

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2005

N°33

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Céline Boché

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2005

**PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE A LA CONSULTATION JEAN
GUILLON (PASS DU CHU DE NANTES) ; ANALYSE DE 159
PATIENTS RÉORIENTES AUPRÈS D'UN MÉDECIN TRAITANT SUR
UNE PÉRIODE DE 2 ANS.**

Président : Monsieur le Professeur Barrier

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur AGARD

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
PREMIERE PARTIE : De la constatation de la précarité à la création des PASS.....	7
1 – La précarité dans les pays de la Loire	7
1 – 1 Précarité, définitions	7
1-2 Situation en Pays de la Loire	9
La précarité sociale et économique :	10
Exemples d’aides à la réinsertion :	12
2 - Présentation de la PASS du CHU de Nantes	13
2 – 1 La PASS du CHU de Nantes	13
2 – 2 Le Centre Jean Guillon	14
La localisation au sein de l’hôpital :	14
Le personnel :	14
Le fonctionnement :	15
Les Réseaux	16
2 - 3 Du système PASS au système de Droit Commun	17
Néologisme :	17
Pourquoi la réorientation ?	18
La réunion de réorientation :	18
DEUXIEME PARTIE : Enquête.....	20
1 - Matériel et méthode	20
1 - 1 Contexte.....	20
1 - 2 Type d’étude	21
1 . 3 Matériel et Méthode	21
1 - 4 Difficultés de traitement des données.....	24
2- Résultats de l’enquête.....	25
2– 1 La population réorientée	25
Les données démographiques	25
Données sociales	30
Données médicales.....	32
2 - 2 Population contactée.....	35
Quantitativement :	35
Qualitativement :	35
Le patient et son médecin traitant :	36
Pathologies et fréquentation du cabinet de médecine générale :	36
Retour à la PASS :	37
Suivi social :	38
2 - 3 Patients consultants à la PASS après leur réorientation	38
Profil et données sociales :	39
Fréquentations de la PASS :	39
Consultations hospitalières ultérieures :	39
Motivation justifiant un retour à la PASS :	40
TROISIEME PARTIE : Discussion, synthèse et perspectives	42
1- Analyse et discussion sur les résultats de l’étude	42
1 - 1 Généralités sur la population étudiée réorientée vers le système médicale de ville.....	42
Analyse des données démographiques.....	44
Analyse des données sociales	45
Analyse des caractéristiques médicales	48
1 - 2 Le patient et son « nouveau » médecin traitant :	53
Généralités	53
Le médecin de « ville » :	53

Pathologie chronique et fréquence de consultations. Place de la prévention ?.....	54
L'assistante sociale « de ville ».....	55
Problèmes à venir.....	56
1 - 3 la population revenue consulter, les échecs à la réorientation :.....	57
Généralités	57
Analyse des causes d'échec documenté.....	57
2 – Synthèse et perspectives.....	60
2 - 1 Synthèse.....	60
2 . 2 projet d'amont à la réorientation.....	61
2 . 3 Projet au moment de la réorientation et son suivi.....	62
2 . 4 projet d'aval : le médecin généraliste de ville.....	62
3- Validités et biais des données	63
3 – 1 Validité des terminologies utilisées	63
3 – 2 Biais lié à la compréhension de la question « êtes- vous revenu consulter à la PASS » et à la question ouverte « pourquoi ».....	63
CONCLUSION.....	64
BIBLIOGRAPHIE.....	67
ANNEXES	70

INTRODUCTION

La précarité ne cesse d'être un sujet d'actualité depuis plusieurs années en France. En ligne de mire des mesures politiques, la précarité et la santé devraient pouvoir cohabiter sans relation de cause à effet dans un système de soin tel que le nôtre, attendu que les dépenses publiques de santé y sont les plus élevées du monde [1]. Paradoxalement les faits révèlent à une autre réalité.

Dans les années 1980, l'exclusion est aux portes de l'hôpital [2]. Les initiatives associatives, tels que ATD Quart monde, Médecins du Monde, pallient aux lacunes et permettent d'assurer un niveau de soins minimum pour ces patients. Ces derniers sont des personnes qui ne trouvent plus leur place dans le système dont ils sont exclus, ou ne peuvent simplement pas y accéder. Ces associations n'omettent pas non plus d'alerter les professionnels de santé, les autorités gouvernementales, ainsi que l'opinion publique. L'ensemble mettra encore un peu de temps à réagir.

Les besoins croissants de cette population dite précaire envahissent la place. Non solvables, refoulés du système libéral, ou pris en charge médicalement à minima, ils n'ont souvent d'autre alternative que l'hospitalisation. L'hôpital n'a cessé d'évoluer sur le plan technique et sur un mode de fonctionnement d'entreprise surtout depuis 1974 où les fonctions sanitaires et sociales sont officiellement séparées. Petit à petit, l'hôpital exclut de son champ d'activité une partie de patients jugés non urgents ou ne relevant pas ses soins, contraint à une gestion rigoureuse de ses prestations. Il doit faire face à des impayés croissants et s'éloigne de son engagement vis-à-vis de l'utilisateur [3]. Lentement, la situation influence les réflexions gouvernementales et aboutit à des lois et circulaires visant à lutter contre l'exclusion. Ces directives ne se limitent pas au domaine médical, mais concernent des mesures largement plus générales tant la précarité et les processus d'exclusions sont le résultat d'une cascade d'évènements propres à chaque trajectoire : perte d'un emploi, rupture familiale, problème de santé ou encore difficulté de logement.

Ainsi, en ce qui concerne l'accès aux soins et au système de droit commun, on retiendra la circulaire du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies, qui parle pour la première fois de « *ces difficultés inacceptables* ». Et déjà on note le projet « *d'intégration de tous dans le système de droit commun qui est la seule politique compatible avec l'éthique médicale et le plein respect de la dignité de la personne humaine* ». La loi n° 98-657 de juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions prend des mesures bien au-delà du simple accès aux soins des plus démunis, même si elle en fait un objectif prioritaire. La circulaire du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements publics de santé précise pour la première fois les PRAPS, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins.

Là encore il est déjà explicitement dit la nécessité d'aller au-delà d'un simple recours au soin : « *Les établissements du service public contribueront à l'objectif global de réinsertion dans le circuit de droit commun d'accès au soin* ». Enfin, la loi n° 99-641 de juillet 1999 portant sur la création d'une couverture maladie universelle et qui entre en vigueur en janvier 2000, donne aux acteurs médicaux et sociaux un moyen considérable de passer à l'acte dans la réinsertion de ces patients et dans leur traitement égalitaire, apportant une solution concrète à des situations qui restaient jusqu'alors dans une impasse financière.

Il est important de noter que toutes ces circulaires et lois ont abordé sans équivoque le but ultime de ces mesures : réintégrer le patient dans ce que nous appelons le droit commun.

La succession de ces mesures a permis de légitimer des initiatives intra hospitalière déjà existantes comme le dispositif Baudelaire, ou la consultation Verlaine [4] [2]. S'y sont ensuite ajoutés tous les projets liés à l'engagement des centres hospitaliers de s'inscrire dans ces directives institutionnelles. C'est dans ce contexte que les PASS, permanences d'accès aux soins et à la santé ont été créées. Ce travail s'attachera spécifiquement à cet aspect de réintégration à l'échelle de la PASS du CHU de Nantes

La première partie de cette thèse constitue un rappel du contexte d'intervention socio économique de la PASS dans la région de Loire Atlantique. De façon plus spécifique, je présenterai le centre Jean Guillon, s'inscrivant dans le projet PASS du CHU de Nantes. J'insisterai sur son mode de fonctionnement, et plus particulièrement sur son initiative d'une réunion multidisciplinaire pour la réorientation des patients vers le système de droit commun, réunion appelée de façon informelle « staff de réorientation ».

La deuxième partie de ce travail est une étude de la population concernée par ces réunions de réorientation. Une analyse rétrospective associée à une enquête prospective auprès des patients ont été réalisées pour tenter de déterminer les facteurs d'une réintégration réussie ... ou pas. De façon plus personnalisée, j'ai essayé de cerner quels étaient leur rapport avec la médecine de ville.

Enfin, lors de la troisième partie, je tente de dégager des propositions concrètes de l'analyse de ces résultats afin d'essayer d'améliorer cette initiative.

PREMIERE PARTIE :

De la constatation de la précarité à la création des PASS

1 – La précarité dans les pays de la Loire

1 – 1 Précarité, définitions

Les personnes (potentiellement) en situation précaire représentent une grande entité qu'il est parfois difficile de préciser tant les situations qui la définissent sont multiples et pluridisciplinaires.

Ainsi une définition applicable est celle de l'Observatoire Nationale de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, ONPES:

«La précarité est l'absence des conditions élémentaires permettant aux personnes et aux familles d'assumer normalement leurs responsabilités et de jouir de leurs droits fondamentaux ». Il faut alors préciser que les précarités économiques et sociales sont souvent cumulatives.

On peut compléter ces propos par une définition de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, DREES :

« La précarité résulte de parcours de vie faits de ruptures sociales, professionnelles ou affectives et recouvre des histoires et difficultés diverses. Ces ruptures et conditions de vie passées et présentes induisent ou révèlent des problèmes de santé, parfois aussi, elles en découlent. Elles rendent moins à même les personnes de repérer et de soigner ces problèmes de santé qui s'aggravent et se cumulent. La diversité des déterminants en cause souligne la nécessité d'une réponse plurielle au problème "précarité santé " ».

De façon indéniable le lien santé précarité est décrit, il peut être cause et/ou effet.

Le père Wrezinski précise dans un rapport au Conseil économique et social en 1987 que *« La précarité conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible »*. Il y exprime les dangers d'une situation pouvant se pérenniser, et, par la notion de droits perdus, ouvre la porte à la notion d'exclusion.

L'ONPES définit l'exclusion ainsi :

« Ensemble de mécanisme de rupture tant sur le plan symbolique que sur le plan des relations sociales. Elle est caractérisée par 3 grandes dimensions. La première est celle de la sphère économique, incluant les formes de précarité vis-à-vis de l'emploi, et de l'insuffisance des ressources, marque de pauvreté. La seconde est la non reconnaissance ou non usage des droits sociaux, civils, et politiques. La troisième est celle des relations sociales. »

Les frontières entre grande précarité et exclusion sont ténues. Un économiste précise la notion d'inclus, de reclus et d'exclus, et place la fracture sociale au niveau de ce dernier état, avec alors la notion «d'avenir bouché ». [2]. Plus tôt le soutien interviendra et plus le risque d'atteindre un point de « non retour » pour la personne traversant cette période de fragilité, sera peut être, évité.

Ces différentes définitions permettent de réaliser l'aspect multidimensionnel de la précarisation d'une population et celui cumulatif de ces vulnérabilités. Le danger de rester passif devant ce phénomène fragilise une société de par sa perte de cohésion, les inégalités sociales croissant jusqu'au glas de la fracture sociale. On comprend aussi mieux la difficulté rencontrée par les

professionnels qui veulent s'y confronter et la nécessité de ne pas rester isolés dans leur secteur d'activité. De plus, il est impossible de lutter efficacement contre la précarité sans inclure la notion de réinsertion dans quelque domaine considéré que ce soit. Ainsi l'aide médico-sociale se devra de pallier les déficits et discriminations, mais elle devra aussi projeter le patient vers l'avenir.

Lutter pour permettre à ces patients un accès aux soins, le maintien d'une bonne santé, ou une réinsertion dans le système de droit commun est une démarche active pour prévenir l'exclusion même si elle ne sera pas suffisante à elle seule.

La pire inégalité est celle face à l'accès aux soins lors de la maladie. La population la plus défavorisée présente une morbidité plus élevée qu'une classe sociale plus élevée [5]. A santé égale, ils connaissent plus d'obstacles économiques à la consultation médicale, retardant d'autant une prise en charge curative et encore plus préventive [4]. L'inégalité dans la prise en charge de ces patients apparaît aussi à deux niveaux. Un premier niveau est une inégalité par omission, puisque l'offre en France est principalement curative résultant d'une demande du malade ; or le patient précarisé est moins à même de repérer le problème de santé (définition de DREES ci-dessus) et de l'exprimer, pouvant se priver aussi d'explorations préventives. L'interaction soignant - soigné appareil de soin interagit d'autant mieux que le niveau social est élevé. L'autre niveau décrit est une inégalité par construction liée à l'incapacité des institutions à repérer les inégalités, et à les intégrer comme facteurs de risque.

Tout ceci résulte, d'après le Pr Lombrail, d'un système de santé français qui n'envisage pas la dimension sociale des problèmes de santé, et au mieux nie l'inégalité, au pire l'accentue [6]. Dans ce contexte, il est non seulement indispensable de favoriser l'accès primaire aux soins mais aussi de repenser la pratique professionnelle médicale et l'organisation au sein des institutions. Elles doivent recouvrer une fonction sanitaire et sociale pour assurer l'égalité de l'accès secondaire [2 ; 6]. C'est la condition pour que l'hôpital puisse se poser comme un chaînon à l'aide à la réinsertion et à la lutte active contre les disparités sociales en matière de santé.

1-2 Situation en Pays de la Loire

Dans le cadre de la préparation du projet PRAPS 2003-2006, la DRASS a publié une observation socio sanitaire de la région pays de Loire [7].

La précarité sociale et économique :

La région « Pays de la Loire » est la cinquième région de France par son nombre d'habitants, 3 289 811 habitants, et par le nombre de ses emplois, 1 378 000 emplois. Son PIB a évolué de 3.3% mais elle se place au 17^{ème} rang des régions de France quant à son salaire moyen. [7]. Que représente cette réalité à l'échelle de ces habitants en terme de précarité ?

Le taux d'augmentation de la population s'est élevé de 5.3% en 10 ans avec un rythme de progression annuelle soutenue, ce qui contribue à l'émergence de nouveaux problèmes de logement, d'équipements publics. La population étrangère représente 1.3% de la population régionale, bien inférieur au taux national de 5.6%. Cette population étrangère est jeune et principalement masculine à 52%. Il est important de noter que cette population est plus souvent fragilisée dans la société française pour de multiples raisons : déracinement, barrière de la langue, ressource inexistante, ignorance des dispositifs d'aide [7], autant de facteurs de précarité cumulatifs. On retrouvera ce profil dans les populations fréquentant les structures de soins gratuits de l'hôpital et plus particulièrement la PASS de Nantes [8; 9; 10]. 4 immigrés sur 10 sont devenus français par acquisition (résident). Ceci leur permettrait de quérir des droits, dont l'accès aux soins, moyennant quelques démarches administratives supplémentaires.

Au sein des villes, certains quartiers marqués par la pauvreté et les difficultés sociales, ont fait l'objet de contrats spécifiques avec la ville et ont été classés Zones de Renouvellement Urbain, et /ou Zone Urbaine Sensible. Ces quartiers, anciennement Zones Urbaines Prioritaires, sont les suivants à Nantes : Bellevue, Dervallière, Malakoff, Bottière, Quartier Nord, (annexe 1).

Le taux de chômage affecte 8.4% de la population active fin 2003. La faible croissance économique ne permet pas d'enrayer cette croissance régulière, tout comme à l'échelle nationale. La population étrangère est particulièrement touchée. Leur taux d'actifs au chômage est de 22%.

