

ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES D'ORIENTATION DES PATIENTS VERS LE SYSTÈME DE SANTÉ DE DROIT COMMUN, À LA SUITE D'UNE PRISE EN CHARGE EN PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

// CURRENT PRACTICES OF PATIENT ORIENTATION DIRECTED TO MAINSTREAM HEALTH SERVICES, FOLLOWING FREE MEDICAL ASSISTANCE THROUGH THE HEALTH SERVICE ACCESS POINTS

Jérémy Khouani^{1,2} (jeremy.khouani@univ-amu.fr), Christophe Bertrand¹, Eugénie Launay², Maeva Jégo^{1,2}, Pascal Auquier², Clémence Tabélé²

¹ Département universitaire de médecine générale, Faculté des sciences médicales et paramédicales, Aix-Marseille Université, Faculté de médecine, Marseille

² Centre d'études et de recherche sur les services de santé et qualité de vie, Aix-Marseille Université, Marseille

Soumis le 09.07.2021 // Date of submission: 07.09.2021

Résumé // Abstract

Introduction – Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ont pour mission d'offrir des soins ambulatoires à des personnes qui n'y ont pas accès et de résoudre leurs problématiques d'accès aux droits, de sorte qu'ils aient *in fine* accès au dispositif médecin traitant de droit commun. Notre objectif était d'établir un état des lieux des pratiques des Pass concernant l'orientation vers le droit commun du patient ayant obtenu une couverture maladie complète.

Matériel et méthode – Cette étude observationnelle transversale a été menée dans le cadre du Programme de recherche sur la performance du système de soins Pass-Multi. Des questionnaires ont été envoyés à 274 Pass sur les 410 que compte le territoire français. Le recueil des données s'est déroulé de juin à octobre 2020.

Résultats – Il existe une grande diversité au niveau du personnel dédié à l'organisation des Pass. Un tiers des Pass n'ont jamais connaissance de l'ouverture des droits de leurs patients et l'orientation vers le droit commun des patients ayant acquis une couverture maladie n'est systématique que dans 33% des Pass. Bien que rarement mise en place, l'existence d'une procédure formalisée d'accompagnement du patient en ambulatoire permet une connaissance plus systématique de l'ouverture des droits des patients et une orientation optimisée vers les soins de ville. Une plus grande évaluation de la bonne intégration du patient dans le droit commun s'avère nécessaire face aux nombreux retours de patients vers les Pass. Le renforcement du travail en réseau avec les soins de ville pourrait permettre d'anticiper la suite de la prise en charge du patient.

Conclusion – Il existe une hétérogénéité des pratiques d'orientation des patients vers le système de santé de droit commun en sortie du dispositif Pass. Une rationalisation des pratiques de sortie du dispositif paraît nécessaire afin d'y permettre une intégration plus efficiente du patient.

Introduction – Health Service Access Points (PASS) aim to provide walk-in medical and social support to vulnerable populations and to resolve issues that are blocking their right of access to care via general practice surgeries. Our purpose was to assess current practices in PASS for orientating those who obtain full health insurance towards the regular system of public healthcare.

Materials and methods – This cross-sectional observational study was carried out in the framework of a research program evaluating the "PASS-MULTI" healthcare system. Questionnaires were sent to 274 PASS centres out of the 410 that exist across the French territory. Data collection was conducted from June to October 2020.

Results – PASS centres represent a diversity of professions. One third of the centres declared never being informed of their patients' health-insurance eligibility, and orientation towards the common primary health for those entitled is systematic only for 33% of "PASS". Although rarely implemented the existence of a formalised assistance procedure of ambulatory patient provide a better systematic knowledge of the person's entitlement and an optimal orientation to primary health care. A wider assessment of the successful integration of patient to common primary care services should be set up considering the huge number of patients who are coming back to "PASS" due to refusals from health care workers to receive vulnerable patients. Strengthening the networking with a community-based practice could help to anticipate patient care.

Conclusion – There is a great heterogeneity in patient orientation to common primary health care in PASS. A rationalization of the end of the PASS scheme seems necessary to ensure a more effective integration.

Mots-clés : Pass, Soins primaires, Relai ville-hôpital, Continuité des soins, Précarité

// **Keywords**: PASS, Primary health care, Town-hospital network, Continuity of care, Vulnerable populations

Introduction

Les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ont été créées dans le cadre de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions¹. On compte aujourd'hui près de 430 Pass en France². Rattachées aux établissements de santé participant au service public hospitalier, l'objectif des Pass est de proposer aux personnes en situation de précarité une prise en charge médico-sociale ambulatoire dans une perspective d'intégration dans le droit commun. En 2013, une circulaire de la Direction générale de l'offre de soin (DHOS) identifie comme patientèle cible des Pass les patients qui n'ont pas de couverture maladie, donc pas d'accès au dispositif médecin traitant de droit commun³. Une enquête de 2017 réalisée par Médecins du Monde retrouve que 70,9% des patients n'ayant pas de couverture maladie ont des droits potentiels à une assurance maladie, mais ne sont pas couverts car :

- ils n'en ont pas fait la demande ;
- ils en ont fait la demande, mais la procédure d'accès au droit est suffisamment complexe pour qu'ils n'aient pas accès aux soins au moment où ils en ont besoin. Ceci est corroboré par d'autres enquêtes^{4,5} ainsi que par le défenseur des droits qui explique que les procédures d'accès au droit peuvent s'accompagner : « *d'un contrôle des conditions d'ouverture restrictif et de demandes de pièces injustifiées* »⁶. De fait, la mission des Pass est donc d'offrir des soins à des personnes qui n'y ont pas accès et de résoudre leurs problématiques d'accès aux droits, de sorte qu'elles aient *in fine* accès au dispositif médecin traitant de droit commun.

