (38,5%)	3 (27 ,3%)	0,4942

Figure 9: Flow chart résultats



E. Suivi à deux mois de la réorientation

L'étude sur le suivi des patients inclus dans la randomisation est en cours. Il n'est actuellement pas possible de présenter de données sur l'effectivité de la réorientation ni sur les événements indésirables survenus durant cette période. A cet instant, 8 patients réorientés vers le soin de ville et 3 patients poursuivant leur suivi au sein du service de médecine sociale ont été réévalués 2 mois après leur inclusion dans l'étude. Parmi les personnes réorientées vers la médecine de ville, deux ont consulté un médecin généraliste de ville. Aucun n'a vécu de refus de soin de la part d'un professionnel de santé, et un est en rupture de traitement. Parmi ces 8 patients, deux ont réintégré le dispositif de consultation hospitalière devant une rupture transitoire de couverture sociale et un refus du patient à consulter en ville.

Un des patients réorienté vers la ville nous remercie de cette évolution de prise en charge, selon lui « c'est une très bonne idée de m'avoir proposé ça car c'est vraiment plus simple pour moi. J'appelle un jour et le lendemain le médecin près de chez moi peut me voir. La dame est bien, elle a photocopié votre lettre, me pose des questions, elle écoute et écrit tout. Elle me dit ce que je dois faire. C'est tout près de chez moi. Plus facile qu'ici, quand on appelle ici on a rendez-vous dans un mois, là je peux avoir une solution le lendemain. »

IV. Discussion

Quels patients consultant au sein de l'unité de médecine sociale de l'Hôpital Corentin Celton pouvons-nous réorienter vers la médecine libérale? A l'heure de la rédaction de ce mémoire nous ne pouvons pas donner de réponse définitive. Il apparaît cependant que les quatre critères de non réorientation présupposés semblent être validés. En effet, parmi les 49 patients jugés non réorientables, la non autonomie dans le parcours de santé est rapportée dans 46% des cas, la présence d'une pathologie psychiatrique se retrouve dans 20% des cas tout comme l'impossibilité financière de financer le reste à charge et la fragilité des droits sociaux est citée dans 15% des cas. Ces critères avaient déjà été avancés dans la littérature (17, 23) de façon rétrospective et leur présence était corrélée à un moindre retour en soins de ville ou à des difficultés dans la prise en charge de ville. Mais ils n'avaient pas été testés directement et prospectivement auprès des professionnels de santé ayant initialement la charge de ces patients en leur demandant de justifier leur choix de non réorientation et ensuite d'évaluer la qualité de ces critères et l'effectivité de la réorientation. Les personnes ayant au minimum l'un de ces critères sont donc à priori non réorientables vers le soin de ville. D'autres critères (11 justifications ont été faites en plus ou à la place des critères proposés dans le questionnaire) ont été avancés pour justifier la non réorientation. On retrouve comme éléments :

- la présence de pathologie somatique complexe (dans 46% des justifications). Ce point rend nécessaire l'accès au plateau technique hospitalier et à des spécialistes retrouvés principalement dans le secteur hospitalier. Le recours à la consultation hospitalière afin de bénéficier de l'expertise des spécialistes est également rapporté dans l'état des lieux des PASS réalisé par Médecins du Monde en 2010 (14) et qui note que dans 5 cas sur 10 le recours à la PASS est justifié par ce point.
- les difficultés dans le parcours de santé (dans 16% des cas), ce qui peut être regroupé avec le critère précité « Non autonomie dans le parcours de santé ».
- le refus d'un patient (dans 8% des cas). Ceci montre l'intérêt de l'item 7 de notre questionnaire à savoir « Le patient se sent-il prêt à être suivi en ville ».

Nous avons pris la décision de ne pas réorienté les patients exprimant clairement leur refus de consulter un médecin de ville lorsque le clinicien sais que la réorientation se solderait par une rupture de suivi.

- les difficultés psychosociales (dans 8% des cas).
- le lien affectif (dans 23% des cas).

Les patients se déclarent eux même non réorientables à plus de 71 % des cas. Les raisons qu'ils avancent à cela sont multiples mais on retrouve la difficulté à s'organiser dans la gestion des rendez-vous ou dans le parcours de soins. Le lien affectif est, quant à lui, rapporté par 10 personnes. 63 % des patients interrogés rapportent des difficultés financières à l'accès aux soins.