Au niveau régional, 50% des foyers sont non imposables. 21.2 personnes sur 1000 habitants bénéficient du RMI, pourcentage augmentant à 35/1000 dans l'agglomération nantaise. Leurs bénéficiaires sont souvent des hommes jeunes. 127 400 personnes dépendent d'un des 5 minima sociaux dans le département de Loire Atlantique. En matière sanitaire, cela leur donne l'accès de plein droit à une couverture sociale automatique, non soumise à cotisation sous condition de ressource ou non (RMI).

En terme de protection sociale, deux couvertures sont destinées à faciliter l'accès aux soins pour tous. Ce sont la CMU, Couverture Maladie Universelle et l'AME, Aide Médicale d'Etat.

La CMU est une prestation d'assurance maladie destinée aux personnes ne pouvant prétendre à une affiliation automatique et dont les ressources sont inférieures à un plafond (6 402 €/an), au-delà de ce plafond les patients sont assujettis à une cotisation de 8%. Elle comporte deux volets, la couverture de bases (correspondant au régime obligatoire) et la couverture complémentaire. Pour les patients étrangers en situation régulière, elle s'obtient sur critère de résidence, c'est-à-dire présence sur le territoire français depuis au moins 3 mois continus. En Loire Atlantique, 13 416 personnes ont la CMU sur critère de résidence. Au total, la CMU concerne près de 70 000 patients assurés ou ayant droits.

L'AME ne concerne que les patients étrangers en situation régulière, mais en France depuis moins de 3 mois, ou en situation irrégulière, et est soumise à condition de ressources. Les données chiffrées sont difficiles à obtenir. Pour les Pays de la Loire elle concernerait environ 1 500 personnes avec de grandes fluctuations selon les CPAM concernées.

Ces deux prestations nécessitent des démarches administratives actives pour les personnes pouvant y prétendre.

Une perte de droit ne correspond pas forcément à une amélioration de la situation du patient concerné mais peut être liée à un oubli de demande de renouvellement, ce dernier n'étant pas automatique.

Ainsi de grandes mesures nationales ont permis de lutter contre les facteurs d'exclusions en palliant au déficit de ressources par des aides financières ou par l'exonération de charges financières. Ces mesures d'aides palliatives ne suffisent pas à faire disparaître la précarité. Pour exemple, le revenu minimum d'insertion, mesure espérée transitoire, est devenu un pilier économique pour beaucoup de personnes. L'attribution prolongée du RMI les a parfois installés dans un isolement précaire à l'inverse de son objectif. Ceci traduit bien qu'une aide d'aussi bonne intention soit elle, ne peut être une solution si un travail prioritaire en aval et en amont n'est envisagé efficacement pour la réinsertion du patient dans le ou les domaines qui le précarisent.

Le maintien de personne en difficulté sociale dans le système sanitaire de droit commun est une facette de la réinsertion et de la conservation du lien. Mais quand un lien est rompu, quelle mesure s'applique ?

Exemples d'aides à la réinsertion :

Aux mesures nationales de luttés contre la précarité, s'appliquent des directives régionales, départementales, communales, ayant pour objectif la réinsertion. Les exemples ci-dessous sont la démonstration de la diversité des aspects de la réinsertion sociale. Tous parlent d'accompagnement individuel, de parcours. C'est l'action de l'ensemble de ces dynamiques sociales qui peut efficacement lutter contre l'exclusion, en combattant la précarité et en favorisant la réinsertion. Chaque acteur y apporte son domaine de compétence et ne peut se substituer à l'autre.

La réinsertion par l'emploi se définit comme « un accompagnement dans un parcours individualisé visant la réinsertion dans le monde de l'emploi du plus grand nombre » [7].

Ces mesures vont de propositions de formation, au bilan de compétence, et ciblent selon les actions, les jeunes en grande situation de précarité (CIVIS : contrat d'insertion dans la vie sociale) ou les demandeurs d'emplois de longue durée bénéficiant des minima sociaux (PAP ND : programme d'action personnalisé pour un nouveau départ). Certains de ces programmes ne se cantonnent pas à l'emploi, comme CIVIS ou bien l'ASI, Appui Social Individualisé, qui parle d'approche sociale globale, l'embauche étant leur objectif à moyen terme.

La réinsertion par le logement permet aux personnes vivant en situation de précarité de rompre leur isolement et favorise la mixité sociale. Elle peut être une allocation logement temporaire ou une résidence sociale s'inscrivant dans un parcours qui peut aller de l'hôtel à un appartement individuel

La réinsertion sociale par la réponse de proximité : le pivot en est le centre social. Il est le lien avec les différents dispositifs existant. Ils ont élaboré une charte de l'accompagnement. Liens individualisés par excellence, leur action va de l'alphabétisation à l'entretien avec une assistante sociale en passant par la garde d'enfants.

La réinsertion au niveau de la santé est régie au niveau régional par les PRAPS, Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les personnes en situation de précarité. Elle a de vastes ambitions : permettre à chacun d'être acteur de sa propre santé, rendre accessible à tous la

prévention, faire évoluer les pratiques professionnelles. De ce fait elle ne s'adresse pas aux seules personnes précaires, mais vise les personnes vulnérables. Son action va de la promotion des actions d'éducation de santé, aux actions visant la restauration et la revalorisation de l'image de soi. Pour la région Pays de la Loire, favoriser l'accès aux soins représente un tiers de son enveloppe budgétaire [11]. C'est dans ce contexte que les PASS, Permanences d'Accès aux Soins et à la Santé ont vu le jour. Elles correspondent à un dispositif fonctionnel plus que structurel. 30 établissements de santé de la région l'ont mises en place (annexe 2). La demande n'est pas la même dans une grande agglomération que dans un hôpital de proximité en zone rurale. Les PASS se personnalisent pour apporter une réponse adaptée au besoin local.

2 - Présentation de la PASS du CHU de Nantes

2 – 1 La PASS du CHU de Nantes

Dès 1994, le CHU de Nantes prenait l'initiative de conventions relatives à la prise en charge administrative des patients en difficulté économique et sociale. Suite à la loi de juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions et à la circulaire de décembre 1998 précisant entre autre les PRAPS, un groupe de travail est constitué pour élaborer un projet de prise en charge des plus démunis à l'hôpital. C'est une équipe pluridisciplinaire réunissant les corps soignants, sociaux et administratifs, de l'hôpital. Ensemble ils déterminent ce que sera la PASS du CHU de Nantes et précisent ces 6 objectifs principaux [13] :

- permettre une meilleure identification des situations de précarité
- favoriser l'accès au droit
- faciliter l'accès aux médicaments des personnes en situation de précarité
- mettre en place une consultation médico-sociale à visée généraliste qui sera le pivot de cette PASS
- participer à la constitution et au développement du réseau entre professionnels de santé et professionnels du social
- contribuer à informer et former les personnels hospitaliers aux problèmes de la précarité.

« La consultation médico-sociale à visée généraliste sera mise en place pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Elle sera ouverte à tous, et répondra à une démarche de soins volontaires, en dehors du cadre de l'urgence. Elle s'appuiera sur une approche globale des problèmes de santé et se traduira par une prise en charge médico-sociale des situations. Une attention particulière sera accordée à l'accueil et l'accompagnement (...) La durée de prise en charge ne pourra être fixée à l'avance. L'organisation de la consultation devra prendre en compte le rythme de chaque personne, le facteur temps étant considéré comme un élément important de la prise en charge. »

Son rattachement médical se fait au pôle de Médecine Interne, l'interniste étant naturellement exercé à l'approche globale du patient. La mission sociale est sous la responsabilité du cadre socio-éducatif. Ainsi sont posées les bases du Centre Jean Guillon (CJG) sous deux autorités.

Un groupe de travail PASS continue de se réunir chaque trimestre pour un suivi des actions, pour présenter de nouveaux projets et adapter le fonctionnement aux contraintes et aux demandes.

2 – 2 Le Centre Jean Guillon

La localisation au sein de l'hôpital :

Le CJG est situé au premier étage aile ouest de l'Hôtel Dieu. Volontairement hors du service des Urgences elle permet aux patients une identification de structure et de fonction [14].

Ses locaux :

- un secrétariat
- une salle de soins
- deux bureaux d'assistante sociale
- un cabinet douche
- un couloir d'attente aménagé de sièges

Le personnel :

Le personnel est constitué de deux infirmières, deux assistantes sociales, une secrétaire, un médecin interniste (réfèrent médical), et un résident. Les vacations médicales sont assurées par des médecins généralistes libéraux. Un poste d'aide soignante fait défaut. Leur participation au projet de la PASS de Nantes est pour eux un volontariat et non un hasard de mutation [15], point essentiel pour une pratique professionnelle exigeante de disponibilité et d'ouverture d'esprit. C'est une caractéristique que l'on retrouve chez l'ensemble des acteurs intervenants auprès de populations précaires [16].

Ensemble, une prise en charge globale respecte au mieux l'individualité de chaque patient.

Le fonctionnement :

La consultation est ouverte le matin sur rendez vous. Elle peut concerner un suivi de médical, soin infirmier, ou un suivi social avec l'assistante sociale chargée du dossier.

Lors de ces rendez-vous, la réinsertion dans le système de droit commun se prépare déjà. Le travail social, selon les études, permet l'accession à une protection sociale de 65% des patients qui en étaient dépourvus [17]. La consultation Baudelaire, l'un des premiers dispositifs de soins gratuits mis en place au sein d'un hôpital public parisien sous l'égide du Dr Lebas, l'estimait à 70% lors d'une évaluation de 1998. Cependant certains patients entrent dans le système PASS via le CJG alors qu'ils possèdent déjà une couverture sociale. Les obstacles aux soins ne sont donc pas toujours administratifs mais peuvent être linguistiques, culturels, une méconnaissance du système ou un refus de l'institution...

L'après midi, les consultations se font sans rendez vous, par ordre d'arrivée. Le patient voit la secrétaire qui constitue la partie administrative du dossier médico-social, un dossier unique par patient, commun à l'équipe. Pour une meilleure cohérence, un travail d'harmonisation s'est aussi fait avec le service des admissions [14]. Ensuite le patient voit le médecin, puis l'assistante sociale. Le dossier est un support papier, mais les données, aussi, sont informatisées représentant un recueil plus facilement exploitable. Dès les créations des premières PASS, tous les protagonistes précisent l'intérêt de recueils de données exploitables pour des travaux d'évaluations [4], ce qui fût largement repris par les acteurs des PASS [18]. Le désir d'harmonisation de ce type de recueil entre les PASS est important mais rencontre quelques difficultés de mise en place tant les structures diffèrent. Un essai récent d'un logiciel PASS a donné lieu à une étude [19]. Il s'est avéré moins adapté à l'activité du CJG que l'outil déjà utilisé [10].

Les membres de l'équipe du centre Jean Guillon participent à différentes réunions :

- internes à l'équipe : mensuellement à lieu une réflexion sur le fonctionnement de la consultation afin d'améliorer des points ou d'harmoniser des décisions. De façon hebdomadaire une réunion, informellement appelée « staff de réorientation », a lieu et fera l'objet d'un développement plus important dans cette thèse.
- interne au groupe PASS : de façon trimestrielle a lieu une réunion d'information et de formation, et une d'évaluation de la structure PASS.

Les Réseaux

Un réseau interne a vite été mis en place. Des protocoles relatifs à la prise en charge des personnes démunies ont été signés par la PASS et les services sollicités. Ils concernent la pharmacie centrale de l'hôpital, le centre de soins dentaires, le service de podologie pédicurie, la radiologie centrale, le service des urgences. D'autres services sont amenés à avoir de fréquents rapports avec la PASS, gynécologie obstétrique, pédiatrie, psychiatrie et les services polyvalents et généralistes (médecine interne). Certains se sont associés au groupe de travail PASS. Même si la PASS, et plus spécifiquement le centre Jean Guillon, est encore mal connu de certains services, ce réseau interne s'avère très efficace et facilite la prise en charge des patients nécessitant leur intervention [20]. Un courrier de transmission concernant ces patients est remis par le CJG au service concerné, mais le CJG reste le référent de cette prise en charge transversale au sein du réseau hospitalier.

Le réseau externe social s'avère par expérience, stable et fonctionnel. Les partenaires sociaux associatifs (AÏDA, ASAMLA, CADA...) et institutionnels (DDASS, CCAS, préfecture...) (annexe 3) ont très rapidement assimilé le système PASS et plus particulièrement le centre Jean Guillon est l'un de leurs interlocuteurs dans le domaine sanitaire. Les échanges se sont personnalisés au fur et à mesure et ont permis une réelle efficacité et meilleure prise en charge globale.

Le réseau externe médical est beaucoup moins défini. Il correspond directement au relais médical d'un système gratuit au système libéral. Il dépend de la réinsertion des patients dans le système de droit commun. Son développement se heurte à plusieurs problèmes :

- sur le plan déontologique, il est difficile d'établir volontairement des relations privilégiées avec tel ou tel médecin libéral d'un quartier. D'autant que dans sa pratique, le médecin rencontrerait de réelles difficultés d'organisation par une plus grande proportion de ce type

de patient. Le choix préférentiel de certains médecins, acceptant de les prendre en charge dans un système de réseau externe, simplifierai les rapports CJG/ Médecin traitant et leur sensibilisation aux problèmes liés à la précarité. Mais cela ne respecterait pas le « libre choix du patient » spécifique au système français, et aboutirait à une sectorisation de la précarité voire à une voie parallèle en ville. Ce réseau externe concerne donc l'ensemble des médecins libéraux de Nantes et de sa périphérie. Une motivation unanime et participative de ce réseau externe sur le modèle du réseau interne est utopique, même si une sensibilisation existe [21].

- Peu de patients sont réorientés. Comme le montrera l'étude, la réintégration dans le système de droit commun correspond à moins de 5% des patients suivis. Et le mode de relation avec le médecin généraliste concerné est informel.
- Le médecin généraliste peut craindre les consultations auprès d'un public défavorisé, ces patients le sollicitant souvent sur un terrain qui n'est pas le sien, le social. Le reproche d'être des patients difficiles à atteindre dans la relation soignant soigné est souvent avancé, comme une protection [22]. L'investissement est effectivement parfois décevant pour le corps médical.

L'ensemble de ces faits et considérations rend difficile une systématisation de ce réseau médical externe.

2 - 3 Du système PASS au système de Droit Commun

Néologisme :

La lutte contre la précarité dans le domaine sanitaire ne peut être efficace et éthique si l'on ne se soucie pas de donner leurs pleins droits aux patients exclus du système de droit commun. Pour le patient français cette démarche est une démarche de « réinsertion » ou de « réorientation » dans un système dont il s'est exclu par frein économique (moins depuis la création de la CMU), négligence, lassitude ou refus. Pour le patient étranger n'ayant jamais été affilié au régime général, il s'agit bien là d'une intégration dans le système et d'une orientation vers un médecin de ville. Quel terme est adéquat à l'ensemble de cette population ? « La ré-orientation ? ».

Par souci d'analogie avec l'ensemble des écrits sur le sujet, c'est finalement le terme « réorientation » qui sera conservé dans ce travail. Il traduit l'autonomie des patients face à leur demande de soins dans le système sanitaire français.

Pourquoi la réorientation ?