Des travaux s'intéressant à ce relais ville-hôpital ont mis en évidence des déficits de communication lors de la sortie d'hospitalisation, fragilisant la continuité des soins^{7,8}. Une étude interventionnelle s'intéressant à un programme spécifique comprenant la prise d'un rendez-vous et l'envoi du compte rendu d'hospitalisation au médecin traitant a retrouvé une réduction d'environ 30% des recours hospitaliers au cours des 30 jours suivant la sortie d'hospitalisation⁹.

Concernant spécifiquement les Pass, trois travaux se sont intéressés à l'effectivité de l'intégration du patient dans le système de droit commun. On y retrouvait respectivement les proportions de 30%¹⁰, 22%¹¹ ou 37,1%¹² des patients qui n'avaient pas consulté de médecin généraliste à la suite de leur prise en charge à la Pass.

Nous n'avons pas retrouvé de données s'intéressant aux pratiques des Pass concernant leur mission d'orientation vers le système de droit commun, qui permettraient de renforcer leur efficacité.

L'objectif principal de notre travail était donc d'établir un état des lieux des pratiques des Pass concernant l'orientation vers le droit commun pour les patients ayant obtenu une couverture maladie complète.

Matériel et méthode

Design de l'étude et population concernée

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale. Les structures éligibles sont l'ensemble des Pass répertoriées en France. Une cartographie basée sur les annuaires régionaux des Pass a été construite en amont de l'étude. Les Pass ayant refusé de participer ou les structures de coordination ne recevant pas de patients n'ont pas été incluses.

Cette étude a été menée dans le cadre du Programme de recherche sur la performance du système des soins (Preps) Pass-Multi, enregistré sous le numéro NCT03986801. Le Preps Pass-Multi a reçu un avis favorable du Comité de protection des personnes (CPP) Sud-Ouest et Outre-Mer (avis n° 2019-A02740-57) et de la Commission nationale de l'information et des libertés (Cnil) (avis n° DR-2021-143), garantissant le respect du Règlement général sur la protection des données (RGPD).

Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré par les professionnels de la Pass et de la pharmacie hospitalière de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM).

N'ayant pas retrouvé dans la littérature d'études similaires, la création du questionnaire s'est appuyée sur le retour d'expérience de ces services (voir annexe). Il reprend les étapes du parcours de soin du patient à la fin de son suivi en Pass. Il est composé de deux parties : une partie descriptive de l'organisation de la Pass répondante et une partie contenant des questions de type Likert. Les réponses sont de type « toujours », « le plus souvent », « parfois » ou « jamais ».

Recueil des données

Le questionnaire a été envoyé par mail à 274 Pass sur les 410 que compte le territoire français. Une seule réponse par un membre de l'équipe Pass était attendue. En cas de non-réponse à 15 jours, les Pass rattachées à un CHU ont été recontactées pour compléter le questionnaire directement en ligne.

Le recueil des données s'est déroulé de juin à octobre 2020.

Analyses statistiques

L'exploitation statistique n'a été commencée qu'après vérification de la validité de la base de données. Les données consolidées ont ensuite été traitées à l'aide du logiciel SPSS® software. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05. Des analyses de corrélation univariées avec détermination du coefficient de Pearson et des études d'association avec détermination du Chi2 ont été réalisées pour mettre en évidence les facteurs influençant certaines variables.

Résultats

Parmi les 274 Pass contactées, 73 ont répondu au questionnaire (taux de réponse : 26,6%) : 49 étaient rattachées à des centres hospitaliers (CH, 67,1%)

et 21 à des centres hospitaliers universitaires (CHU, 28,8%). Parmi les 30 Pass rattachées à un CHU, le taux de réponse était de 70%. Les réponses analysées de ces questionnaires permettent donc d'avoir une bonne représentativité des pratiques dans les Pass rattachées à un CHU en France.

Files actives et organisation des Pass

La file active annuelle médiane est de 374 patients avec un minimum de 20 et un maximum de 5 000 patients. Les CHU ont des files actives annuelles significativement plus importantes que les autres établissements ($p=0,047$) : ils représentent plus de 66% des files actives annuelles de plus de 2 000 patients.

Les Pass comptent quasiment toutes, dans leurs équipes, des assistances sociales (AS) (97% des Pass sont dotées d'AS et 100% dans les CHU). Cependant, la présence de médecin et d'infirmier diplômé d'État (IDE) n'est pas systématique (présents respectivement dans 79% et 68% des Pass). Il existe en effet des Pass transversales limitées à un(e) assistant(e) social(e) (AS) avec répartition des consultants au sein des spécialités présentes dans l'établissement hospitalier auquel il (elle) est rattaché(e) ; dans ces cas, il n'y a pas d'équipe de soin spécifiquement rattachée à la Pass.

L'étude montre une variabilité des professions représentées au sein des Pass, présentant chacune des potentiels de valeur ajoutée permettant d'optimiser le parcours de soins des patients en situation de précarité : des agents d'accueil sont présents dans 44% (71% pour les CHU) des équipes, des pharmaciens dans 28% (52% pour les CHU) et des médiateurs en santé dans 4%.

Ouverture des droits et orientation vers le droit commun

Dans un tiers des cas (34%), les Pass n'ont jamais connaissance de l'ouverture des droits de leurs patients, et seulement 18,8% des Pass déclarent en avoir connaissance systématiquement ou le plus souvent. Dans ces cas, l'information est obtenue principalement lors d'un rendez-vous du patient avec l'AS du service (72%), mais aussi lors d'une consultation médicale (CS), de la consultation du logiciel « consultation des droits » de la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) ou lors d'une vérification régulière par un membre de la Pass (figure 1). Le patient n'informe que rarement la Pass de l'acquisition de ses droits complets à l'Assurance maladie.

Lorsque le patient acquiert une couverture maladie complète, l'orientation vers le système de santé de droit commun n'est systématique que dans 33% des Pass. Dans les autres cas, la décision d'orientation vers le droit commun se fait selon différents critères (figure 2) et, le plus souvent, lors de la résolution de l'événement aigu ayant amené le patient à consulter : 70% des patients sont orientés vers le système de droit commun à ce moment-là et pas nécessairement dès lors que l'équipe a la connaissance que ses droits complets à l'assurance maladie sont ouverts.