La population suivie au sein du service de consultation hospitalière l'est essentiellement pour suivi de pathologie chronique en aggravation (47%) ou stable (34%). Le rythme de suivi des patients est essentiellement trimestriel (71%). Le service assure donc sa mission de suivi qui pourrait se retrouver en médecine de ville. A noter une ancienneté de suivi de plus de 12 mois pour plus de 71 % des patients. Ceci peut s'expliquer par une durée d'acquisition des droits longue (pour les patients intégrant initialement le service sans droits sociaux ouverts). De même il faut rappeler que le service était initialement « ouvert à la ville » et certaines personnes ont intégré le service depuis de nombreuses années mais la répartition actuelle des patients en fonction de leur ancienneté de suivi montre que peu de patients avec droits sociaux ouverts intègrent le service. En effet, seuls 2 patients ont une ancienneté dans le service de moins de 3 mois ce qui montre que depuis la réorganisation du service très peu de « nouveaux » patients avec droits ouverts intègrent le dispositif de médecine sociale.

En France on rapporte un taux de personnes non couvertes par une complémentaire santé de l'ordre de 6 % en population générale (13) or dans notre population, quand on exclut les personnes couvertes par une ALD ou une AME, on atteint une proportion de 20 % de personnes sans couverture complémentaire. Cette différence est attendue puisque le but du dispositif de consultation hospitalière en médecine sociale est bien de prendre en charge les personnes qui ont des couvertures sociales complètes ou incomplètes. C'est donc tout naturellement qu'on obtient une « surreprésentation » de personnes sans couverture complémentaire au sein de notre service.

La proportion de patients ayant un médecin traitant déclaré est de 63% soit 37 % de personnes sans médecin traitant. Ce point est à améliorer car les patients inclus dans l'unité d'hospitalisation de consultation hospitalière sont soumises aux mêmes obligations de parcours de soins que les personnes suivies en médecine de ville. En cas de non respect du parcours coordonné de soins, notamment en cas d'absence de médecin traitant déclaré, les patients sont pénalisés financièrement en ce qui concerne la part du remboursement des soins. Afin de ne pas pénaliser des personnes déjà fragilisées il semble intéressant de stimuler la déclaration d'un médecin traitant qu'il soit hospitalier ou libéral. Par ailleurs, nous rapportons une proportion de 41,1 % de patients ayant antécédent de suivi en médecine de ville. Ce taux peut être considéré comme sous estimé étant donné que les médecins remplissant le questionnaire ont considéré qu'au-delà de 10 ans il n'y avait pas lieu de rapporter un suivi en ville. Ce point serait intéressant à développer et à formaliser afin d'avoir une idée plus précise du parcours des patients et des causes de rupture de suivi en médecine de ville.

Ce travail propose, de façon prospective, d'évaluer le retour vers le soin de ville des personnes consultant au sein d'un service de consultation hospitalière. L'enjeu majeur de cette action étant l'évaluation de la capacité ou non à s'insérer dans le dispositif de soins de ville. Un point fort de cette évaluation est qu'elle a été menée de manière prospective et comparative avec une randomisation des personnes jugées réorientables afin d'évaluer les différences de prise en charge des populations vulnérables entre la ville et l'hôpital. Beaucoup de professionnels de santé avancent des différences significatives de prise en charge entre médecine libérale et médecine hospitalière or très peu de données sont retrouvées en littérature sur cet aspect. Nous espérons donc bénéficier de résultats suffisants afin de pouvoir conclure sur ces différences de façon objective.

Par ailleurs, de nombreuses hypothèses quant aux difficultés liées à la réorientation ont été avancées comme les difficultés administratives du système de santé de droit commun, les limites des médecins de ville dans la prise en charge des populations vulnérables, la complexité du système de santé français, les limites des patients en termes de connaissances des droits, du système de santé, et du lien affectif et de confiance qui les unit à la structure initialement fréquentée (17) mais ces hypothèses n'ont jamais été testées. Notre étude tente de « débrouiller » les présupposés des réalités en faisant l'expérimentation de la réorientation en médecine de ville avec une évaluation à moyen terme (2 mois).