- Pour un réinvestissement personnel du patient luttant parfois contre l'humiliation de consulter un système gratuit, pour participer à la reconquête d'une disqualification sociale [23], ou pour s'assimiler à un système comme mode d'intégration dans une société nouvelle.
- Pour ne pas stigmatiser les patients dans une filière d'exclusion et favoriser « une médecine à deux vitesses », la voie royale curative et préventive des « inclus », celle ponctuelle et de l'urgence des « exclus ».

Ainsi la réorientation est idéalement le but ultime d'une prise en charge PASS

La réunion de réorientation :

Une fois par semaine, le Docteur Agard, médecin référent interniste, l'assistante sociale, l'infirmière et le résident se réunissent pour évaluer ensemble les capacités de certains patients à intégrer le système de droit commun. Pour que cette réorientation soit durable dans le temps plusieurs facteurs sont pris en considération :

- avoir une couverture sociale complète et effective
- avoir une stabilité de logement
- pouvoir s'exprimer en français ou bénéficier de l'aide d'un proche pour cela.
- ne pas avoir de problème médical grave en suspens pour ne pas rompre sa prise en charge

Si le patient remplit ces conditions, un membre de l'équipe va lui proposer et lui expliquer le principe d'une réorientation. Le patient devra alors choisir un médecin traitant de sa connaissance ou dans la liste des médecins de son secteur que le CJG lui fournit. Dans la mesure du possible, un courrier de transmission est envoyé au médecin, parfois remis en main propre au patient.

Cette thèse va essayer de déterminer les conditions positives de réorientation ou à l'inverse les causes d'échec et de les comprendre.

Cette fonction très spécifique, qu'est la réorientation, est peu documenté dans les publications, et pourtant, au même titre qu'un recueil de données commun aux PASS, elle semble faire l'unanimité sur l'intérêt de son observation et de son évaluation [13 ; 18 ; 19 ; 20].

De plus la réorientation est une activité définie légalement par la circulaire de décembre 1998 :
« Les PASS ont pour fonction de faciliter l'accès aux soins des personnes les plus démunies (...) les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leur droits (...) Il ne s'agit en aucun cas de créer au sein de l'hôpital des filières spécifiques pour les plus démunis. »

DEUXIEME PARTIE :

Enquête

1 - Matériel et méthode

1 - 1 Contexte

Depuis sa création en novembre 1999, l'équipe de la consultation médico-sociale Jean Guillon organise une réunion hebdomadaire pluridisciplinaire, consacrée à la réorientation de patients en situation précarité du CHU de Nantes (PASS) vers la ville. Ces patients du dispositif PASS sont alors estimés capables d'assumer leur suivi dans le système de ville sur des critères prédéfinis précis :

- couverture sociale en cours,
- adresse stable,

- possibilité de s'exprimer ou de communiquer avec le médecin
- situation médicale stable.

Cette décision d'équipe appréhende le patient dans une dimension globale, médicale, sociale et individuelle.

L'objectif de cette thèse est d'essayer d'évaluer l'efficacité de cette mission bien spécifique à laquelle l'équipe de la Consultation Jean Guillon s'astreint : la réorientation de patients en situation de précarité vers la médecine de ville. Ce travail de santé publique s'avère original puisque, depuis leur création, aucune PASS n'a fait l'objet d'évaluation sur cet aspect précis. Cette étude vise à décrire les caractéristiques médico-sociales des patients ayant quitté le système PASS, pour être désormais suivi par un médecin généraliste libéral.

1 - 2 Type d'étude

Ce travail concerne une population de 159 patients de la PASS du CHU de Nantes réorientés de Janvier 2000 à Décembre 2002. L'étude s'appuie sur un recueil de données médicosociales rétrospectif, associé à une enquête prospective menée auprès de chaque patient.

1.3 Matériel et Méthode

Le Docteur Agard, référent médical de la PASS du CHU de Nantes, est l'animateur de ces réunions. Pour chaque patient réorienté, il a été relevé le nom, conservé l'étiquette d'identification hospitalière permettant l'accès rétrospective aux dossiers. La liste est constituée de 159 patients réorientés au cours de 35 réunions sur deux années d'activité (Janvier 2001 à Décembre 2002).

L'étude de ces 159 patients réorientés se décompose en deux temps de travail. Le premier temps est consacré au recueil d'informations démographiques, sociales et médicales à partir du dossier médico-social de la PASS. Le deuxième temps permet une prise de contact direct avec chaque

patient afin de leur soumettre des questions précises. Ils ont été interrogés sur leur connaissance et leur utilisation de la médecine de ville (annexe 5) :

- Avaient-ils un médecin généraliste en ville ? Et si oui, pouvaient-ils le nommer ?
- Combien de fois l'avaient-ils vu ?
- Avaient-ils un traitement journalier ? Et si oui pourquoi ?
- Avaient-ils des difficultés pour se procurer les médicaments ?
- Etaient-ils revenus consulter à la PASS ? Et si oui, pourquoi ?
- Etaient-ils en contact avec l'assistante sociale de leur quartier ?

Malgré l'échec fréquent des tentatives de contact par téléphone (de nombreux numéros correspondaient à celui d'un foyer ou d'une relation, d'autres n'aboutissaient plus...) cette modalité d'approche s'imposait. En effet, la majorité de ces patients est d'origine étrangère, et s'ils maîtrisent le français oral (condition préalable à une réorientation), ils ne comprennent pas nécessairement l'écrit. Une seule patiente contactée par téléphone n'était pas du tout francophone, mais vivait chez l'un de ces fils m'ayant renseigné en son nom.

Ensuite, la population qui s'adresse à la PASS est particulièrement mobile. Même si une adresse stable est aussi souhaitée pour la réorientation, elle peut être celle d'un foyer, ou d'un membre de la famille en attendant un logement personnel. L'envoi systématique d'un courrier était donc plus aléatoire. Il a cependant été retenu pour toutes les personnes que je n'avais pas réussi à joindre oralement.

Cette prise de contact avec les patients s'est effectuée lors du premier trimestre 2004. L'année écoulée entre le dernier patient réorienté fin 2002 et le début du recueil début 2004, m'a permis de mieux apprécier la réorientation. En effet, ce recul d'un an me permettait de vérifier que le patient n'était réellement pas revenu consulter à la PASS alors que la durée d'une couverture sociale est le plus souvent accordée pour un délai d'un an.

Ces données ont permis de constituer deux tableaux sur un support Excel.

Le premier tableau recense les informations recueillies lors des 2 temps de l'étude, c'est-à-dire, pour chacun des 159 patients réorientés, les renseignements administratifs, médicaux, sociaux mais aussi mode de contact, réponse obtenue, soit un totale de 36 items. Le deuxième tableau concerne exclusivement les 71 patients ayant répondu au questionnaire du deuxième temps de l'étude.

Une fois les tableaux terminés, les identités ont été codées de façon à préserver l'anonymat des patients.

Précisions sur les critères retenus :

La date de la première consultation est considérée comme la date d'entrée dans le dispositif PASS, la date de la dernière consultation, celle de sortie du dispositif. L'ensemble des informations est considéré au premier jour de consultation, sauf précision.

Les données d'état civil au jour de la première consultation (âge, sexe, nationalité, adresse) ont été notées. Les adresses ont été classées selon leur localisation dans les 11 secteurs de l'agglomération nantaise, un douzième secteur était qualifié de « hors agglomération nantaise ».

La sectorisation de la ville est celle émise par la Direction des Informations Géographiques pour la mairie de Nantes (annexe 2).

Les statuts familiaux relevés étaient : marié(e), vie maritale, célibataire géographique, séparé(e), divorcé(e), célibataire, veuf (ve).

La régularisation demandée, s'il y en avait une, ou le statut social (type : irrégulier, ancien combattant marocain ...) est précisé au jour de la première consultation.

La date d'arrivée en France a été retenue pour les patients étrangers.

Le temps de résidence en France est le temps écoulé entre l'arrivée sur le sol français et la première consultation au CJG.

L'existence d'une couverture sociale à la première consultation et à la réorientation du sujet était aussi renseignée.

Le regroupement par tranche d'âge s'est fait par décennie, sauf pour la tranche 10/18 ans où la limite supérieure s'est calquée sur la majorité civile.

En ce qui concerne les données médicales, j'ai retenu le motif principal lors de la première consultation. Si lors des consultations suivantes une autre pathologie a été diagnostiquée, elle n'a pas été considérée pour cette étude. Les catégories de pathologies choisies étaient identiques à celles du rapport d'activité de la PASS de façon à faciliter la comparaison.

Le nombre total de consultations hospitalières PASS a été noté pour chaque patient entre les dates d'entrée et de sortie du dispositif PASS, soit le temps de fréquentation de la PASS.

Les consultations hospitalières ultérieures ont aussi été relevées. Trois catégories ont été individualisées : les soins dentaires, les consultations médicochirurgicales toutes spécialités confondues, et les consultations aux urgences.

Le questionnaire soumis aux patients dans le deuxième temps de l'étude, a été élaboré de façon à ce que les réponses soient le moins équivoque possible.

- Cinq questions étaient formulées de façon à pouvoir répondre « oui » ou « non ».

- A la question « combien de fois avez-vous vu votre médecin ? » un choix multiple de 4 items était proposé. Vu qu'un traitement standard pour pathologie chronique stable est prescrit pour trois mois au maximum par les médecins, un premier item proposait moins d'une visite par trimestre pour essayer de détacher les patients sans pathologie spécifique. Un item était de une à deux fois par trimestre pour individualiser entre autre, les patients aux pathologies chroniques nécessitant un traitement. Le troisième item était plus d'une fois par mois, pouvant alors représenter les pathologies instables chroniques, aiguës, ou le patient très demandeur de soins. Enfin le dernier item correspondait aux autres réponses possibles (« pas de médecin », « à la demande », « quand je suis malade »...).

- Trois questions nécessitaient une rédaction : les coordonnées des médecins traitants, la pathologie nécessitant un traitement, et les raisons de leur retour à la PASS si tel était le cas.

1 - 4 Difficultés de traitement des données

Les 159 patients ont été divisés en deux groupes : civilement majeure (n = 138) et civilement mineures (n = 21). Chez les 21 mineurs de l'étude, 19 ont été vus dans un contexte familial, avec des parents eux-mêmes suivis dans le dispositif PASS ou présents lors de la consultation. Leur prise en charge sociale dépendait donc directement du dossier parental. Par contre 2 adolescents sont venus de leur propre initiative, l'un de seize ans et l'autre de dix-sept ans. Ils ont alors bénéficié d'une prise en charge sociale individuelle. Leur réorientation dépendait de leurs décisions personnelles (choix du médecin, initiative de la consultation en ville...). Il paraissait alors logique d'inclure ces deux patients dans la catégorie « civilement majeure » devenue alors, catégorie « adultes ».

En définitive, les données concernent donc 140 adultes, et 19 « enfants ou adolescents ».

Afin d'éviter les redondances, les données sociales des enfants n'ont pas été traitées statistiquement puisque déjà traitées pour leurs parents. Par ailleurs, les enfants ne pouvaient répondre d'eux même à l'enquête. Le succès de la réorientation dépendant de la capacité des parents à s'y soumettre, seuls les adultes ont donc été sollicités.

2- Résultats de l'enquête

2- 1 La population réorientée

Les données démographiques

Sexe ratio :

La prédominance est masculine avec 62,8% de personnes du sexe masculin (n = 100).

Le groupe adulte (pour mémoire 138 majeurs et 2 mineurs) représente 88% de la population étudiée. Il est aussi majoritairement masculin avec 65% d'hommes, et 35% de femmes.

Le groupe enfants (n = 19) représente 12% de la population réorientée étudiée. La parité y fait déjà plus que loi avec 10 filles et 9 garçons.

Sexe ratio des populations adultes et enfants

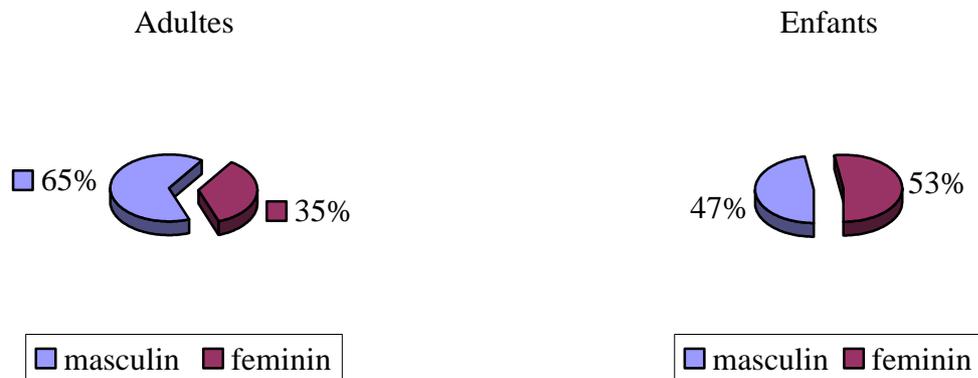


Tableau 1

Au sein de la population adulte, il existe une nette disparité entre les proportions homme/femme si l'on considère le groupe étranger 67% d'hommes pour 33% de femmes, et le groupe français, 56% d'hommes et 44% femmes.

Age moyen :

Pour le groupe adulte, la moyenne d'âge est de 33,5 ans, équivalent pour les deux sexes. La médiane est à 31 ans. Les enfants de l'étude ont une moyenne d'âge de 6,5 ans.

Pour l'ensemble des 159 patients réorientés, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 18/30 ans, avec 67 patients soit 42.1%.