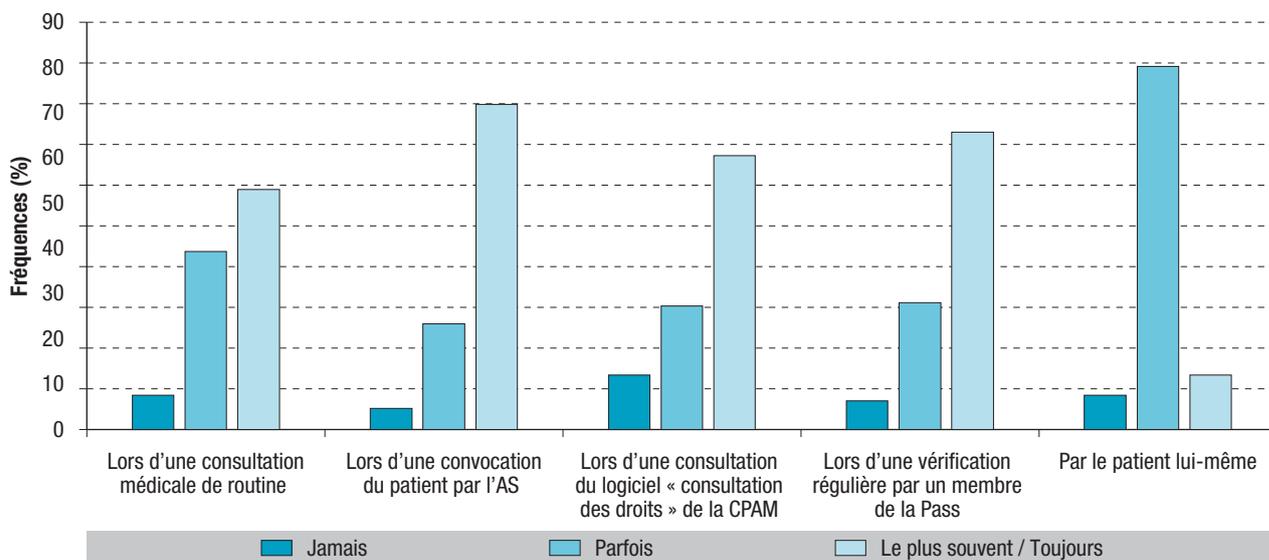
Concernant les patients allophones, leur maîtrise du français et/ou la déclaration d'un médecin traitant maîtrisant leur langue maternelle n'influence que très peu la décision des équipes des Pass de les orienter vers le système de santé de droit commun.

Accompagnement du patient en ambulatoire

Seules 35% des Pass ont formalisé une procédure d'accompagnement du patient en ambulatoire après l'ouverture des droits à l'Assurance maladie.

Figure 1

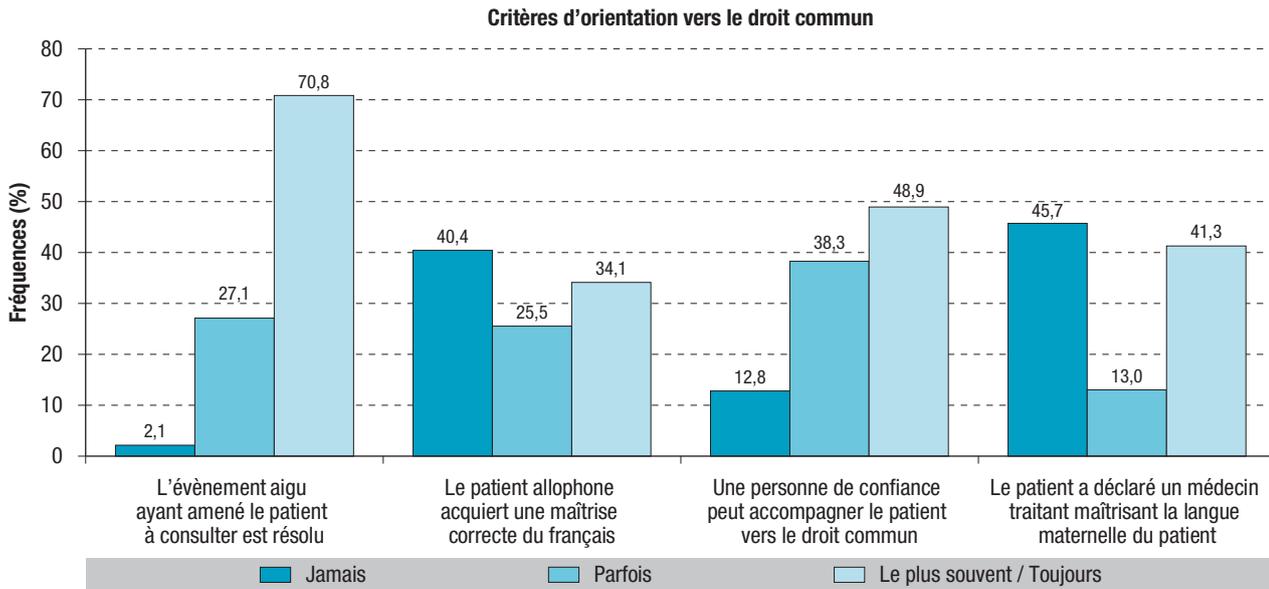
Circonstances de découverte de l'ouverture des droits des patients par les Pass (14 données manquantes), France, juin-octobre 2020



Pass : permanence d'accès aux soins de santé ; AS : assistant(e) social(e) ; CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie.

Figure 2

Critères d'orientation vers le système de santé de droit commun par les Pass (12 données manquantes), France, juin-octobre 2020



Pass : permanence d'accès aux soins de santé.

Cette procédure permet de protocoliser les démarches à entamer lorsqu'un patient obtient ses droits et sort du dispositif de Pass.