Bien que l'intérêt d'une telle évaluation soit légitime, cette étude présente quelques limites. Tout d'abord, la période d'inclusion est relativement courte. En effet, cette période s'étale sur environ un mois afin de disposer d'un délai suffisant pour assurer le suivi à 2 mois. Cette courte durée d'inclusion explique un faible nombre de personnes inclus. La file active du service de médecine sociale de l'hôpital Corentin Celton (regroupant les patients ayant des droits sociaux et les patients sans aucun droit) pour le premier trimestre 2015 était de 323 patients dont 183 dans l'unité UH 120 concernée par notre étude. La file active 2014 des patients de l'unité UH 120 était de 710 patients. Notre étude ne concerne donc qu'environ 40 % des patients du premier trimestre 2015 et un peu plus de 10% de la file active de l'année 2014. A noter que les patients bénéficiant de droits sociaux et consultant pour la première fois dans le service n'ont pu être inclus dans l'étude à l'occasion de leur première visite. Ils le seront par la suite. Les résultats ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble de la population du service. Dans l'idéal il faudrait inclure la totalité de la population afin de pouvoir décrire, au mieux, la population et les critères de non réorientation.

Ensuite, la définition des critères de non réorientation à priori repose sur les déclarations des médecins assurant les consultations au sein du service. Ces derniers sont au nombre de 2, ce qui constitue une limite dans la généralisation des critères rapportés.

Le suivi à 2 mois de la réorientation ou non vers la médecine générale de ville peut être jugé trop court, en effet nous avons vu que la majorité des patients ont un suivi trimestriel (71 % des cas) et par conséquent ils n'ont pas de raisons médicales (à part une urgence) de consulter un médecin dans un délai de 2 mois bien que nous ayions insisté sur la nécessité de prendre contact avec un médecin de ville. Il est donc nécessaire de prolonger le suivi et de prévoir une consultation d'évaluation à 6 mois de la date d'inclusion dans l'étude.

Une difficulté de notre étude réside dans l'évaluation de l'impact du lien affectif dans le choix des cliniciens à juger leurs patients réorientables ou pas. Nous savons que le lien affectif des médecins exerçant au sein de la structure hospitalière avec leurs patients est parfois fort. Nous pensions retrouver la justification de non réorientation par le critère de l'affectivité de façon plus importante que constaté (ce critère n'est rapporté que pour 3 patients parmi les 49 jugés non réorientables).

Au terme d'une période d'inclusion d'environ un mois, il s'est avéré que environ 33 % des patients de l'unité étaient jugés réorientables par les cliniciens du service. Cette proportion est plus faible que celle rapportée dans la littérature. En effet, dans sa thèse de doctorat en Médecine, Eve Haddad (28) rapporte un taux de réorientation vers le droit commun des personnes consultant au sein d'un centre de consultations médicales et sociales de Créteil (CCMS) et ayant des droits ouverts de 68%. Cette différence s'explique en partie par un fonctionnement et un historique différent entre la structure de Créteil et celle de Corentin Celton. En effet, la première est une structure associative non intégrée dans une structure hospitalière et fonctionnant avec une PASS. La mission du CCMS de Créteil n'a pas été le suivi lors de son initiation à l'inverse de la consultation hospitalière à l'étude. En effet, le service de Corentin Celton a été longtemps ouvert à la ville et pas seulement aux personnes en difficultés psychosociales.