Consultants réorientés : répartition par catégorie d'âge

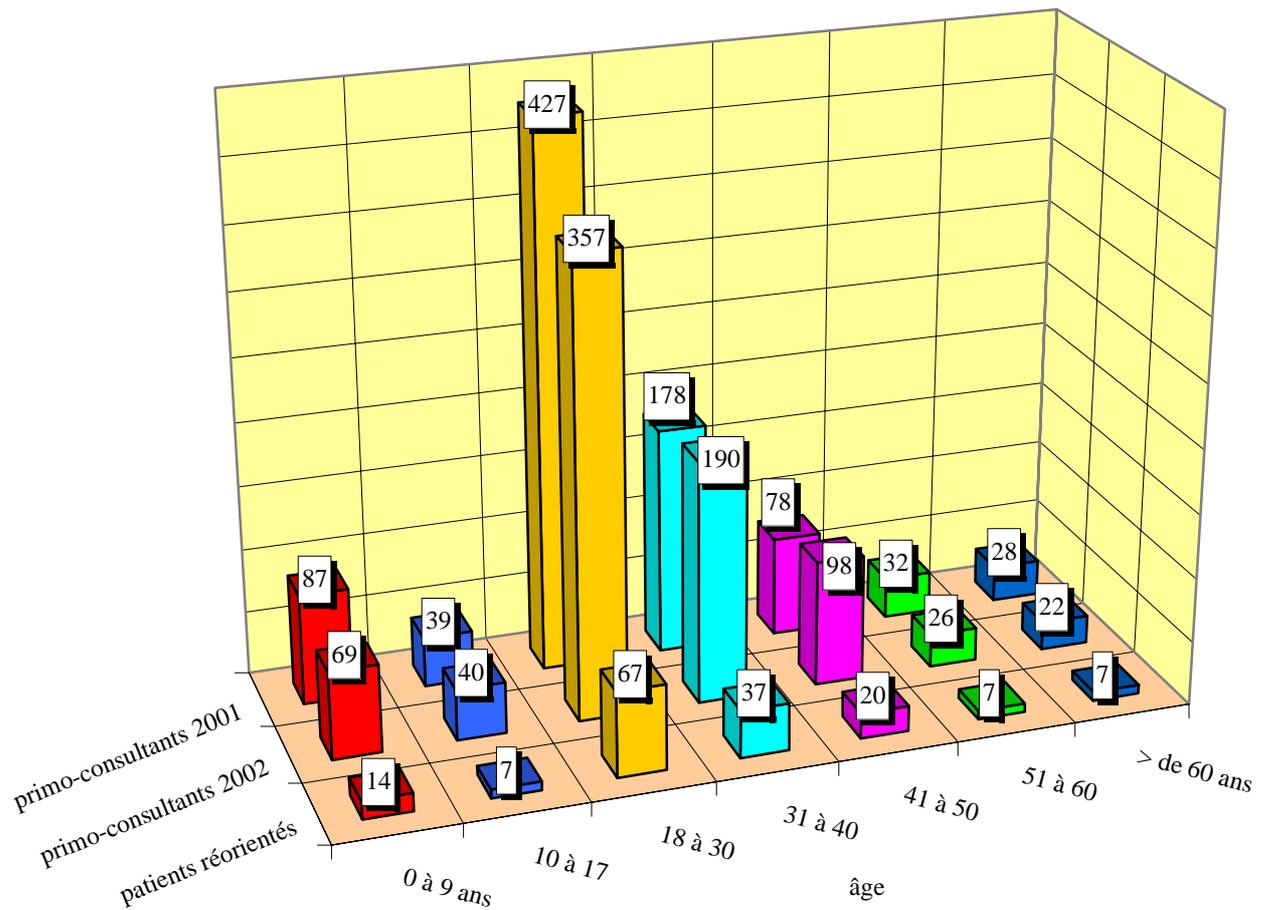


Tableau 2

Statut familial :

Parmi les adultes, 56% sont célibataires (n = 78). 30% (n = 40) vivent en couple. 7% (n = 10) sont divorcés ou séparés ; 3% (n = 4) sont veufs et 4% (n = 6) sont non renseignés. 2 patients sont célibataires géographiques

Concernant les enfants 21% (n = 4), évoluent dans une famille monoparentale, 3 enfants vivent avec leur mère, 1 vit avec sa sœur majeure.

Statut familial

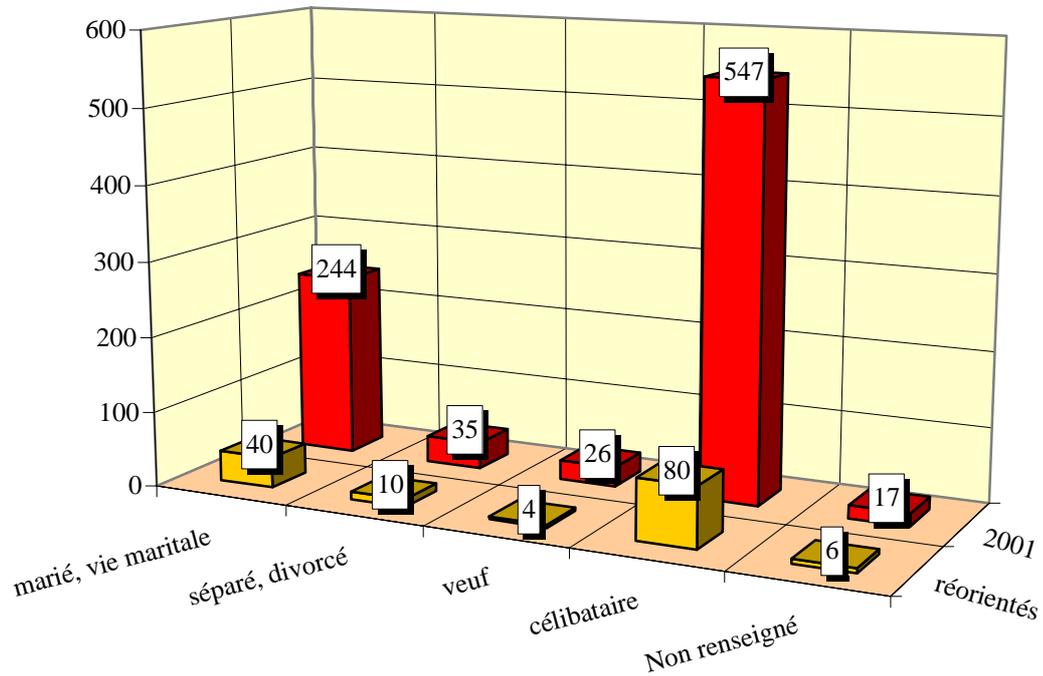


Tableau 3

Nationalité :

78,5% des personnes réorientées sont étrangères (n = 110) et 21,5% sont de nationalité française (n = 30).

L'Afrique sub-saharienne est majoritairement représentée avec 40% de la population étrangère de l'étude (n = 44). Treize nationalités cohabitent avec par ordre décroissant: la Côte d'Ivoire, la République Centre Africaine, le Congo, le Cameroun, l'Angola ...

Les pays du Magreb représentent 33,6 % (n = 37) des patients étrangers dont la quasi-totalité est d'origine algérienne, 83,8% (n = 31).

12,7% (n = 14) des patients étrangers viennent d'Europe de l'Est.

Enfin 10,9% des patients (n = 12) ont des nationalités autres, 1 comorien, 1 espagnol, 1 ressortissant des Etats-Unis, 1 pakistanais, 1 libyen, 2 kurdes, 2 kalmikiens, 3 turques. Enfin, 3 patients sont non renseignés.

Les enfants sont tous étrangers sauf un. Une majorité d'enfants viennent d'Afrique sub saharienne (n = 10), un seul enfant est d'Afrique du Nord (Algérie).

Origine géographique des consultants réorientés

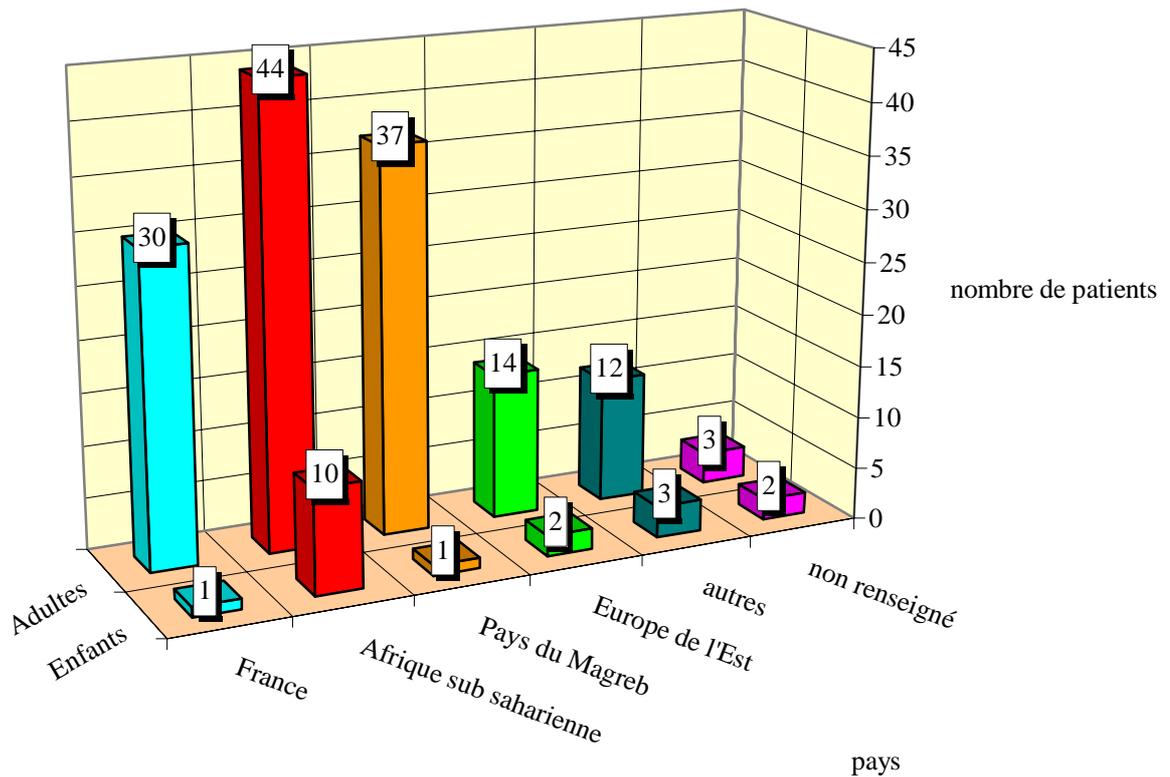


Tableau 4

Secteurs d'habitation :

18.6% viennent du quartier Nantes hyper centre et 28.6% de l'extérieur de l'agglomération nantaise. Les autres patients se répartissent inégalement sur l'ensemble des 10 quartiers restant de l'agglomération. Les quartiers 2, 3, 5, et 10 (4 quartiers sur 11) réunissent plus de 50% de cette population.

(annexe 2)

Données sociales

Temps de résidence.

Si on exclue les français et les patients déjà régularisés avant leur entrée à la Consultation Jean Guillon (49 patients), le temps moyen de présence sur le territoire français pour les 91 patients étrangers en attente de régularisation est de dix mois. Ce temps est très variable allant de 15 jours à 10 ans (pour 2 patients, l'un en situation irrégulière, l'autre demandeur d'Asile).

La médiane est à 12 mois.

Parmi les 15 patients récemment arrivés (un mois ou moins), 80% avaient déjà effectué les demandes administratives pour régulariser leur situation. A peine 40% avaient fait les mêmes démarches pour obtenir une couverture de santé.

Ressources

A la première consultation 64,3% (n = 90) des patients sont sans ressources, 15% (n = 21) bénéficient des ASSEDIC ou du chômage, 10% (n = 14) dépendent du RMI. 10% (n = 14) touchent un salaire même irrégulier, ou une retraite ou une pension. 1 patient est concerné par une bourse universitaire.

Couverture sociale à l'entrée dans le dispositif

A leur première consultation, 35,7% (n = 50) des patients n'ont aucune couverture sociale. 19,3% (n = 27) sont déjà sous le régime de la sécurité sociale, seul 11% d'entre eux ont une mutuelle. 12,2% (n = 17) bénéficient de l'AME.

Les patients concernés par la CMU représentent 32,8% (n = 46) de la population étudiée, 13% d'entre eux ont une CMU complète (base + complémentaire), 87% ne sont concernés que par la CMU complémentaire.

Couverture sociale de santé à la sortie du dispositif

Tous les patients ont une couverture de soin au moment de la proposition de réorientation puisque c'est l'une des conditions requises. La CMU correspond aux droits obtenus par plus des trois quarts des patients, soit 78,5% (n = 110). 10% d'entre eux ont une CMU complète (CMU base + complémentaire).

Les bénéficiaires de l'AME restent dans même proportion à 12,2% des patients, sans être automatiquement les mêmes bénéficiaires qu'à l'entrée. 9,3% des patients (n = 13) dépendent du régime sécurité sociale au tiers payant, dont 38% (n = 5) ont une mutuelle.

couverture sociale à l'entrée et à la sortie du dispositif PASS

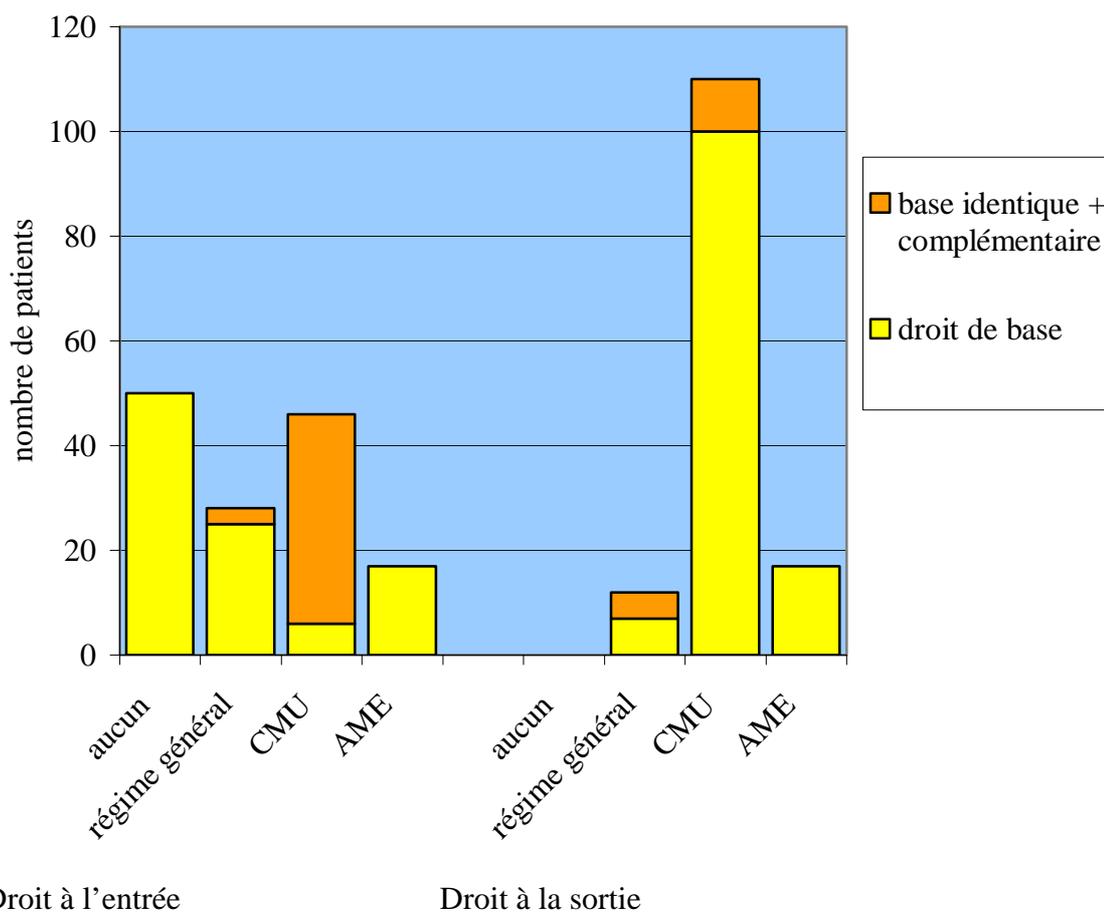


Tableau 5

Demande de titre de séjour

Sur la population de 110 étrangers, 17.3% (n = 19) ont un statut stable. 12 patients sont résidents, 4 ont une double nationalité 2 patients sont des anciens combattants marocains bénéficiant d'un régime spécifique en France en raison de leur passé militaire, et une patiente est ressortissante de la CEE.

51.8% patients (n = 57) sont demandeurs d'asile territorial ou d'asile politique (terme impropre pour l'asile conventionnel).

10.9% (n = 12) des patients sont en situation irrégulière, présents sur le territoire français depuis un laps de temps allant de 3 mois à 10ans...

1.8% de ses patients (n = 2) ont demandé un séjour pour raison de santé.

2.8% des ses patients (n = 3) avaient des demandes de régularisations divers, tel que rapprochement familiale ou autorisation de court séjour.