Les situations pour lesquelles il y a toujours connaissance de l'ouverture des droits sont représentées uniquement par les Pass ayant formalisé une procédure d'accompagnement en ambulatoire (100%), contre 0% pour celle qui n'en ont pas formalisé ($p=0,046$) (figure 3). Il existe une relation statistiquement significative entre la présence d'une telle procédure et la connaissance systématique de l'ouverture des droits des patients, lors d'une consultation médicale (80% des cas où la connaissance de l'acquisition des droits en consultation médicale est systématique sont représentés par des Pass ayant formalisé une procédure d'accompagnement des patients, contre 20% des Pass ne l'ayant pas fait, $p<0,001$) ou d'un rendez-vous avec un(e) AS (71% des cas où la connaissance de l'ouverture des droits en rendez-vous avec l'AS est systématique sont représentés par des Pass ayant formalisé une procédure d'accompagnement des patients, contre 29% des Pass ne l'ayant pas fait, $p=0,001$) (figure 3).

La formalisation d'une procédure d'accompagnement des patients sortant du dispositif de la Pass permet une connaissance plus systématique de l'acquisition des droits des patients et donc de leur accès possible au dispositif médecin traitant.

D'autre part, seulement 22% des Pass ont construit un annuaire des professionnels de santé de ville vers qui orienter ces patients. Dans ces cas, cet annuaire a été réalisé majoritairement selon le lieu de résidence des patients suivis (79% des cas) et très peu selon les langues maternelles les plus représentées dans la patientèle (7% des cas). Cela explique pourquoi la majorité des orientations de l'équipe de la Pass

vers les professionnels de ville s'effectue selon des critères géographiques de résidence des patients et rarement selon des critères linguistiques (figure 4).

Cependant, dans cette étude, il existe deux situations dans lesquelles les patients en sortie du dispositif de la Pass sont orientés préférentiellement vers des professionnels de ville selon leur langue maternelle :

- 100% des Pass possédant un annuaire élaboré selon les langues maternelles des patients qui déclarent systématiquement les orienter vers les professionnels de ville bilingues, contre 8% en l'absence cet annuaire ($p=0,003$) ;
- lorsqu'un médiateur en santé est intégré à l'équipe de la Pass, il y a une orientation quasi-systématique des patients en sortie du dispositif de la Pass vers un professionnel de santé ambulatoire maîtrisant la langue maternelle du patient (66,6% des cas d'orientation selon la langue maternelle du patient sont réalisés dans les équipes des Pass comportant un médiateur en santé, contre 12,5% quand le médiateur est absent $p<0,001$).

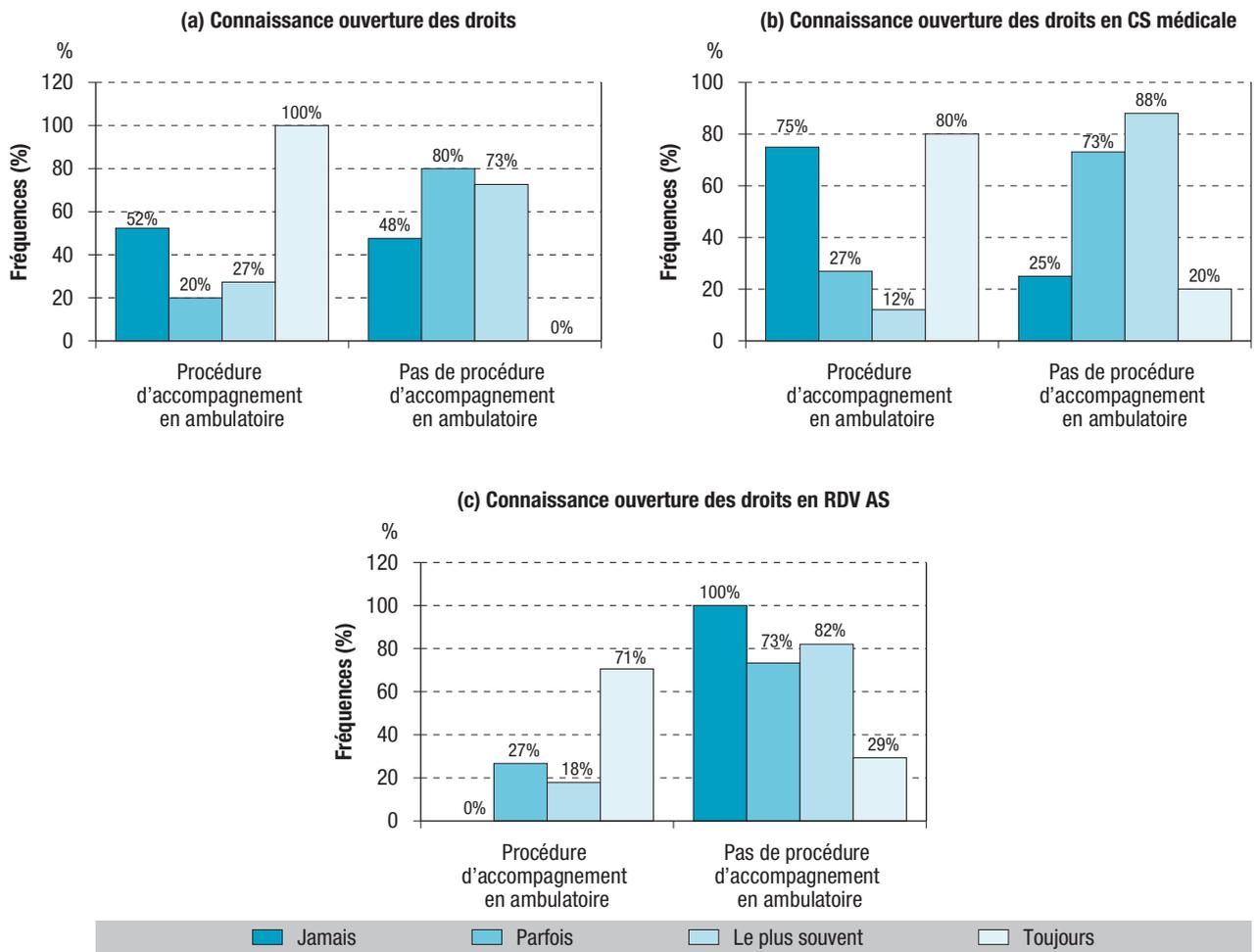
Pour une meilleure orientation des patients allophones au sortir du dispositif de la Pass, la présence d'un annuaire des professionnels de ville bilingues, ainsi que celle d'un médiateur en santé, semblent primordiales (figure 5).