Pereyt et Blache (19) rapportent la nécessité de faciliter le retour en ville par la mise en place d'un guide à destination des usagers. Ce besoin d'accompagnement ressort également de notre étude puisque, même si la majorité des patients (80.8%) connaissent l'existence des médecins généralistes de ville, seuls 58.9 % en connaissent un en particulier. A noter que un tiers des patients déclarant connaître l'existence des médecins généralistes de ville n'en connaissent pas un particulièrement. Ceci montre la difficulté que ces personnes auront pour trouver un médecin généraliste libéral lors de leur retour en soin de ville et affirme la nécessité de les accompagner dans cette démarche. Délivrer la liste des médecins généralistes de ville de leur bassin de ville via la liste disponible sur le site internet *Ameli.fr*⁴ est donc indispensable au bon déroulement de la réorientation vers le soin de ville. Se baser sur la liste de ce site permet également de combler la difficulté qui réside dans la création d'un réseau de médecins libéraux qui prendrait, préférentiellement, le relai de la PASS en ville. D'instinct, il nous semble préférable d'avoir quelques médecins généralistes vers qui nous pourrions orienter nos patients à la sortie du service afin de faciliter leur prise en charge, d'éviter le refus de soins et de s'assurer d'une certaine continuité de soin. Dans une thèse de doctorat en médecine évaluant les réseaux PASS-médecine générale (29), il est rapporté que 48.3 % des médecins généralistes se disent prêts à travailler en réseau avec la PASS. Cependant ce genre de réseau risquerait de créer une forme de concentration secondaire revenant à la mise en place d'une filière spécifique tant redoutée par les professionnels de santé (15). Par ailleurs, la prise en charge de ces patients est plus lourde que la prise en charge de patients "non vulnérables" en termes de temps de consultation, d'accompagnement et d'investissement personnel. Or dans un contexte de surcharge sanitaire et administrative des professionnels de santé libéraux, il faut réfléchir à des solutions pour permettre aux libéraux d'assurer une bonne prise en charge de ces populations sans pour autant le faire au détriment de leur activité. Il faudrait peut-être penser à un nouveau modèle économique de la médecine libérale dans des cas complexes et lourds ainsi qu'à des dispositifs d'accompagnement et de coordination.

Une alternative à la médecine libérale peut être l'orientation vers les centres municipaux de santé (CMS) qui disposent d'un temps disponible, d'une structure et du personnel plus adaptés à la prise en charge de populations vulnérables et peuvent être un véritable relai dans la ville pour prendre en charge des patients en situation de vulnérabilité.

A 2 mois de la réorientation, les patients réorientés vers le soin de ville semblent satisfaits et ne rapportent pas d'événements indésirables graves. L'analyse à 2 mois est à poursuivre car seulement 8 parmi les 13 patients réorientés ont été reçus en consultation de suivi.

⁴

<http://ameli-direct.ameli.fr/>

Le problème ne semble donc pas être l'acceptabilité par la ville des populations vulnérables (à l'heure de la rédaction aucun refus de soins n'a été rapporté par les patients que nous avons réorientés vers la médecine de ville) mais l'acceptabilité de ces populations à se tourner vers la ville pour diverses raisons (perte de confiance en la médecine libérale, problèmes financiers, complexité du système de soins (30)). L'information et l'éducation au système de santé ainsi qu'à son usage constituent donc un rôle primordial des structures de soins comme les PASS, les CMS ou les services de médecine sociale. Au sein de notre service cette mission est assurée mais elle doit se poursuivre puisque 20 % des personnes interrogées ne connaissent pas l'état de leurs droits sociaux.

Il est aussi nécessaire de poursuivre cette étude et d'inclure un nombre plus important de patients (idéalement l'ensemble des patients du service).

Par ailleurs, afin d'avoir suffisamment de recul sur l'effectivité de la prise en charge en soin de ville, il semble nécessaire d'effectuer un suivi à plus long terme à savoir à 6 mois de l'inclusion.

V. Conclusion

A l'heure de réformes sur les politiques de santé, il est fréquent d'entendre parler de renoncement aux soins. Limiter le renoncement aux soins pour raison financière serait une erreur. De nombreuses autres raisons peuvent intervenir dans le non recours aux soins comme nous avons pu le voir dans cette étude. De la même manière il ne faut pas limiter le non accès à la médecine de ville uniquement à l'absence de droits sociaux.

En effet, la non autonomie dans un parcours de santé parfois complexe, la fragilité des droits sociaux, l'existence de pathologie psychiatrique lourde ou des situations médicosociales complexes sont des critères de non réorientation vers le soin de ville pour les patients inclus dans un dispositif hospitalier de consultation de médecine générale mais constituent également une justification au non recours aux soins pour les personnes non incluses dans un tel dispositif.

PASS et médecine de ville doivent intervenir en réseau et de manière collaborative, la première pouvant pallier le manque de temps, le manque de compétences dans le domaine social et le besoin d'un plateau technique et la deuxième pouvant pallier les délais d'attente longs, le manque de coordination et de suivi à plus long terme.