Enfin, 15.4% soit 17 patients n'avaient commencé aucune démarche.

Données médicales

Temps moyen de fréquentation :

Cette population a fréquenté en moyenne sept mois et vingt-six jours la PASS avant de quitter ce dispositif de soins spécifiques. Cette période est d'une grande variabilité selon les patients, allant de 1 mois pour 41 d'entre eux à plus d'un an pour 26 dont 7 plus de 2 ans. La fréquentation maximum est de 3 ans et 4 mois pour une patiente entrée dans le dispositif PASS dès sa création, et ayant continué de consulter plusieurs fois après sa proposition de réorientation. .

Lors de leur réorientation vers la médecine de ville, 60% (n = 84) des patients avaient le nom d'un médecin traitant choisi par eux-mêmes ou dans une liste des médecins de leur quartier, proposée par la PASS à leur demande.

Les enfants ont été suivis à la PASS en moyenne 3 mois.

Moyenne des consultations au CJG

La moyenne est de cinq consultations par personne. 23,5 % des patients (n = 33) ne sont venus qu'une seule fois alors que 14,3% (n = 20) sont venus plus de dix fois (le nombre maximum de consultation est alors de quinze).

Les enfants ont consulté 67 fois, soit une moyenne de 3,5 consultations par enfant. 31.6% des enfants sont venus pour une unique consultation. Un seul est venu plus de 10fois.

Pathologies rencontrées

Le motif principal retrouvé est « virose, infections des voies aériennes supérieures (VAS) » avec 11,3% des consultations.

10% des patients ont consulté pour une cause ostéo-articulaires, (dorsalgie, traumatisme de la cheville...)

Les consultations pour motifs gynécologiques représentent 7.5% des consultations, soit 12 consultations (6 diagnostics de grossesse). Si l'on ne considère que la population de sexe féminin (pour mémoire : 59 patientes) cela représente alors 20.3% des motifs de consultations, et si l'on ne considère que la population féminine adulte (49 patientes) la gynécologie représente 24.5% des motifs de consultations.

La rédaction de certificats médicaux est le motif principal de 7,5% des consultations. 5 certificats étaient de « bonne santé » pour aptitude au travail, ou certificat prénuptial.

La dermatologie représente 7% des consultations (n = 11), 4 étaient motivées par un prurit dont une pour gale.

8.8% des patients sont venus consulter pour divers motifs, signe fonctionnel flou tel qu'asthénie ou douleur diffuse, ou encore pour un simple renouvellement. Ils sont classés dans le motif «bilans, autres ».

Motifs de consultations

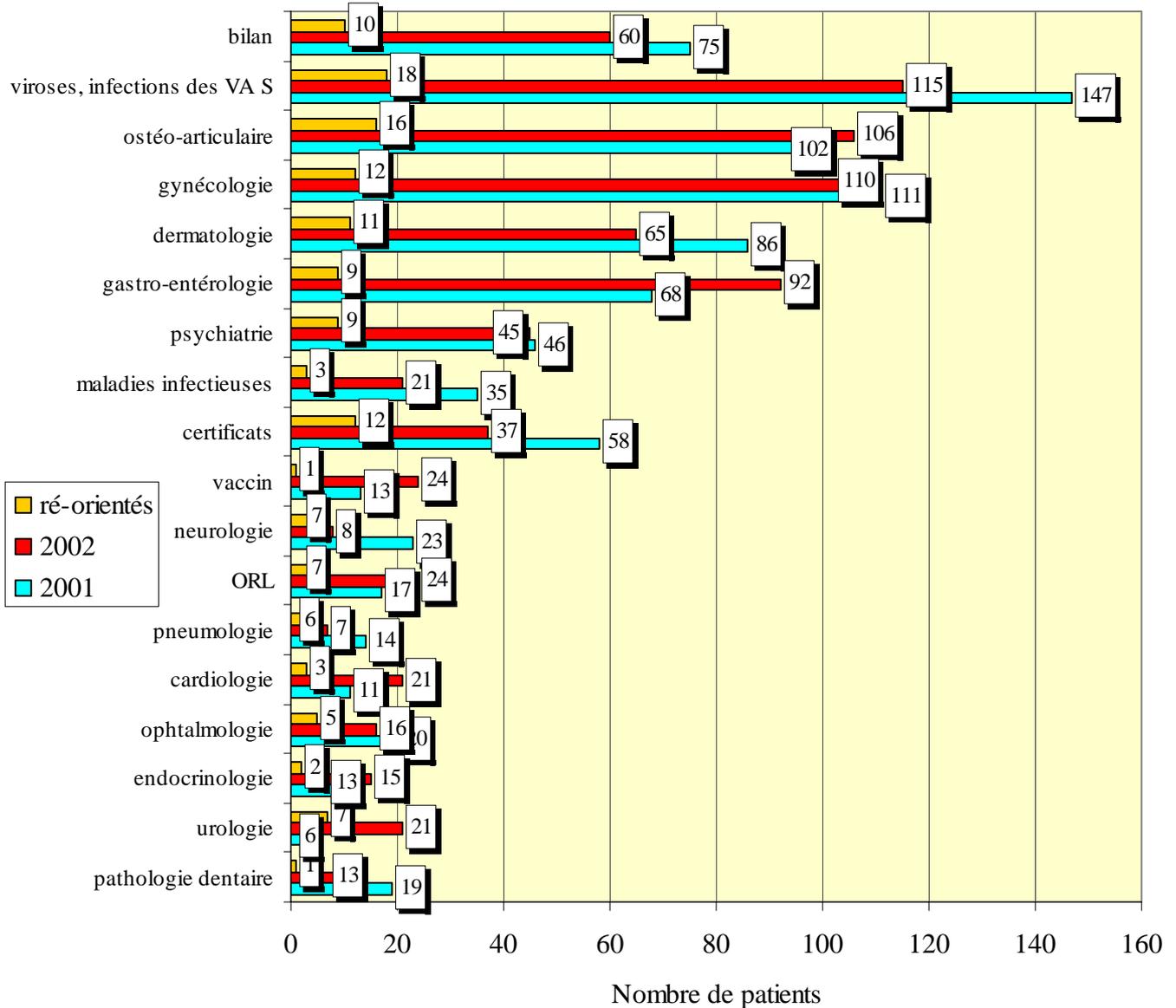


Tableau 6

75,7% des patients (n = 106) présentaient une pathologie aiguë le jour de leur première consultation. 11 d'entre eux avaient aussi une pathologie chronique connue mais qui n'était pas le motif de consultation. 15,7% des patients (n = 22) sont venus consulter pour une pathologie chronique connue qui leur posait un problème ponctuel.

Un total de 33 patients, 23,6%, ont donc une pathologie chronique connue.

Fréquentation hospitalière ultérieure

Seuls 14.3% des patients (n = 20) ne sont jamais revenus à l'hôpital par la suite. Pour les 120 autres patients, le recours hospitalier s'avère important puisqu'il révèle un total de 900 consultations au CHU pour l'ensemble de ces 120 patients, soit une moyenne de 7.5 consultations par patients.

65 patients ont consulté 174 fois dans le service des urgences, soit 19,3% des consultations hospitalières relevées concernant 54% des patients fréquentant l'hôpital.

103 patients ont consulté 656 fois à l'hôpital pour des consultations médico-chirurgicales, soit 73% des consultations pour 86% de patients. Parmi ces consultations, 89 concernaient les suivis de 7 grossesses (6 diagnostiqués à la PASS). Si l'on exclut ces grossesses, la moyenne de consultations hospitalières est à 6 consultations par patient.

39 patients ont bénéficié de 70 consultations pour soins dentaires soit 7,7% des consultations pour 32,5% de patients.

122 consultations hospitalières ultérieures concernaient les pathologies chroniques motivant la première consultation au centre Jean Guillon, ou la pathologie diagnostiquée lors de cette consultation (exemple : 19 consultations dans le service d'ORL pour un patient atteint d'un cholestéatome diagnostiqué suite à sa première consultation à la PASS pour otorrhée, ...).

Cette même étude concernant les 19 enfants met en évidence 55 consultations hospitalières, soit un peu moins de 3 consultations par enfants. 26 consultations ont eu lieu aux urgences pour 8 patients, 25 en médecine/chirurgie pour 6 patients, et 4 en dentaire pour 3 patients.

7 enfants (37%) ne sont jamais revenus dans le système hospitalier.

2 - 2 Population contactée

Quantitativement :

Parmi les 71 patients qui ont pu être contactés (soit 50.7% des 140 patients étudiés), 64,8% ont répondu par téléphone et 35.2% ont renvoyé un courrier.

12 enfants de 6 familles différentes étaient concernés par des réponses de parents ayant répondu.

Qualitativement :

15,5% des patients sont français 84.5% sont étrangers.

La proportion féminine y est de 37% pour 63% d'hommes

Le patient et son médecin traitant :

8 patients (11,5%) affirment n'être suivi par aucun médecin traitant depuis leur sortie du dispositif PASS. Parmi eux, 2 patients prétendent prendre un traitement régulier pour leur pathologie chronique asthmatique, et 1 patient prend quotidiennement des médicaments pour une pathologie traumatique ponctuelle (fracture costale). 1 patient déclare avoir plusieurs médecins alors qu'il ne présente aucune pathologie particulière.

Les 62 autres patients (87,5%) ayant répondu estiment avoir un médecin traitant, 9 ne peuvent le nommer.

Pathologies et fréquentation du cabinet de médecine générale :

40,8% (n = 29) de patients estiment souffrir d'une pathologie chronique ou récurrente qui nécessite une surveillance particulière au moment de la prise de contact. 42,5% (n = 30) patients ont un traitement à prendre quotidiennement ou régulièrement. Le patient qui diffère entre ces 2 catégories est une patiente estimant ne pas avoir de maladie mais prendre un traitement contraceptif quotidien.

- Parmi les 15 patients (21,1%) se présentant moins d'une fois par trimestre chez leur médecins, 5 ont une pathologie pour laquelle ils disent prendre un traitement journalier.
- 30 patients (42,3%) vont chez leur médecin au moins une fois par trimestre (dont 17 une fois par mois ou plus). 18 d'entre eux souffrent d'une pathologie nécessitant un traitement journalier.
- 26 patients (36,6%) n'estiment pas pouvoir quantifier leur fréquence de consultation chez leur médecin, la plupart consultant ponctuellement pour un épisode aigu. 3 d'entre eux précisent cependant qu'ils y vont pour le suivi de leurs enfants.

Fréquence de consultations chez le médecin généraliste et maladie chronique

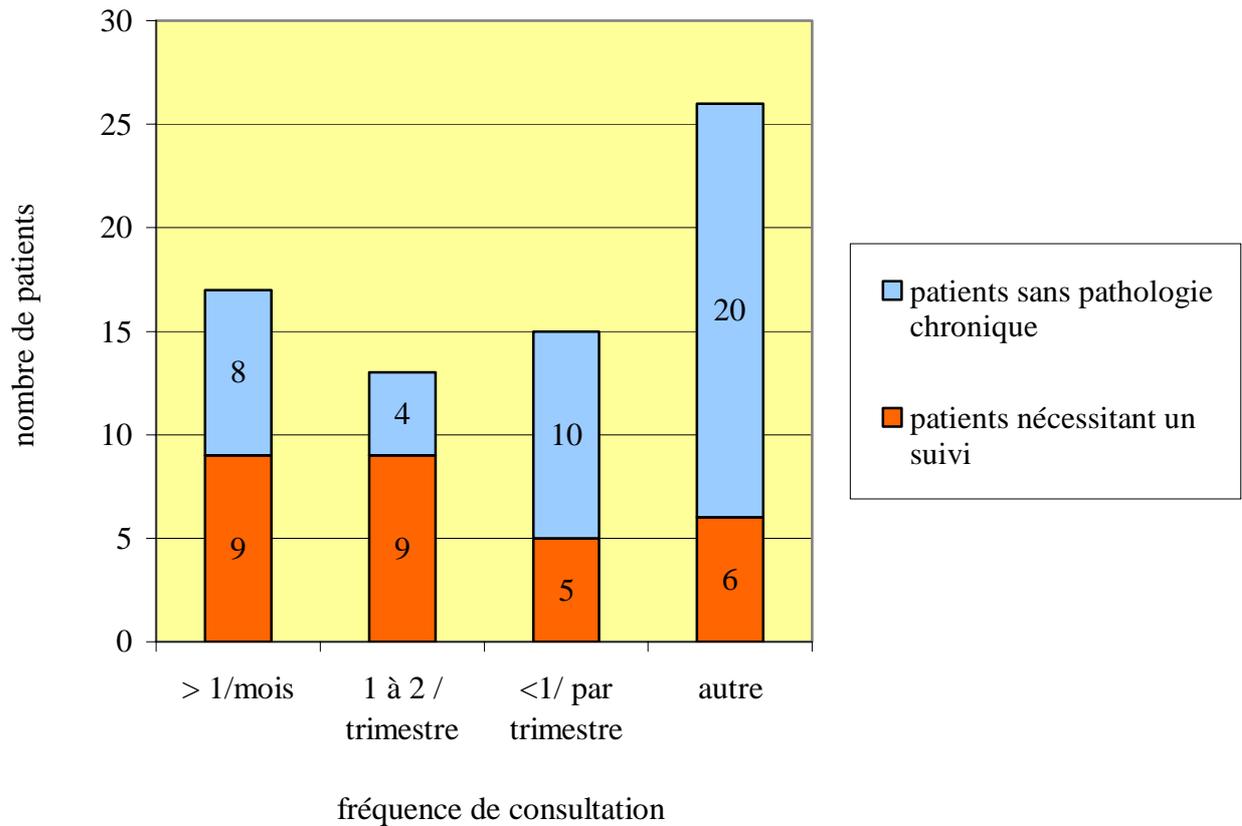


Tableau 7

8 patients se plaignent de difficulté pour l'obtention de leurs médicaments, précisant pour 3 d'entre eux, qu'il s'agit de traitement non remboursé.

Retour à la PASS :

9 patients (12,7%) disent être revenus à la PASS, 1 seul fait partie des patients n'ayant pas de médecin de ville.

En se référant aux dossiers de cette population contactée, 21 patients (29,6%) sont réellement revenus consultés à la PASS. 12 patients ne considèrent donc pas être revenu à la PASS alors que dans les faits ils ont bénéficié d'au moins une consultation par la suite.

Suivi social :

42 patients ont des contacts avec une assistante sociale autre que celle de la PASS.

2 - 3 Patients consultants à la PASS après leur réorientation

Si l'on prend l'ensemble de la population réorientée (et non plus la population contactée), 42 patients (30 % de l'ensemble des patients réorientés) sont revenus consulter dans le dispositif PASS.