Après la sortie du dispositif

Plus de la moitié des Pass ne convoquent jamais les patients pour s'assurer qu'ils ont bien été intégrés dans le parcours de soins de droit commun (figure 6). Le médecin traitant qui a théoriquement pris le relais n'est jamais contacté par la Pass dans 33,8% des cas. Enfin, plus de 66% des Pass déclarent ne jamais contacter les officines pour s'assurer que le patient

Figure 3

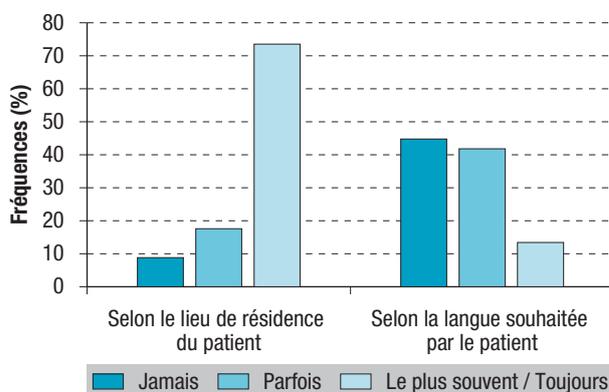
(a) Relation entre la présence d'une procédure d'accompagnement en ambulatoire par la Pass et la connaissance de l'ouverture des droits, (b) lors d'une consultation médicale ou (c) d'un rendez-vous avec un(e) assistant(e) social(e), France, juin-octobre 2020



Pass : permanence d'accès aux soins de santé ; CS : consultation ; RDV AS : rendez-vous assistant(e) social(e).

Figure 4

Modalités d'orientation des patients par les Pass vers les médecins, pharmaciens, ou autres professionnels de santé de ville (1 donnée manquante), France, juin-octobre 2020



Pass : permanence d'accès aux soins de santé.

a bien pu récupérer ses traitements. Or, les retours des patients vers les Pass ou associations humanitaires sont nombreux le premier mois, car faute

d'avoir reçu leur carte vitale ou carte d'AME, ils se voient refuser l'accès aux consultations médicales et aux traitements sans avance de frais¹³⁻¹⁵.

Discussion

Organisation des Pass

Il existe une grande diversité au niveau du personnel dédié à l'organisation des Pass. La circulaire du 18 juin 2013 relative à leur organisation et fonctionnement précise qu'elles doivent disposer au minimum d'un référent social et d'un référent médical connus de tous. La présence de ces référents dans l'organisation de chaque Pass est donc un préalable indispensable à une prise en charge médicosociale globale du patient. On retrouve quasiment toujours un(e) AS qui joue un rôle pivot dans le dispositif, mais une partie des Pass ne comprennent pas de personnel médical dédié, que ce soit des médecins ou des infirmiers. La présence d'un pharmacien est rare, pouvant entraîner une dispensation des traitements dissociée de l'action des Pass et mener à des ruptures de traitements et à une moindre sécurisation

Figure 5

Impact de la présence d'un médiateur (a) ou d'un annuaire linguistique (b) sur l'orientation des patients allophones par les Pass vers les professionnels de ville polyglottes, France, juin-octobre 2020

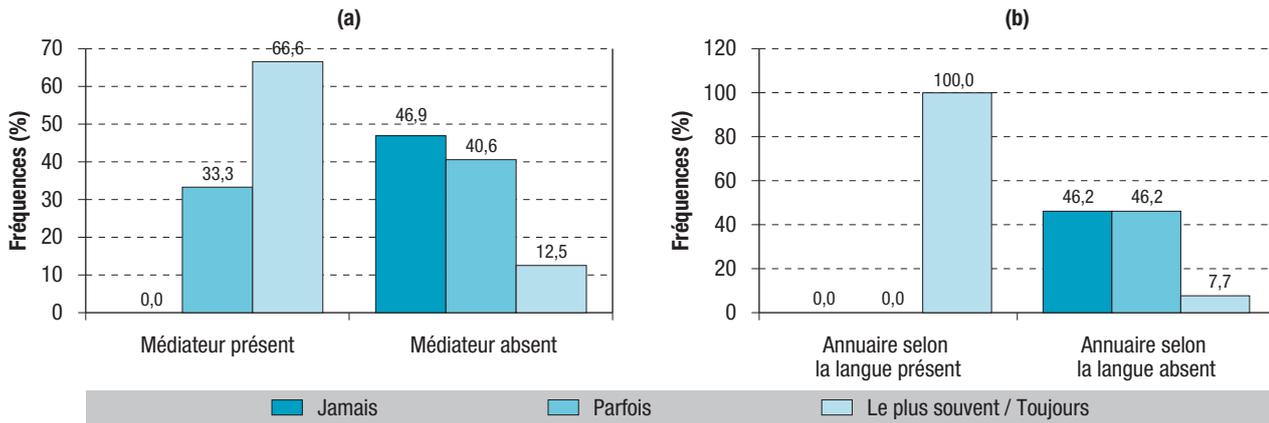
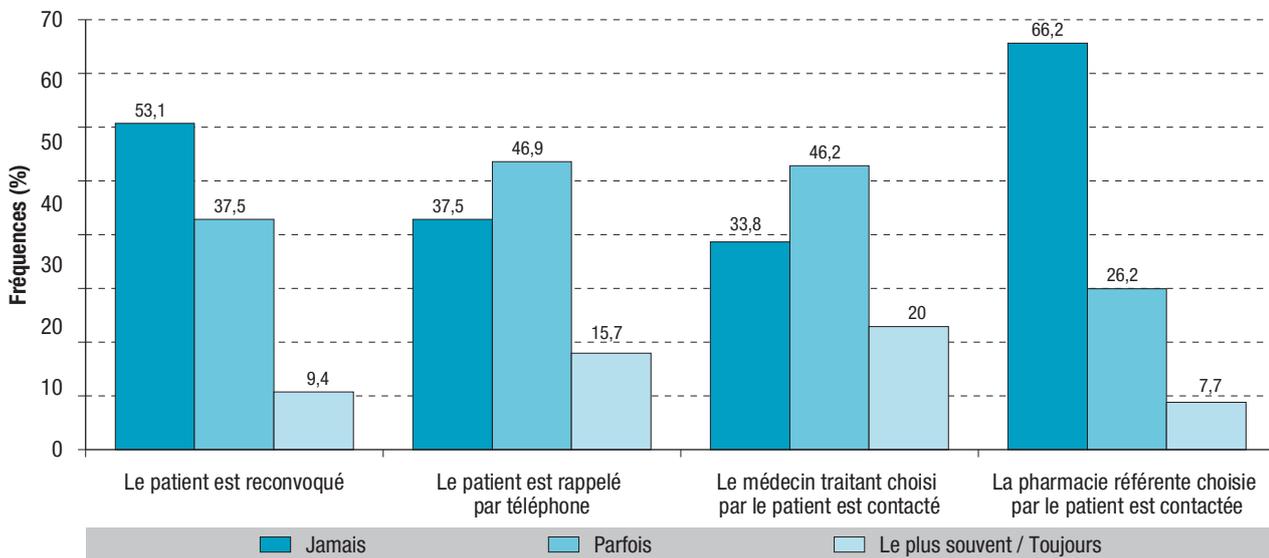