Références bibliographiques

- (1) Paugam S. La disqualification sociale- Essai sur la nouvelle pauvreté. Puf, 1991. 256p.
- (2) Lollivier S. La pauvreté : définitions et mesures in : Regards croisés sur l'économie. La découverte; 2008. p.21-29
- (3) Les seuils de pauvreté en France, Observatoire des inégalités, 2014. [Page consultée le 02/03/2015]. Accessible en ligne <http://www.inegalites.fr/spip.php?article343>
- (4) Apprendre à vivre ensemble. L'exclusion. [Page consultée le 29/03/2015]. Accessible en ligne <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/exclusion/>
- (5) Avis du CNLE du 5 juillet 2011 : "Accès aux soins des plus démunis: CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis". [Page consultée le 20/04/2015]. Accessible en ligne <http://www.cnle.gouv.fr/Avis-du-CNLE-du-5-juillet-2011.html>
- (6) Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. [Page consultée le 2/03/2015]. Accessible en ligne <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894>
- (7) Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. [Page consultée le 2/03/2015]. Accessible en ligne <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>
- (8) CIRCULAIRE N°DHOS/RH4/2009/215 du 15 juillet 2009 relative aux axes et actions de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant disposition statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. [Page consultée le 2/03/2015]. Accessible en ligne http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_215_100709.pdf
- (9) CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). [Page consultée le 02/03/2015]. Accessible en ligne http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste_20130007_0000_0078.pdf
- (10) Fabre C, Baudot V, Toulemonde S. Evaluation des permanences d'accès aux soins de santé – Rapport final. Paris: Gres Médiation Santé; 2003

- (11) Mouche C. Les PASS et leurs enjeux institutionnels, APHP et PASS: proximité et excellence, colloque national PASS, 2011. [Page consultée le 09/03/2015]. Accessible en ligne <http://collectifpass.org/wpcontent/uploads/2011/07/corinnelamouche.pdf>
- (12) Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde rapport 2009. Paris MDM; 2010 Oct. 222p.
- (13) La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès. Questions d'économie de la santé. N°161, Irdes; 2011.
- (14) Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Question d'économie de la santé, IRDES. 2008; n°161.
- (15) Collin T. Le parcours de soins des consultants à la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry: évaluation du retour au droit commun. Thèse de doctorat (Médecine) – Université Joseph Fourier, Grenoble, 2011.
- (16) Etat des lieux des permanences d'accès aux soins dans 23 villes où médecins du monde est présent. Rapport médecins du monde, direction des Missions France, août 2010. [Page consultée le 13/05/2015]. Accessible en ligne http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/MdM_Etat_des_lieux_de_PASS_2010.pdf
- (17) Pailhes S. De la PASS au système commun. Thèse de doctorat (Médecine) – Université Claude Bernard, Lyon 1, 2008.
- (18) Lavoué E. Accès aux soins des personnes en situation précaire : la nécessité d'une prise en charge globale. L'exemple de la permanence d'accès aux soins de santé de Chartres. Ecole Nationale de Santé Publique, 2004
- (19) Pereyt M, Blache L. Détermination des critères d'évaluation des PASS avec les usagers du dispositif. Un travail avec des patients consultants dans les PASS des centres hospitaliers de Grenoble et Chambéry. Thèse de doctorat (Médecine) - Université Joseph Fournier, Grenoble, 2014.
- (20) Rivolier E, Piégay E, Scavion A. Exclusion. Quelles prises en compte par l'hôpital? Quelles liaisons avec le territoire? Revue hospitalière de France. 2013, n°550.
- (21) Ministères des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Projet de loi de santé. [Page consultée le 09/03/2015]. Accessible en ligne <http://www.sante.gouv.fr/marisol-touraine-presente-le-projet-de-loi-de-sante.html>
- (22) Le Goff S. L'accès des patients précaires au parcours de soins de droit commun. Etude qualitative d'une population de consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Bobigny. Thèse de doctorat (Médecine) - Université Paris Nord, Bobigny, 2014.