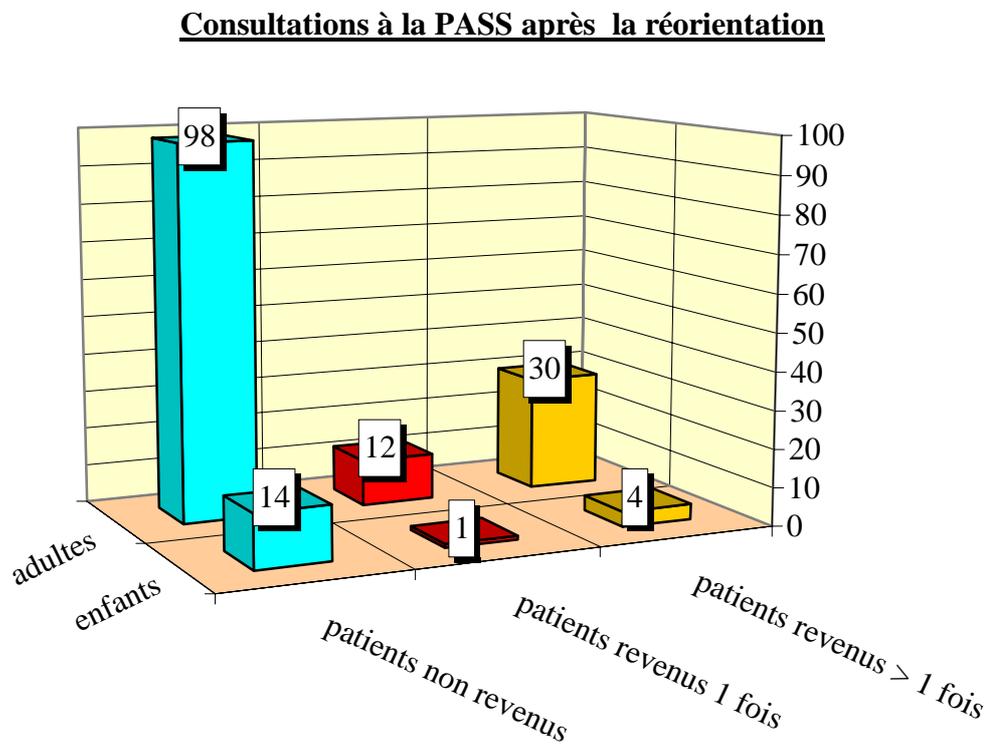


Tableau 8

Profil et données sociales :

33 d'entre eux sont des hommes (78,5% de cette population).

L'âge moyen est de 32 ans.

34 sont étrangers (81%) et 34 (81%) sont familialement isolés (célibataire, divorcé, séparé, veuf).

30 de ces patients (71,5%) avaient la CMU à la sortie du dispositif PASS, 3 patients avaient une affiliation à la sécurité sociale sans complémentaire mais 3 autres en possédaient une. 7 patients dépendaient de l'AME.

26 patients (62%) avaient donné le nom d'un médecin.

10 patients (23,8%) étaient atteints de pathologie chronique pouvant justifier d'un suivi obligatoire régulier.

Fréquentations de la PASS :

Leur moyenne des consultations au CJG est de 8 consultations pour un temps moyen de fréquentation de 6 mois et 3 semaines.

Consultations hospitalières ultérieures :

Ils comptabilisent un total des 359 consultations, soit 40% des consultations hospitalières constatées dans l'étude. 56 consultations ultérieures sont aux urgences, 34 en dentaire et enfin, 269 consultations sont médico-chirurgicales.

Légende	Patient réorienté		Patient non revenu		Patient revenu consulter		
En valeur absolue / %	140	100 %	98	70 %	42	30 %	
Sexe ratio	H	(91)	65 %	(58)	60 %	(33)	78,5 %
	F	(49)	35 %	(10)	41 %	(9)	21,5 %
Moyenne d'âge	33,5 ans		34 ans		32 ans		
Origine étrangère	(110)	78,5 %	(76)	77,5 %	(34)	81 %	
Patient isolé familialement	(94)	67,5 %	(60)	61 %	(34)	81 %	
Droit à la sortie	{ CMU SS seul SS + OC AME	(110)	78,5 %	(80)	81,6 %	(30)	71,5 %
		(7)	5,7 %	(4)	4,4 %	(3)	9,4 %
		(5)	3,6 %	(2)	2,2 %	(3)	7,1 %
		(17)	12,2 %	(10)	10,7 %	(7)	12 %
Patient ayant le nom d'un médecin traitant	(84)	60 %	(58)	60,2 %	(26)	62 %	
Pathologie chronique	(33)	23,6 %	(23)	23,5 %	(10)	23,8 %	
Moyenne de consultation à la PASS	5		3,7		8		
Consultation hôpital	900		541		359		
dont	{ urgences médico. chiru dentaire	174		118		56	
		656		387		269	
		70		36		34	

Tableau 9

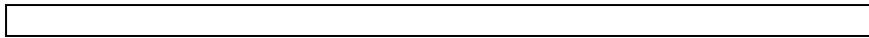
Motivation justifiant un retour à la PASS :

Lors de l'enquête auprès des patients, un item leur demandait de préciser les causes de leur retour à la PASS, si tel avait été le cas. Seuls 9 patients ont confirmé être revenus à la PASS et nous ont donné une explication.

Lors du relevé d'informations pour l'ensemble de la population, les commentaires de l'assistante sociale ou du médecin pouvant éclairer ce retour, étaient notés. Il pouvait être d'ordre social (perte de droit, modification de la situation familiale), ou d'ordre médical. Des remarques de patients pouvaient aussi être notées (difficultés rencontrées en ville).

Un détail paraissait important : si le patient n'était revenu qu'une seule fois.

Ainsi 27 commentaires ont été notés pour l'ensemble des 42 patients revenus consultés.



TROISIEME PARTIE :

Discussion, synthèse et perspectives



1- Analyse et discussion sur les résultats de l'étude

1 - 1 Généralités sur la population étudiée réorientée vers le système médicale de ville

D'après les résultats de cette étude sur la population quittant le dispositif de la PASS suite à la réunion de réorientation, 159 patients ont réintroduit la filière de droit commun en ville, soit 6.6 patients par mois, sur les deux années observées. En 2001, cela correspond à 4.2% de l'ensemble des patients suivis à la consultation Jean Guillon, et en 2002, 3.6%, ce qui est en deçà des estimations sur le plan national [19].

La réorientation des patients de la PASS vers le système médical « de ville » a été peu étudiée même si elle est évoquée, depuis sa création, comme fondamentale [18 ; 24]. Un récent travail regroupant plusieurs équipes de PASS en France a estimé la proportion de patients réorientés vers la ville à 9% [19]. Plusieurs facteurs ne nous permettent pas de le comparer à notre étude. Tout d'abord les critères de réorientation ne sont pas harmonisés. Le CJG reste très rigoureux sur les critères permettant la réorientation du patient, ne se contentant pas de la simple obtention d'une couverture sociale. L'orientation trop précoce vers la ville ne semble pas souhaitable si l'on veut garantir un maximum de réussite. Libre au patient plus pertinent, qui aura compris la finalité de l'obtention d'une couverture sociale, de choisir le système de ville avant que les 4 critères requis par le CJG ne soient remplis. Il n'en est pas moins un résultat positif de la prise en charge médico-sociale de la PASS. Or ces patients autonomes dans leur réorientation sont difficiles à évaluer.

Si l'on considère le flux entrant de patients, c'est-à-dire les 1671 primo-consultants de 2001 et 2002, les patients réorientés étudiés sur ces 2 années représentent 9,5% de cette valeur. Soit 1 patient réorienté pour 10 patients entrant dans le dispositif. Le nombre de patients suivis au centre Jean Guillon augmente certes, tous les ans depuis sa création, mais pas en de telles proportions.

Les raisons pour lesquelles un patient ne revient pas consulter à la PASS peuvent être multiples. Cela peut être un retour au pays d'origine, un déménagement vers une autre ville, l'absence de besoins médicaux, ou encore l'initiative d'une consultation en ville avec un médecin libéral.

De plus, si l'on reprend la situation familiale de l'ensemble de la population adulte réorientée, le nombre d'enfants à charge des ces familles est de 95 enfants cités. On peut supposer que l'ouverture vers la médecine libérale de ville bénéficie aussi à ces enfants. Elle prend ici une dimension d'accès aux soins et à la santé, incluant le suivi régulier et permettant la prévention. La demande de suivi d'un enfant non malade est en effet plus spontanée pour des parents.

Analyse des données démographiques

Si l'on devait définir le profil des personnes ayant bénéficié d'une réorientation vers un médecin de ville après une prise en charge au CJG, ce serait un homme jeune, étranger, vivant seul.

L'âge moyen de 33 ans est simplement représentatif de la tranche d'âge dominante dans la population générale de la PASS [3 ; 4]. Deux décennies, de 20 à 40 ans, regroupent les deux tiers de la population étudiée. Ces âges ne sont pas surprenants si l'on admet que dans notre société, la précarité est très liée au monde du travail, qui lui-même se répercute sur la santé [4]. Maintenir ces patients dans le système de droit commun, c'est participer à leur maintien dans la société alors que la reconnaissance par le travail leur fait défaut.

La prédominance étrangère est marquée par la nette majorité de ressortissants algériens. Cette particularité a déjà été constatée [25]. S. Fillaudeau l'a étudié plus spécifiquement pour la population du CJG [26]. Elle précisait les raisons politiques, historiques et culturelles, liens étroits multicentriques, qui unissent la France et l'Algérie. Sa situation politique actuelle induit une forte immigration vers la France. Ces principes sont applicables aux pays d'Afrique sub-saharienne, tel que la Côte d'Ivoire ou la République Centre Africaine.

Les hommes français sont réorientés en de plus faibles proportions que les hommes étrangers, alors qu'ils ne connaissent pas la barrière de la langue et que l'obtention d'une couverture sociale leur est plus facilement acquise. Leur réorientation ne dépend donc pas de l'obtention d'une simple couverture sociale. Leur marginalisation a parfois ancré un profond refus du système mais aussi un retard de soin avec une santé précaire, et un déni de soi anéantissant toute initiative [27]. Ces éléments s'expriment à différents degrés et nécessitent une prise en charge médico-sociale plus lourde, plus longue, rendant la réorientation souvent plus délicate [17].

Par expérience des assistantes sociales du CJG, les patients étrangers s'adaptent mieux à l'objectif d'une réorientation. Malgré des histoires de vie, elles aussi douloureuses et une souffrance psychologique notamment liée au déracinement, leur désir d'adaptation et d'intégration dans cette nouvelle société est souvent très fort. Alors que dans un premier temps le droit au travail ne leur est

pas accordé, ils mettront une application toute particulière à obtenir des droits à la santé, première étape accessible d'intégration sociale.

Sur le plan géographique

La grande représentativité du quartier « hyper centre » est non significative. L'adresse retenue ici étant celle au moment de la première consultation, beaucoup de patients étaient alors en foyers d'hébergement, ou domiciliés au GASPROM (annexe 3) association prêtant, entre autre, une adresse administrative aux demandeurs d'asile.

Les autres quartiers nantais fortement représentés sont les quartiers dits « ZUS », Zone Urbaine Sensible. Leurs habitants sont en de plus grandes proportions en situation de fragilité sociale en terme d'emploi, ou de revenu, ou familiale... mais aussi en terme de santé et de soins. Par ailleurs ces quartiers à forte densité étrangère sont le lieu d'habitation provisoire d'étrangers récemment arrivés en France et bénéficiant d'une solidarité communautaire.

Les liens privilégiés qui existent avec les nombreux partenaires extra hospitaliers, associatifs (Médecin du Monde, AÏDA...) ou institutionnels (CCAS) ... (annexe 3) favorisent beaucoup la mise en contact des patients avec le centre Jean Guillon lorsqu'ils en repèrent la nécessité [10].

Environ 1/3 des patients viennent de l'extérieur de l'agglomération nantaise. Ces patients n'y ont pas trouvé d'interlocuteur pouvant satisfaire leur demande médicale, ou n'ont pas essayé par crainte d'un refus pour des raisons sociales. En dehors d'un déficit, cela traduit aussi un « bouche à oreille » fonctionnant bien au-delà des réseaux de la ville.

Analyse des données sociales

Remarques

L'étude de la population réorientée étrangère montre que 13.6% des patients sont vus dans le mois qui suit leur arrivée sur le territoire français. A l'échelle du CJG, ce pourcentage atteint 34.4% des

patients étrangers et s'élève à 60.3% si l'on prend en compte les 3 premiers mois suivant leur arrivée [26].

Il est remarquable de savoir que 80% d'entre eux avaient déjà eu les contacts et aides sociales nécessaires pour entamer les démarches de régularisation. On peut souligner ici le travail des missions associatives caritatives et sociales d'accueil des migrants et leur efficacité, probablement accrue, depuis la mise en place d'AÏDA en 2003 (annexe 3).

Cela confirme aussi la place du centre Jean Guillon comme référent sanitaire bien identifié par les réseaux internes ou externes au CHU de Nantes. Ainsi prend-il le rôle pour ces patients récemment arrivés en France, d'une structure de soins adaptée à leur situation.

Statut juridique et couverture sociale

A ce niveau de l'analyse, il est encore difficile de faire une étude globale de la population sans différencier les patients d'origine étrangère, en situation irrégulière, en demande d'asile, étrangers régularisés ou ayant la double nationalité et les patients français, les droits potentiels de chacun ne s'obtenant pas de la même façon.

De façon à être plus pertinente dans l'analyse des droits, il m'a semblé nécessaire de faire deux catégories. Une première considère les patients français, ceux ayant la double nationalité, les résidents et le cas particuliers des anciens combattants marocains dont les droits sont acquis dans le système tels qu'il est conçu. Une deuxième catégorie correspond à tous les autres patients étrangers.

Les 49 patients de la première catégorie bénéficient automatiquement d'une couverture sociale minimale. Or, parmi ces 49 patients, 10 pensaient n'avoir aucune couverture sociale lors de leur premier entretien avec l'assistante sociale de la PASS, soit 20.5% de patients ne connaissant pas leur droit. La complexité du système montre ici ses limites. Dans un souci de prise en charge exhaustive, les statuts sont si complexes que les patients les moins avertis s'y perdent et restent aux portes de l'accès aux soins, soit un pas de plus vers l'exclusion sociale [2].

A l'opposé, 22 patients avaient déjà une couverture sociale de base et une couverture complémentaire type CMU complémentaire ou mutuelle. Ils se retrouvaient malgré tout dans une

situation suffisamment délicate pour avoir recours à un système de soins gratuits plutôt que de faire valoir leur droit au remboursement. L'avance du ticket modérateur est parfois un réel problème, et l'aborder avec un médecin libéral semble inaccessible pour ces patients, le médecin ne réalisant souvent que tardivement la situation précaire dans laquelle vivent leurs patients [22]. La réorientation doit là intervenir au plus tôt. Le patient ne doit pas stagner à un moment de son cursus sanitaire dans le réseau de la précarité alors que son statut lui donne le choix. La PASS peut, dans ce cas, non pas se substituer au système libéral mais palier au manque de communication et se proposer ponctuellement comme intermédiaire avec le médecin traitant. Cela évite ainsi le risque de transfert de confiance du patient vers l'un des acteurs de la PASS, et alarme le médecin généraliste sur une situation qu'il n'avait peut-être pas perçue.

En ce qui concerne la population étrangère, 44% des patients n'avaient aucune couverture sociale à leur entrée dans le dispositif PASS. Cette proportion est bien moins élevée que celle observée par l'ENSP en 1998 qui plaçait ce pourcentage à 77% [1]. Cette donnée est probablement légèrement sous-estimée (cf § biais), je m'abstiendrai donc d'en tirer des conclusions. L'obtention d'une couverture sociale leur est aussi possible mais pas acquise, elle nécessite donc des démarches administratives supplémentaires.