Figure 6

Modalités des Pass pour s'assurer du lien ville-hôpital effectif (14 données manquantes), France, juin-octobre 2020



de la dispensation des produits de santé. Sa présence effective dans l'équipe permettrait de plus un gain en termes de qualité de prise en charge du patient (consultations pharmaceutiques adaptées à la précarité des personnes et à leur niveau de littératie) et de diminution des surcoûts¹⁶. Concernant la médiation en santé, le rapport 2016 d'évaluation du Programme national de médiation sanitaire (PNMS)¹⁷ a mis en avant que celle-ci permet l'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité. *In fine*, l'existence d'équipes pluridisciplinaires dédiées à la prise en charge globale des personnes en situation de précarité étant retrouvée dans la littérature¹⁸, nous pouvons formuler l'hypothèse que les Pass composées de professionnels du soin (médecins, IDE, médiation, pharmacie, etc.) et du social sont mieux préparées à la prise en charge des patients consultant en Pass que les Pass transversales composées uniquement d'AS.

Ouverture des droits et orientation vers le droit commun

Les Pass n'orientent pas toujours systématiquement vers le droit commun les patients ayant acquis une couverture maladie, ce qui peut contribuer à alourdir le dispositif en le saturant. Une enquête de la Fédération des acteurs de la solidarité menée en 2017 montre que 35% des intervenants sociaux auprès des Pass ayant répondu les estiment saturées, certaines Pass ne pouvant recevoir que sur rendez-vous et avec des délais pouvant atteindre plusieurs semaines¹⁹. Il existe plusieurs freins à cette orientation vers le système de santé de droit commun : la persistance du problème médical ayant amené le patient à consulter, l'absence de personne de confiance permettant l'accompagnement du patient et, à un moindre niveau, la barrière linguistique. Le renforcement du travail en réseau avec les soins de ville pourrait permettre d'anticiper la suite

de la prise en charge du patient²⁰, notamment avec les dispositifs innovants en soins primaires tels que les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui sont des champs que les Pass peuvent investir afin d'amplifier et de consolider ce réseau. En effet, l'une des missions socle de ces CPTS est de faciliter l'accès à un médecin traitant pour les patients n'en ayant pas²¹.

Enfin, le déploiement à grande échelle de médiateurs en santé pourrait être pertinent dans les Pass, en soutien aux patients pour qui cette orientation vers les soins de ville est la plus complexe²², en raison de barrières multiples et complexes (culturelles, linguistiques, renoncement, etc.), et pour lesquels la médiation en santé est une des solutions potentielles²³.

Accompagnement du patient en ambulatoire

Une procédure formalisée d'accompagnement du patient en ambulatoire après l'ouverture de ses droits est rarement mise en place. Cette absence de protocole peut entraîner une variabilité des pratiques qui ne permet pas de généraliser les plus efficaces. Il existe par ailleurs chez le patient précaire un manque de connaissance de l'offre de soins et de ses droits à la santé ce qui peut entraîner un renoncement aux soins²⁴. La mise en place d'une consultation d'orientation dédiée à la sortie du dispositif, permettant de fournir des informations adaptées au patient sur le système de santé, pourrait lui permettre d'acquérir des éléments essentiels pour son accès aux soins. Une étude menée par Médecins du Monde avait mis en évidence des difficultés liées au financement des Pass : les budgets alloués aux Pass sont trop peu conséquents et ne permettent pas de couvrir tous leurs besoins²⁵. Ce type de consultation nécessiterait des moyens humains et matériels qui ne sont pas actuellement effectifs, quand bien même ils permettraient *in fine* d'alléger le dispositif Pass en évitant des consultations itératives de patients ne trouvant pas de relais en ville.