- (23) Lordier N. De la PASS au droit commun : état des lieux des difficultés rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients réorientés de la PASS du CHU de Nantes en 2010 et 2011. Thèse de doctorat (Médecine) – Université de Nantes, 2013.
- (24) Collet M, Menahem G, Picard H. Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits. Enquête Précalog 1999-2000. Bulletin d'information en économie de la santé. 2006; n°113.
- (25) Comité interministériel du handicap. Accès aux soins et à la santé. 25 septembre 2013. [Page consultée le 09/03/2015]. Accessible en ligne <http://www.social-sante.gouv.fr>
- (26) Geeraert J. Le social à l'hôpital. L'accès aux soins des populations en grande précarité économique et sociale. Mémoire (master 2 SPPS) - Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2011.
- (27) Gererd X. et al. Evaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées. Arch Mal Cœur Vaiss. 2001 Aug; 94 (8): 839-42
- (28) Haddad E. Prise en charge médico-sociale des personnes en situation de précarité dans un centre francilien de consultation de premier recours au cours d'une année. Thèse de doctorat (Médecine) –Université Paris Est Créteil, 2011.
- (29) Aubry A. Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de ville. Intérêt d'un réseau médecine de ville-PASS. Thèse de doctorat (Médecine)- Université Paris Descartes, 2011.
- (30) La santé des exilés. Rapport d'observation et d'activité 2012. Paris : Comede; 2012.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de réorientation des patients UH120, à remplir par les médecins lors de la consultation

Date:

Etiquette patient avec (nom/prénom du patient, âge, sexe) :

A remplir lors de la consultation (les questions 1 à 9 nécessitent des réponses du patient)

NSP: Ne sait pas

1- Le patient maîtrise-t-il la lecture **ET** l'écriture du français ?

- Oui
- Non
- NSP

2- Parle-t-il français? (= peut-on réaliser une consultation en français?)

- Oui
- Non

3- De quelle nationalité est-il/elle?

- Française
- Communauté européenne
- Hors communauté européenne

4- Le patient connaît-il l'état de ses droits sociaux actuels?

- Oui
- Non

5- Le patient connaît-il l'existence des médecins généralistes de ville?

- Oui
- Non

6- Connaît-il des médecins généralistes de ville ?

- Oui
- Non

7- Est-il prêt à être suivi en ville ?

- Oui
- Non

7b- Si non, quelle est la raison principale (**une seule réponse**)?

- a. Raison linguistique
- b. Raison culturelle
- c. Raison financière
- d. Raison affective
- e. Raison organisationnelle, gestion des rendez-vous
- f. Situation médicale somatique complexe
- g. Situation médicale psychique complexe
- h. Autre, développez:

7c- Si raison financière, expliquez:

8- A-t-il déjà été suivi en ville ?

- a. Oui
- b. Non
- c. NSP

8b- Si oui, quel est le motif de rupture?

9- Depuis combien de temps est-il /elle suivi au sein du service de médecine sociale ?

- <3 mois
- 3- 6 mois
- > 6 mois
- >12 mois

10- Quel est le motif principal de consultation? (**une seule réponse**)

- Consultations pour pathologie transitoire
- Consultations régulières pour suivi d'une pathologie chronique stable
- Consultations régulières pour suivi d'une pathologie chronique évolutive ou en aggravation (pathologie reconnue ALD 30)
- Prévention, dépistage (MST, tuberculose...), éducation thérapeutique
- Autre (précisez)

11- Quelle couverture sociale de base a-t-il?

- AME
- Régime général type CMU
- Régime général hors CMU
- Autre

12- Le patient bénéficie-t-il d'une ALD?

- Oui
- Non

13- Le patient bénéficie-t-il d'une complémentaire santé?

- Oui
- Non
- NSP

14- Le patient a-t-il un risque de perdre ses droits ?

- Oui
- Non
- NSP

15- Si oui, dans quel délai?

- < 1 mois
- 1-3
- 3- 6 mois
- > 6 mois

16- A t-il un médecin traitant déclaré?

- Oui
- Non

16 b- Si oui est-ce:

- Un médecin de ville
- Un médecin hospitalier

17- Le patient évoque-t-il des difficultés financières à se soigner ?

- Oui
- Non

18- Y a-t-il négligence par le patient d'une pathologie somatique chronique rapportée dans le dossier médical et connue par les professionnels de santé ?