L'obtention d'une couverture sociale est un prérequis à la réorientation, il est donc sans surprise de constater qu'aucun patient ne déroge à cette règle à la sortie.

Les 12 patients arrivés au centre Jean Guillon avec un statut « d'irrégulier » ont tout de même vu leur situation aboutir à une couverture sociale leur permettant un accès au système de soins dit de droit commun, ... ils illustrent la tentative d'exhaustivité de notre système, modérant pour ma part mes reproches sur son extrême complexité.

L'autre constatation est le rôle indiscutable de la CMU créé en 1998. Le nombre de bénéficiaires de la CMU entre l'entrée et la sortie du dispositif triple. La CMU répond à une réelle difficulté d'accès aux soins pour un grand nombre de patients en situation de précarité.

Les bénéficiaires de l'AME sont en même nombre à l'entrée qu'à la sortie, 17 patients (12.2%).

Si l'on précise leur profil à la réorientation, ce droit concernait 9 personnes chargées de famille, en France depuis moins de 3 mois. La réorientation vers la ville concerne donc directement les enfants de ces patients qui eux sont encore contraints de fréquenter l'hôpital.

L'existence d'une couverture sociale effective n'est pas seulement un bénéfice pour le patient. Le bénéfice pour l'hôpital est à prendre en considération. L'étude de la DREES sur les bénéficiaires de la CMU au 30 juin 2001 étudiait les remboursements effectués par les organismes complémentaires pour l'ensemble de la population protégée par la CMU complémentaire. La part des frais d'hospitalisation, à 2% au premier trimestre 2000, passait à 23% au dernier trimestre 2000. Elle résultait pour l'essentiel de la liquidation de frais d'hospitalisation non payés bénéficiant d'une régularisation en fin d'année.

Une analyse des conséquences financières de la PASS de l'hôpital de Montreuil a montré que l'obtention d'une couverture sociale pour l'ensemble des patients suivi par leur PASS permettait de récupérer 85% des frais engagés dans ce système par cet hôpital.

On peut regretter que l'état, qui a imposé aux hôpitaux publics la mise en place de ces structures PASS, ne soit pas allé au bout de son engagement financier et laisse les coûts de fonctionnements des PASS à la seule charge des hôpitaux. Cependant une réelle balance financière existe et doit se rajouter au bénéfice humain.

La comparaison des revenus des patients réorientés à ceux de la population de la PASS tout venant est bien sûre plus optimiste. Il y a cependant 57.1% des patients sans revenus, ni salaire ni minima sociaux (contre 66.6% dans la population générale de la PASS). Cette proportion qui reste élevée montre bien le rapport indéniable entre travail et accès aux soins, mais démontre aussi que ce n'est pas un frein à l'obtention, droit et d'une couverture sociale efficace et à la réorientation du patient.

Analyse des caractéristiques médicales

Le patient réorienté et le centre Jean Guillon :

Le temps de consultation et le nombre de consultations varient énormément d'un patient à l'autre. Cependant, si l'on prend les moyennes, ces patients ont consulté 5 fois en pratiquement 8 mois à la PASS.

Pour comprendre cette fréquence, il faut se souvenir que ces patients ont souvent un retard de soins qu'ils soient français en « mal adaptation » depuis un certain temps, ou étranger, venant d'un pays aux conditions sanitaires défavorables. De ce fait, les patients aux pathologies chroniques (diabète,

HTA...) ou aux symptômes aigus, nécessitent souvent un bilan complet et de débiter une prise en charge et une éducation du patient.

Les patients et l'hôpital :

49 patients avaient déjà consulté à l'hôpital, 20 français, 29 étrangers. 35% de cette population connaissait donc déjà la structure hospitalière. Or, ils sont revenus se faire soigner dans une structure particulière de l'hôpital : le centre Jean Guillon, consultation gratuite de prise en charge médico-sociale.

On peut décrire plusieurs situations :

- Ils n'avaient pas de protection sociale. Seul 10% (n = 5) de ces patients n'avaient aucune couverture sociale en cours.
- La part complémentaire était une charge financière encore trop lourde. 20% des patients (n = 10) ne bénéficiaient que du régime général de base sans mutuelle. De même, pour les 3 patients bénéficiant d'une mutuelle complémentaire, l'avance des frais pouvait être trop lourde à supporter.
- 3 patients étrangers avaient l'AME et résidaient en France depuis moins de 3 ans. Ainsi lorsque ces patients souffrent d'un problème de santé relevant de la médecine générale deux alternatives pour eux : les Urgences, ou le CJG.
- Les 24 autres patients, presque 50%, bénéficiaient de la CMU complémentaire. Les arguments ci-dessus ne sont donc plus valides. Ayant identifié l'hôpital comme leur structure de soin ont-ils assimilé la consultation de la PASS, comme une consultation hospitalière de médecine générale ? Et choisi cette structure pour des raisons autre que la seule couverture sociale ?

La problématique de la consultation de médecine générale au sein de l'hôpital public est actuellement récurrente. Souvent y est associé le désir d'une consultation du système PASS qui ne stigmatiserait pas les patients dans une filière réservée à un public précaire, pauvre ou exclu.

Le travail autour des patients consultant à la PASS est très spécifique autant pour les médecins que pour les assistantes sociales ou les infirmières. Il nécessite des connaissances plus approfondies dans le droit des migrants ou en maladies liées à la précarité. Il nécessite une approche humaine différente, le soutien de l'équipe du CJG envers ces patients débordant de l'action thérapeutique seule pour prendre une dimension humaniste. Cette dimension passe obligatoirement par la notion de temps passé avec le patient [23]. Il me paraît alors difficile lorsque qu'une activité de PASS mobilise déjà une équipe entière, de l'inclure dans une autre activité médicale plus généraliste. Les différents intervenants y perdraient probablement en qualité de travail ; Il ferait face à grande dispersion du champs d'intervention de leur compétence.

De plus, les patients venus consulter spécifiquement à la PASS alors que le système de droit commun leur était accessible, auraient-ils aussi choisi de venir dans une structure « tout public » même hospitalière ? Le regard de l'autre, médecin libéral ou patient lambda de la salle d'attente, peut être le facteur qui les a fait renoncer au soin en ville. Une situation sociale précaire, même transitoire, est mal vécue, et peut être culpabilisante pour ces patients craignant le jugement avant la maladie. Une structure identifiée comme médicosociale et ouverte à tous les patients en précarité est alors la passerelle qui peut justement leur permettre de ne pas se stigmatiser dans le refus du soin.

Pathologies rencontrées

Le motif principal de la première consultation se décline sur les mêmes proportions que celles observées pour le patient tout venant de la PASS. Ces pathologies ont été récapitulées sur le tableau 6 et comparées avec l'activité de 2001 et 2002. Les conclusions qui s'y appliquent peuvent être prises d'une précédente étude menée au CJG de Nantes [20]. L'activité médicale est principalement une activité de médecine générale, avec une grande majorité de pathologies infectieuses bénignes. Dans l'étude qui nous concerne, les pathologies liées à la précarité sont peu nombreuses et d'ordre dermatologiques (5 patients présentant un prurit, dont 1 gale).

L'identification d'un problème d'ordre psychiatrique lié à la précarité, de la souffrance psychologique à l'addiction quelle qu'elle soit, est mal individualisée dans cette étude puisque n'est pris en considération que le motif de la première consultation, ces problèmes se révélant souvent au cours de la relation thérapeutique.

Il est important de noter la proportion de consultation pour motif gynécologique, un quart des consultations pour les femmes adultes étudiées dans cette thèse. Ces consultations étaient pour moitié des diagnostics de grossesse (n = 6) qui ont toutes bénéficiées d'un suivi hospitalier par la suite. Un tiers des consultations (n = 4) émanait d'un symptôme précis, 3 méno-métrorragies, et 1 mycose vaginale. Les grossesses souvent de diagnostic tardif, prouvent que les patientes se sentent parfois peu concernées par la nécessité d'un suivi régulier. Elles peuvent aussi être effrayées par l'intervention d'un médecin dans un domaine lié à leur intimité et qui ne leur pose pas de problèmes explicites [26].

Par contre 2 femmes sont venues consulter pour un « contrôle », ce qui correspond non pas à la dimension thérapeutique de la médecine, mais bien à une prévention. La prévention en médecine a une importance fondamentale souvent négligée dans les milieux estimés précaires [22], en gynécologie [6] de surcroît.

Vu la proportion de consultation gynécologique au sein de la PASS, leur rôle d'éducation et de sensibilisation des femmes sur le suivi gynécologique est conséquent. En ce sens le CJG peut aussi être un outil important d'information dans la lutte des inégalités dans l'accès secondaire aux soins [6].

En vue de la réorientation, il est important de noter que 23.6% des patients (n = 33) présentent une pathologie chronique. Ces patients devront donc avoir bien compris l'intérêt et le fonctionnement de la médecine de ville. L'accès aux soins et à la bonne santé, pour eux, passera par une fréquentation régulière obligatoire de leur médecin traitant pour des consultations de surveillance et là encore de prévention.

Les patients et L'hôpital, suite :

Le suivi hospitalier est conséquent pour ces patients réorientés. En effet, ils ont généré 900 consultations hospitalières ultérieures à leur fréquentation de la PASS. Plus qu'une

« consommation » de soins importante, cela traduit aussi une bonne assimilation du système de soins, avec un libre choix vers le système public, mais aussi un suivi réel de ces patients. Ces 900 consultations ne sont pas à considérer de la même façon.

- Les soins dentaires : 70 consultations. Ses soins sont onéreux en ville, très souvent mal remboursés. Le choix hospitalier n'a alors que peu d'alternative. On peut s'étonner que seul un tiers des patients y ait eu recours, alors que l'état dentaire est souvent délabré dans cette population vivant en situation de précarité, pour de multiples raisons hygiéno-diététiques.

- Les consultations aux urgences du CHU: 174 consultations. Plus de la moitié des patients ont été concernés par une consultation aux urgences. Ce pourcentage est important quand on sait que seul 10% de la population générale a recours au moins une fois dans l'année aux Urgences, et ce d'après une étude du CREDES de 2003 sur le thème Santé et Protection.

Cette étude montrait cependant une augmentation de cette tendance quand on évolue vers les catégories sociales moins qualifiées. Trois facteurs peuvent être avancés. Premièrement, ces catégories sont plus à risque de problème de santé [5]. Deuxièmement, le manque d'une structure de médecine générale hospitalière type « service porte » se fait peut être ressentir. N'ayant pas les motifs de consultation, on peut supposer que ces patients peuvent être mal informés de ce qu'ils sont en droit de demander à un médecin libéral, de la suture d'une simple plaie, au bilan de douleurs abdominales. Troisièmement, l'attitude différenciée du médecin traitant peut aboutir à une hospitalisation plus « facile », influencée pour ces patients par leur situation de précarité [6].

- Les consultations médico-chirurgicales : il s'agit d'une grande entité regroupant pour les besoins de l'étude, toutes les consultations des autres services hospitaliers. 86% des patients ont eu recours à un suivi hospitalier. Si l'on corrèle le motif de la première consultation à la PASS et les consultations hospitalières hors PASS suivantes, 122 consultations concernaient la pathologie initiale aiguë ou chronique vue à PASS, 89 consultations concernaient les grossesses découvertes à la PASS. 209 consultations sont donc des suivis hospitaliers sans ruptures de prise en charge médicale du patient. Le réseau interne établi par la PASS permet un meilleur relais de l'information médicale pour ces patients.

Cette valeur conséquente de 900 consultations peut paraître de prime abord excessive. Cependant, on sait que cette population a un besoin plus important de soins, de part leur origine sociale, de part leur condition de vie, et souvent un retard de soin lié à une mauvaise couverture sociale. Ces consultations résultent donc probablement d'un réel besoin et d'un effet « rattrapage ». Le choix de

l'hôpital se serait imposé à ces patients sans couverture sociale adéquate, et ces consultations auraient alimenté le flux des impayés de l'hôpital.

Les enfants ont consulté, en moyenne, chacun 3 fois . De façon plus précise, 8 enfants de 6 familles ont consulté aux urgences pédiatriques un total de 26 fois, allant de 1 à 6 fois selon les enfants. 2 familles comptabilisent 17 consultations pour 4 enfants. L'une d'elle a répondu à l'enquête : elle déclare avoir un médecin traitant qu'elle sollicite « en cas de problème ». L'autre famille n'a pas pu être contactée, et n'avait pas donné de nom de médecin lors de sa réorientation. N'ayant pas le motif de consultation il est difficile de conclure. On peut cependant craindre une défaillance du suivi médical chez ces enfants avec l'absence d'un médecin traitant identifié comme référent médical chez ces familles.

1 - 2 Le patient et son « nouveau » médecin traitant :

L'analyse de cette partie de l'étude s'est principalement faite grâce aux réponses des patients interrogés.

Généralités

Vu la population particulièrement mobile concernée par l'étude, 50% de réponses est un taux satisfaisant pour ce type d'enquête. La sollicitation téléphonique a permis une meilleure implication des patients, plus spontanée et plus rapide et évitant les non-réponses par négligence ou incompréhension.

Les patients contactés sont très minoritairement français. Là encore on aurait pu croire que le patient français aurait été plus facilement joignable que le patient étranger réorienté parfois tôt dans son jeune cursus français. Ceci illustre encore une fois que les patients français précarisés ont un profil complexe entre exclusion et refus de la société. Leur réorientation en est donc plus aléatoire que celle de patients étrangers.

Le médecin de « ville » :

60% des patients réorientés avaient nominativement un médecin traitant à la sortie du dispositif PASS. Les patients ayant répondu à l'enquête sont nettement au dessus de ce pourcentage, 87.5% ayant un médecin traitant.

Différents facteurs participent à cette différence. Le fait même de participer à cette enquête, surtout pour les patients dont la réponse est écrite, est déjà un tri de cette population. On peut supposer que les personnes ayant répondu se sont senties concernées par le sujet et ont saisi l'occasion d'exprimer une opinion sur la réorientation, la PASS, ou leur médecin. Ces patients sont donc probablement plus « adhérents » au principe de suivi en ville que ceux qui se sont abstenus de répondre. Dans les patients réorientés, certains étaient injoignables, comme les gens du voyage, ils n'ont pas de médecin nominatif et n'ont pas répondu donc n'entrent pas dans le pourcentage de patient n'ayant pas de médecin.

Pathologie chronique et fréquence de consultations. Place de la prévention ?

On ne peut évidemment pas évaluer la bonne adaptation au système médical de ville en fonction de la fréquence de consultation. Un patient atteint d'une pathologie chronique ne sera pas bien suivi avec le même nombre de consultation qu'un patient sans aucune pathologie.

Les patients souffrant d'une pathologie chronique ou récurrente (ou nécessitant un renouvellement tel qu'un moyen contraceptif) sont nombreux dans cette population. De 23.6% dans la population réorientée, elle passe à 40.8% dans la population contactée. 62% d'entre eux vont voir leur médecin au moins une fois par trimestre. On peut donc espérer là, une bonne prise en charge.

Il faut préciser le cas de 3 patients, sans médecin traitant, mais atteint d'une pathologie chronique, 2 cas d'asthme et un cas arythmie complète par fibrillation auriculaire. Ils disent aller moins d'une fois par trimestre chez « un » médecin, mais confirment la prise de médicaments journaliers (la Ventoline* pour les asthmatiques). 2 sont français, ce qui, là encore, illustre que la réorientation des patients français peut être plus délicate. Chez ces 3 patients, on peut affirmer que leur pathologie est mal suivie, et est à risque de complication.