Après la sortie du dispositif

Cet état des lieux a également mis en évidence le fait que peu de Pass s'assurent de la bonne intégration du patient dans le droit commun. Une évaluation appréciant l'effectivité de cette intégration pourrait s'avérer nécessaire afin d'en apprécier la réalité, d'autant que les difficultés rencontrées par certains patients après l'ouverture de leurs droits peuvent les entraîner à retourner à la Pass. Une enquête menée en 2017 montre qu'un grand nombre de personnes se rendent à la Pass malgré leurs droits ouverts, en raison du refus de certains médecins de recevoir les patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'Aide médicale d'état (AME)²⁶. Une orientation ciblée vers les professionnels de la CPTS de proximité du lieu de vie du patient pourrait être une réponse. En effet, une étude réalisée à la Pass de Saint-Étienne a montré que l'efficacité du relais avec

la médecine de ville était plus importante lorsque celui-ci était nominatif et lorsqu'une communication portant sur l'ensemble des données médicales du patient auprès du médecin prenant la suite était assurée²⁷. Afin de limiter ces refus de soins⁶ et donner les moyens aux professionnels de ville de répondre aux problématiques complexes des patients en situation de précarité, de futurs travaux pourraient évaluer l'impact d'une prise en charge multidisciplinaire en ville adaptée aux problématiques rencontrées par les patients (interprétariat professionnel, médiation en santé, expertise sociale, etc.) sur l'efficacité du relais de la Pass vers le droit commun.

Limites

Il s'agit d'une étude déclarative : les résultats sont subjectifs et analysés en conséquence.

Il existe un manque de puissance de cette étude en lien avec des effectifs trop faibles et il aurait fallu obtenir des taux de réponses supérieurs pour augmenter la significativité de nos résultats. Le recueil s'est effectué pendant la période de crise sanitaire entre les deux confinements nationaux. Cette étude n'est pas exhaustive en ce qui concerne les critères d'orientation des patients (genre, expérience communautaire, etc.). Enfin, nous n'avons pu relancer que les Pass rattachées à un CHU, ce qui limite l'extrapolation de nos résultats à l'intégralité des Pass.

Forces

Il s'agit du premier état des lieux concernant les pratiques des Pass relatifs à l'orientation de leurs patients vers le droit commun. Ces données peuvent permettre aux Pass de construire leurs propres procédures d'accompagnement du patient vers les soins de ville.

Conclusion

Cet état des lieux met en évidence une hétérogénéité des pratiques d'orientation des patients vers le système de santé de droit commun en sortie du dispositif Pass. Les Pass constituant une interface entre les dispositifs spécifiques d'accès aux soins et le système de santé de droit commun pour les populations vulnérables, il paraît nécessaire de rationaliser les pratiques de sortie du dispositif. Une synergie entre les Pass et les CPTS, ainsi que l'instauration de consultations dédiées à la sortie du dispositif, pourraient permettre une intégration plus efficace du patient dans les soins de ville. L'optimisation des moyens financiers, matériels et humains est un préalable à la mise en place de telles stratégies. Nos résultats ont permis l'élaboration d'un protocole d'orientation et un guide d'entretien de fin de suivi en Pass à destination des professionnels de santé. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. JO du 31 juillet 1998. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000206894/>
- [2] Ministère des Solidarités et de la Santé. Précarité : accès aux soins. [Internet]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite/article/precarite-acces-aux-soins>
- [3] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Circulaire N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (Pass). <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37144>
- [4] Geeraert J. La question sociale en santé : L'hôpital public et l'accès aux soins des personnes en marge du système de santé en France à l'aube du XX^e siècle. Thèse de doctorat de l'Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité; 2017. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02372103>
- [5] Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N, *et al.* Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(19-20):396-405. http://beh.sante.publiquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_4.html
- [6] Défenseur des droits. Rapport. Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer. Paris: Défenseur des droits; 2019. 78 p. <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2019/05/personnes-malades-etrangeres-des-droits-fragilises-des-protections-a-renforcer>
- [7] Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Rasmussen P, Pierson R, *et al.* A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other areas. *Health Aff (Millwood).* 2012;31(12):2805-16.
- [8] Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. Paris: Université Paris-Descartes – Faculté de médecine; 2016. 70 p. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01347479>
- [9] Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, *et al.* A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: A randomized trial. *Ann Intern Med.* 2009;150(3):178-87.
- [10] Collin T. Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry : évaluation du retour au droit commun. Thèse pour l'obtention du diplôme de Doctorat en médecine. Grenoble : Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble; 2011. 77 p. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620694>
- [11] Viciani M. Devenir des patients consultant à la Pass de l'Hôpital Henri Mondor. Thèse pour l'obtention du diplôme de Doctorat en médecine. Paris: Université Paris Descartes. Faculté de médecine Paris Descartes; 2018. 49 p. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02304238>
- [12] Bonnafous Chloé. Devenir médicosocial des patients en situation de précarité consultant la consultation médicale Pass de l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis. Thèse pour l'obtention du diplôme de Doctorat en médecins. Villetaneuse: Université Paris 13; 2020. 51 p.
- [13] Peslin N, Pasquier V, Plaçais C, Coutant A, Agard C, Barrier J, *et al.* Évaluation d'une nouvelle offre de soins : la permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Nantes. *Sante Publique.* 2001;13(4):349-57.
- [14] Chauvin P, Parizot I, Drouot N, Simmonot N, Tomasino A. L'accès aux soins des personnes en situation irrégulière. La Plaine Saint-Denis: Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde; 2007. 76 p. <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2007/09/24/observatoire-europeen-de-lacces-aux-soins-lacces-aux-soins-des-personnes-en-situation-irreguliere>
- [15] Pailhes S. De la Pass au système de santé de droit commun. Thèse pour l'obtention du diplôme de Doctorat en médecine. Lyon: Université Claude Bernard, Lyon 1. Faculté de médecine Lyon Nord; 2008. https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2012/01/These_sophie_pailhes.pdf
- [16] Bataille J, Bardo-Brouard P, Cordonnier-Jourdin C, Kiri-Matondo W, Simpelaere S, Astier A, *et al.* Évaluation des pratiques professionnelles : implication du pharmacien hospitalier dans l'amélioration de la prise en charge des patients en précarité. *Ann Pharm Fr.* 2017;75(2):121-30.
- [17] Évaluation du Programme national de médiation sanitaire. Rapport final. Paris: NovaScopia; 2016. 109 p. <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/12/Evaluation-finale-PNMS-2016-rapport.pdf>
- [18] Jego M, Abcaya J, Ştefan D-E, Calvet-Montredon C, Gentile S. Improving health care management in primary care for homeless people: A literature review. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(2):309.
- [19] Denormandie P, Cornu-Pauchet M. L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité. Paris: PromoSanté Île-de-France. 2018. 102 p. <https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires/lacces-aux-droits-et-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-et-des-personnes-en-situation>
- [20] Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis. 5^e génération 2018-2023. Provence-Alpes-Côte d'Azur. Marseille : Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur; 2019. https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-03/PRAPS%20VF_pour%20consultation_13.03.2018.pdf
- [21] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). JO du 27 janvier 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>
- [22] Geddes JR, Fazel S. Extreme health inequalities: Mortality in homeless people. *Lancet.* 2011;377(9784):2156-7.
- [23] Haute Autorité de santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. 70 p. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins
- [24] Observatoire régional de la santé en Auvergne. Le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne. Clermont-Ferrand: ORS Auvergne; 2016. 49 p. https://www.pfoss-auvergne-rhone-alpes.fr/wp-content/uploads/2017/11/2016_Rapport_non_recours_soins_Auvergne.pdf
- [25] Médecins du Monde. État des lieux des Permanences d'accès aux soins de santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent. La Plaine Saint-Denis: MDM; 2010. 26 p. <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2011/03/18/etat-des-lieux-des-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-dans-23-villes-ou-mdm-est-present>
- [26] Le fonctionnement des Pass (Permanence d'accès aux soins de santé). Veille inégalités sociales de santé. Hérouville Saint-Clair: Promotion santé Normandie; 2015. 5 p. <https://resodochn.typepad.fr/inegalitessante/2017/05/le-fonctionnement-des-pass-permanence-dacc%C3%A8s-aux-soins-de-sant%C3%A9.html>
- [27] Rivollier E, Bourgin V. Pass et réintégration dans le système de soins de droit commun. Saint-Étienne: Permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Saint-Étienne; Assurance maladie; 2005. 12 p.