(A noter que "négligence" sous-entend que le patient n'a pas conscience de sa pathologie, ne s'en occupe pas, n'a pas conscience du besoin de suivi pour sa pathologie chronique ou est en défaut de suivi)

- Oui
- Non

19- A quel rythme le patient est-il suivi dans le service (par les médecins, infirmières...) ?

- Hebdomadaire
- Mensuel
- Trimestriel
- Annuel
- Autre

20- Y a-t-il négligence par le patient d'une pathologie psychiatrique chronique rapportée dans le dossier médical et connue par les professionnels de santé ?

(A noter que "négligence" sous-entend que le patient n'a pas conscience de sa pathologie, ne s'en occupe pas, n'a pas conscience du besoin de suivi pour sa pathologie chronique ou est en défaut de suivi)

- Oui
- Non

21- Selon vous, le patient est-il, en théorie, réorientable en ville?

- Oui
- Non
- NSP

21b- Si non, pourquoi? (**plusieurs réponses possibles**)

Pathologie psychiatrique lourde (quelle définition : psychose avec conduite hétéroagressive, institutionnalisation, déni de pathologie)

Droits sociaux de courte durée (< 6 mois)

Patients non autonome dans le parcours de santé (barrière linguistique, difficulté dans la prise de rendez-vous....)

Impossibilité financière de prendre en charge le reste à charge

21c - Précisez les autres raisons de non réorientation:

Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation de l'effectivité du retour en soins de ville (réalisé à 2 mois de la réorientation uniquement pour les patients ayant été réorientés en ville)

Date:

Etiquette patient :

1- Le patient a-t-il consulté un médecin de ville depuis la réorientation?

- Oui
- Non
- NSP

1b- Si non:

- 1- Il n'y avait pas de raison médicale urgente mais devait s'y rendre pour déclarer son médecin traitant
- 2- Il y avait une raison médicale de voir un médecin dans les 2 derniers mois

RECO 1(si réponse 2 à la question 1b-) :

Si raison médicale majeure et potentiellement préjudiciable pour le patient on réinclut le patient dans le service de médecine sociale

Si raison médicale non préjudiciable (par exemple Dépistage Organisé, vaccin...) on réinsiste sur la nécessité d'aller consulter un médecin en ville

1c- Si non, pourquoi?

2 - Le patient a-t-il déclaré un médecin traitant de ville ?

- Oui
- Non
- NSP

- 3- Le patient a-t-il vécu un refus de soins de la part d'un professionnel de santé?
Oui
Non
NSP

RECO 2 (si réponse "oui" à la question 3-):

Si refus de soins par un médecin généraliste transitoire et résolu (le patient a trouvé un autre médecin généraliste): poursuivre la prise en charge en ville

Si refus par un médecin généraliste non résolu (le patient n'est pas retourné voir un autre médecin généraliste et refuse d'y retourner): réinclusion dans le service de médecine sociale

Si refus par un médecin spécialiste : orientation vers un spécialiste de l'hôpital et poursuite prise en charge générale en ville

- 3b- Si oui, est-ce de la part (**plusieurs réponses possibles**):
D'un médecin généraliste
D'un médecin spécialiste
D'un laboratoire d'analyses biologiques
D'un centre d'imagerie médicale
D'infirmier(e) libéral(e)
Autres (kinésithérapeute, podologue, diététicienne...)

- 4- Le patient est-il en rupture de traitement?
Oui
Non

RECO 3 (si réponse "oui" à la question 4-)

Si oui et si urgence médical: renouvellement exceptionnelle de l'ordonnance et information sur la nécessité d'être observant

Si traitement non urgent: réorienter vers le médecin de ville

Annexe 3 : questionnaire de suivi à M+2 du précédent questionnaire, pour tous les patients

Date
Etiquette patient

- 1- Le patient a-t-il eu recours à une ou des consultations en médecine sociale non programmée(s) pendant la période de suivi (les 2 derniers mois) ?

Oui
Non

- 2- Le patient a-t-il eu recours aux soins d'urgence (SAU, SAMU, SOS médecin) pendant la période écoulée?

Oui
Non
NSP

RECO 4 pour les patients réorientés en ville

Si recours aux urgences sans être retourné voir un médecin de ville on réinclut le patient dans le service

2b- Si oui, pour quelles raisons?

- Urgence médicale survenant en dehors des horaires d'ouverture des services de soins
- Urgence médicale avérée (IDM, AVC, EP....)
- Rupture de traitement
- Accessibilité
- Autres

3- Le patient a-t-il eu une rupture de ses droits sociaux?

- Oui
- Non
- NSP

RECO 5 pour les patients réorientés :

Si rupture des droits empêchant l'accès aux soins: réintroduire le patient dans le service

4- Posez les questions qui suivent au patient suivant un traitement au long cours pour évaluer sa compliance, il doit répondre par oui ou par non à chaque question. Puis comptabilisé le nombre de "oui"

Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement?

Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de traitement?

Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle?

Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut?

Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien?

Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre?

Si le patient répond non à toutes les questions il est considéré comme bon observant

Si le patient répond oui une fois ou deux il est considéré comme non observant mineur

Si le patient répond oui à 3 questions ou plus il est considéré comme non observant

Le patient est-il:

- Observant?
- Non observant mineur?
- Non observant?

5- Le patient est-il réintroduit dans le service de médecine social?

- Oui
- Non

Ne pas supprimer cette page ni ce cadre qui n'est pas imprimé

RESUME

Introduction : Les populations vulnérables ont des difficultés d'accès aux soins de ville. Des structures médicosociales les aident au risque de les écarter du droit commun. **Objectifs :** Déterminer les caractéristiques des patients d'une consultation de médecine sociale ayant une couverture sociale et les critères, à priori, de non réorientation vers les soins de ville. **Méthode :** Une étude descriptive des patients de l'unité de médecine sociale de l'hôpital Corentin Celton, Issy-les-Moulineaux, France, sera réalisée à l'aide d'un questionnaire qui déterminera également les critères de non réorientation vers la ville. La population jugée réorientable sera randomisée en 2 groupes. L'un poursuivra le suivi dans l'unité, l'autre sera renvoyé en ville. Un suivi à 2 mois évaluera la survenue d'événements indésirables. **Résultats :** 73 patients ont été inclus. 74% avait une couverture complémentaire. Les critères de non réorientation étaient : la pathologie psychiatrique (20%), la fragilité des droits sociaux (15%), la non autonomie dans le parcours de santé (46%) et les difficultés financières (20%). 24 patients ont été jugés réorientables (33%), 13 ont été réorientés en ville et 11 ont poursuivi leur suivi dans l'unité. Le suivi à 2 mois est en cours. **Conclusion :** Le non accès aux soins de ville des populations vulnérables ne se limite pas à l'absence de droits sociaux ou aux difficultés financières.

MOTS CLES

Santé communautaire, accès soins, soins ambulatoires, relation médecine de ville hôpital, inégalité devant soins

ABSTRACT

Background: Vulnerable peoples have problems accessing to independent doctor in city care. Some medical and social structures help them with the risk to move them away from the common law. **Objectives:** To set the characteristics of the patients with social security coverage from a department of social and preventive medicine and criteria, in priori, of no reorientation towards city care. **Methods:** A descriptive study of patients from the unit of social medicine of Corentin Celton's hospital, Issy-les-Moulineaux, France, will be done with a paper questionnaire which permits also to set criteria of no reorientation towards city care. People judged reorientable will be randomized in two groups, the first will continue the follow-up on the unit and the other one will send back towards city care. A control after two months will be realized in order to evaluate adverse events. **Results:** 73 patients were included. 74% had a complementary social coverage. Criteria of no reorientation were: psychiatric disease (20%), social security rights instable (15%), disempowerment in their health path (46%) and financial problems (20%). 24 patients were judged reorientable (33%), 13 were reoriented towards city care and 11 continued their follow-up in the unit. The control at two months is in progress. **Conclusion:** Problems of accessing to city care by vulnerable people can't be limited to social security rights or financial problems.

KEYWORDS

Community health, health care access, ambulatory care, city hospital medicine relationship, inequality in care

Institut d'accueil :

Service de médecine sociale, Hôpital Corentin Celton
Hôpitaux Universitaires Paris Ouest
4 parvis Corentin Celton
92130 ISSY-LES-MOULINEAUX