Citer cet article

Khouani J, Bertrand C, Launay E, Jégo M, Auquier P, Tabélé C. État des lieux des pratiques d'orientation des patients vers le système de santé de droit commun, à la suite d'une prise en charge en permanence d'accès aux soins de santé. *Bull Epidemiol Hebd.* 2022;(1):10-21. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/1/2022_1_2.html

Questionnaire lien ville-hôpital pour les patients en situation de précarité

Préambule

Concernant l'organisation de votre Pass :

→ File active annuelle (estimation) :

→ Entourez les professions représentées : Assistante sociale Médecin IDE Médiateur en santé Agent d'accueil Pharmacien Autres (précisez)

À l'ouverture des droits d'un patient, cocher et argumenter vos choix :

1. L'orientation vers le droit commun est systématique lors de l'acquisition d'une couverture maladie complète (CSS ou AME ou autres) pour les patients

Oui Non

2. Si non, sur quels critères décidez-vous de l'orientation vers le droit commun des patients bénéficiant d'une couverture maladie complète ?

o Lorsque l'évènement aigu ayant amené le patient à consulter est résolu

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

o Lorsqu'un patient allophone acquiert une maîtrise correcte du français

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

o Lorsqu'une personne de confiance peut accompagner le patient vers le droit commun

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

o Lorsque le patient a déclaré un médecin traitant maîtrisant la langue maternelle du patient

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

o Autre (précisez)

Commentaire :

3. Il n'existe pas d'accompagnement particulier à l'ouverture des droits

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

Si vous avez répondu « Toujours » le questionnaire s'arrête ici pour vous.

4. Vous n'avez pas connaissance de l'ouverture des droits de vos patients

- Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

5. Vous avez connaissance de l'ouverture des droits d'un patient

o Lors d'une consultation médicale de routine

- Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

o Lors d'une convocation du patient par l'AS

- Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

o Lors d'une vérification régulière par un membre de la Pass

- Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

o Par le patient lui-même

- Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

o Autres (Précisez) :

- Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

6. Il existe une procédure d'accompagnement du patient en ambulatoire

- Oui Non

Commentaire :

7. Il existe un annuaire des médecins/pharmaciens/autres professionnels de santé

- Oui Non

8. Si oui, cet annuaire est construit autour :

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois

Commentaire :

9. Vous proposez au patient des médecins/pharmaciens/autres professionnels de santé selon

o Son lieu de résidence

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois
- Jamais

Commentaire :

o La langue souhaitée par le patient

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois
- Jamais

Commentaire :

o D'autres critères

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois
- Jamais

Commentaire :

10. Vous faites le relais avec une autre structure médico-sociale

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois
- Jamais

11. Une procédure existe pour s'assurer du lien ville hôpital effectif

o Le patient est reconvoqué

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois
- Jamais

Commentaire :

o Le patient est rappelé par téléphone

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois
- Jamais

Commentaire :

o Le médecin traitant choisi par le patient est contacté

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois
- Jamais

Commentaire :

o La pharmacie référente choisie par le patient est contactée

- Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

o Autre

- Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

12. Vous évaluez la satisfaction de vos patients sur le lien ville-hôpital

- Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Si oui, comment ?

Merci pour votre participation

> ERRATUM // Erratum

ERRATA // Errata

Dans l'article : **Dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France** (Andler et coll.), du BEH n° 17 du 9 novembre 2021, des erreurs se sont glissées dans le résumé, l'abstract et les résultats p. 304, p. 306 et p. 307.

- Page 304, dans le résumé // abstract, il faut lire : « Les personnes dépassant les repères étaient en majorité des hommes (68,1%) dont 47,7% n'avaient aucun diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat. » et « *The majority of those exceeding recommended levels were men (68.1%), 47.7% of whom had no diploma or a diploma less than the baccalaureate.* »
- Pages 306 et 307, il faut lire : « un diplôme inférieur au baccalauréat » (et non pas « un diplôme inférieur ou égal au baccalauréat »).