Si l'on admet la présélection par l'enquête et le pourcentage élevé de pathologies chroniques ou récurrentes parmi les patients contactés, la nécessité d'un suivi régulier n'est pas un frein au

contraire à la réorientation. Cependant, chez ses patients, plus à risque de complications pouvant être médicalement lourdes, il est important de s'assurer de la bonne adhésion du patient au suivi.

Plusieurs moyens peuvent être mis en œuvre :

- Exiger d'avoir un nom de médecin de la part du patient, être plus directif si ce dernier n'en connaît pas en lui proposant des noms de médecins.
- Lui préciser que le médecin en charge de son dossier à la PASS doit prendre contact avec le médecin choisi, avant son prochain rendez vous. Il est possible d'en évaluer la date grâce à la durée d'une ordonnance.

Ainsi, le patient se sentira au centre d'une prise en charge commune, dépendant certes de lui mais ne le laissant pas seul dans les démarches.

Parmi les patients ayant répondu « autres », estimant ne pouvoir donner une fréquence de consultation, 3 patients précisent cependant y aller pour le suivi des enfants et lorsque ceux-ci sont malades. Or ils avaient respectivement 3, 4 et 5 enfants en bas âges... on est alors tenté d'imaginer que le contact avec le médecin traitant est régulier et probablement à plus d'une fois par trimestre. Certes le suivi des parents dans ce cas n'est pas garanti, mais au moins le contact avec un médecin traitant est entretenu. A lui de désirer en tirer parti et de s'enquérir de la santé du parent accompagnateur.

L'assistante sociale « de ville »

Il me semblait intéressant de savoir si ces patients se réorientaient aussi vis-à-vis de leur prise en charge sociale. Ces patients qui, normalement, ont perçu la fonction de la PASS comme une passerelle vers le système médical de droit commun, et qui choisissent un médecin en ville, assimilent-ils le relais social sur le même mode ? Certes à leur réorientation les patients ont tous des droits en cours, mais pour une durée définie.

Les chiffres sont là moins optimistes. En effet, seuls 60% des patients contactés sont encore en contact avec une assistante sociale. Parmi eux, 60% des patients sont responsables d'une famille. Dans la population sans contact avec les travailleurs sociaux, ce pourcentage est à 34.5%.

Les patients n'ayant pas de famille à charge, sont-ils moins à même de prendre contact avec une assistante sociale de leur quartier travaillant au sein d'un centre médico-social ? L'image de ces centres est-il principalement lié à la famille ? Il est vrai que l'activité des puéricultrices y est fréquente.

Ces patients, négligeant le contact avec une assistante sociale sauront-ils spontanément faire la demande d'un renouvellement de leur droit ou faire face à un changement de situation ?

Réorienter les patients auprès d'une assistante sociale semble pertinent dans la réussite de leur réorientation. Comme nous le verrons plus tard, un certain nombre d'entre eux reviennent consulter à la PASS, le prétexte médical leur permettant de revoir l'assistante sociale. Tout comme le relais médical, le relais social par une prise de contact oral de l'assistante sociale de la PASS vers celle de la ville ne paraît pas devoir être systématique s'il n'existe pas de problème spécifique. Par contre insister sur le lieu d'exercice de l'assistante sociale de son quartier aurait probablement un effet positif.

Problèmes à venir

Déjà 11.3% des patients (n = 8) se plaignent de difficultés à obtenir les médicaments prescrits. 3 d'entre eux précisent qu'ils ne se procurent pas toujours les médicaments s'ils font parti des médicaments non remboursés.

On peut s'inquiéter dès maintenant de l'application du « forfait générique » du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Sur un principe louable, favoriser la prescription de générique moins cher que le princeps, le patient sera « pénalisé » à cause d'un médecin n'ayant pas prescrit un générique par principe ou par négligence et d'un pharmacien n'ayant pas utilisé son pouvoir de substitution.

La population qui nous concerne dans cette étude a toutes les raisons socioculturelles de ne pas être vigilante ou avertie sur ce point. La sensibilisation sur ce sujet du médecin généraliste qui prendra en charge le patient, est importante.

1 - 3 la population revenue consulter, les échecs à la réorientation :

Généralités

42 patients sont revenus consulter à la PASS alors que l'équipe du CJG s'était accordée pour une décision de réorientation, soit 30% de cette population. Ces patients avaient pourtant « toutes les cartes » de l'autonomie pour être suivi la ville. Pourquoi ce taux conséquent d'échec ?

L'analyse des données démographiques, sociales, et médicales des patients revenus consulter à la PASS est récapitulée dans le tableau 9 à titre de simplification. L'observation de ces données ne révèle rien de déterminant, les différences avec la population globale réorientée et la population non revenue ne paraissant pas significative. Ils ont sollicité davantage de consultations à la PASS puisque la moyenne est à 8 consultations par patient, versus 3,7. Une chose est à remarquer, 3 patients sont revenus consulter à la PASS alors qu'ils cotisaient à un organisme complémentaire de santé. Pour le premier il n'y a pas de commentaire. Le second est revenu pour un examen biologique non remboursé en ville (dans le cadre d'une résistance à la Protéine C activée 25€ + 39 € dans le cadre d'examen plus spécifique). Le troisième est identifié par l'assistante sociale comme « profiteur du système ».

Analyse des causes d'échec documenté

Leurs analyses nuancent la notion d'échec à la réorientation.

Les commentaires nous permettent d'essayer de comprendre pourquoi des patients se sont sentis dans l'obligation de revenir à la PASS.

Les patients revenus une seule fois :

Dans 12 cas, leur retour à la PASS ne fut que pour une consultation. Pour certains d'entre eux, cette consultation était l'occasion de leur « annoncer leur réorientation », et de prendre le temps de leur expliquer ce que cela impliquait pour eux.

Dorénavant il est fondamental qu'ils comprennent bien la notion de réorientation et aussi de médecin traitant de façon à ne pas être pénalisé dans le remboursement des consultations. Cet effet pourrait avoir comme conséquence leur retour sur le CJG.

Les patients revenus plus d'une fois :

10 patients se justifient d'une cause sociale : 5 sont venus pour un conseil suite à une modification de situation (mariage... ou même pour anticiper un problème social tel que l'arrivée d'un proche) . 5 patients avancent la perte de droit. Effectivement, pour 3 d'entre eux cela se vérifie, leur retour survenant plus d'un an après leur réorientation. Ces retours prévisibles ne peuvent-ils être évités ? Le patient a-t-il compris que le renouvellement de ses droits n'était pas automatique ? Une assistante sociale de ville bien identifiée prend ici son rôle, mais le médecin traitant aussi, comme nous l'évoquerons plus tard.

Dans 6 cas, les remarques expriment clairement un comportement spécifique du patient, pour exemple les commentaires fournis par le patient lui-même : « délais trop long chez mon médecin », ... ou les commentaires de l'assistante sociale : « profiteur du système », « nomadisme médical ». Ces patients sont souvent « incontrôlables » aussi bien dans le système hospitalier que dans le système libéral. En dehors d'une fermeté leur refusant une consultation s'ils ont des droits effectifs, les explications n'interagiront probablement que peu sur ce type de patients, même si cette attitude peut être contestée de la part d'un service nommé Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé... Ils illustrent bien ces patients aux personnalités limites. Leur marginalisation du système de droit commun n'est pas un acte délibéré, mais leur refus de s'y soumettre traduit souvent la peur d'en être rejeté. Une souffrance psychique importante existe, parfois difficile à accepter par l'équipe soignante tant ces patients, plus que les autres, peuvent sembler arrogants vis-à-vis du système et des autres. Là encore, la moitié des patients concernés sont français.

3 patients avouent avoir du mal à rompre la relation avec le médecin du CJG. Ce dernier est réellement identifié comme un médecin de confiance qu'ils voudraient pouvoir garder.

Les patients venant consulter à la PASS sont souvent en mal de repère et de reconnaissance. Le médecin est culturellement une personne de confiance et un solide repère dans un microcosme que les patients reconstruisent. Ils trouvent en lui et en l'équipe du CJG, un point d'ancrage dans leur difficulté, consolidé par une fréquentation parfois prolongée du CJG.

Le patient peut alors ressentir la réorientation comme un abandon, et présenter un manque de confiance vers l'extérieur. Les termes utilisés sont sans équivoques, que ce soit « ils m'ont dit que je ne dois plus venir », ou « je n'ai pas confiance en un autre médecin ».

Pour éviter cet échec il semble indispensable que rapidement, le médecin précise le plus souvent possible, qu'il transmettra le dossier médical de ce patient au médecin traitant de son choix. Le patient, au plus tôt, doit recadrer cette prise en charge comme intermédiaire, dans une période donnée. Le contact entre les deux médecins, comme évoqué précédemment, aidera là aussi le patient à mieux accepter ce projet de soins et le transfert de compétence. Il permettra aussi une continuité des soins plus sûre qu'un courrier de transmission plus anonyme, à fortiori s'il est remis en main propre au patient.

3 patients expriment des problèmes de compréhension avec leur médecin libéral. 2 sont revenus consulter. Pour l'autre, son questionnaire était rempli par le médecin lui-même qui précisait ce « souci majeur ». Cependant ce patient a visiblement persévéré puisqu'il n'est jamais revenu consulter. L'existence de ASMLA (annexe 3) répond complètement à ce problème, encore faut il que le patient, comme le médecin, en connaisse l'existence et l'activité extra hospitalière.

Il est forcément dommageable de ne pouvoir étendre cette analyse aux 15 autres patients pour lesquels aucun commentaire n'était précisé. Chaque patient étant un cas particulier, carrefour d'une personnalité, d'une histoire, d'un vécu et de problème ancré ou ponctuel, les « règles » ne sont pas applicables.

A ce stade de l'analyse, je me permets de modérer le pourcentage de 30% de consultants revenus dans le dispositif PASS. Certains se rencontreront toujours, quelques soient les efforts fait par l'équipe et constituent de vrais échecs. Une meilleure appréhension de la réorientation permettra

probablement d'en diminuer une autre partie, ces retours constituant des échecs relatifs (causes sociales, affectives et linguistiques).

2 – Synthèse et perspectives

2 - 1 Synthèse

Ainsi, nous avons pu constater qu'il était difficile de définir des facteurs prédictifs du succès de la réorientation.

Cependant, on peut retenir que pour de multiples raisons le patient français consultant à la PASS est plus difficilement réorienté vers le système libéral. Le patient au sein d'une famille adhèrera mieux à cette réorientation, et conservera plus facilement un contact avec une assistante sociale pouvant l'aider lors d'évènements modifiant ses droits. De même une pathologie chronique n'est pas un frein à la réorientation même si elle nécessite une vigilance supplémentaire sur les conditions de la réorientation.

Dans sa globalité, cette population réorientée reste une faible proportion de la population qui sollicite la PASS. Par soucis d'efficacité, l'équipe du centre Jean Guillon ne propose la réorientation qu'à des patients estimés prêts à pouvoir intégrer le système de ville, physiquement et intellectuellement. Pour autant le temps de fréquentation du CJG est donc plus long et un rapport de confiance et d'attachement avec l'équipe du CJG a le temps de s'établir, rendant paradoxalement la réorientation parfois plus difficile.

La réussite de la réorientation médicale se joue aussi à une autre échelle que le milieu médical seul. Les intrications sont multiples et échappent au simple travail des acteurs de la PASS, l'accès à un travail, un logement définitif...

Cependant dans un souci d'amélioration du relais entre la PASS et le système de ville, cette étude nous a amené à essayer de proposer différents projets visant à préparer et améliorer le passage de la PASS à la ville de ces patients.

2.2 projet d'amont à la réorientation

Il faut mieux positionner la PASS comme une « passerelle » dans le cursus des patients dès le début de la prise en charge.

- Le discours de l'assistante sociale qui, avant tous les autres acteurs de l'équipe du CJG, va projeter le patient dans l'avenir en lui expliquant les principes d'une couverture sociale. Elle pourra insister au fur et à mesure des entretiens sur la finalité de ces démarches spécifiques au domaine de santé : consulter le médecin de leur choix.
- Le discours du médecin : on peut difficilement espérer en une consultation recueillir les antécédents d'un patient, l'interroger sur ces symptômes, effectuer un examen clinique qui se voudrait complet et... faire passer un message - a fortiori - non médical. Cependant, en cas de pathologie chronique ou d'un patient vu plusieurs fois, il est important que le médecin s'inscrive dans un rôle de médecin « transitoire », le temps que la situation du patient se régularise dans le domaine de la maladie ou de la prise en charge. Evidemment on peut espérer que la relation de confiance pourra tout de même s'établir, principe de la relation médecin /malade. Mais le patient, imprégné tôt de ce discours, acceptera probablement mieux le relais à venir. C'est aussi un moyen de sensibiliser à la prévention les patients nécessitant un suivi régulier. En précisant aux patients qu'un contact écrit ou oral sera pris avec le médecin traitant choisi, le patient transférera sa confiance plus facilement.
- Enfin, ces patients, par le fait même de l'organisation de la PASS et de la densité des demandes, passent beaucoup de temps dans le couloir. Pourquoi ne pas envisager un visuel affiché sur le mur et qui précisera cette fonction du centre Jean Guillon : un relais avant la réintégration du patient dans son droit. Il n'est pas facile d'en déterminer le contenu. Si l'on désire que le message soit compris il doit être simple, idéalement perçut même par les peu

francophone donc avec un support de mot limité. La PASS de Chambéry sur son site Internet le précise en ces termes :

« *La PASS ne remplace pas le médecin traitant qui est plus proche de vous.* »

2 . 3 Projet au moment de la réorientation et son suivi

L'intérêt d'un outil d'évaluation n'étant plus à discuter, il est important de se donner les moyens de suivre cette réorientation.

Il paraît intéressant de valider la décision de la réorientation par une grille de renseignements qui clôturerait le dossier. Certains items semblent évidents comme l'identité, l'adresse au départ du dispositif. Sur le plan social, on retiendrait le type de couverture de santé et sa date d'obtention. Enfin sur le plan médical il faudrait préciser l'existence d'une pathologie ou problème à suivre, et le nom du médecin traitant qui le suivra dès que le patient nous l'aura transmis. On doit prévoir de compléter cette feuille au moment de la réunion de réorientation. En cas de retour du patient il faudrait y préciser la raison. Sa constitution est évidemment à soumettre à tous les questionnaires et elle doit rester simple de façon à ne pas contenir des informations inutiles et ne pas représenter une charge de travail supplémentaire en étant trop longue à remplir.

Tout comme il est important que le patient identifie son médecin, il me semble nécessaire à ce moment de son parcours de lui préciser les lieux d'accueil où il peut bénéficier d'un conseil social qu'il soit isolé ou responsable d'une famille.

2 . 4 projet d'aval : le médecin généraliste de ville

Les patients réorientés ont souvent des questions sortant du registre médical. Le médecin traitant est alors confronté à un domaine qu'il ne maîtrise pas forcément. Le patient peut être tenté de revenir vers le CJG, où il trouvait une structure d'assistance complète. Permettre une relation médico-sociale PASS / Médecin traitant peut soutenir ce dernier dans la mise en place de sa relation avec le patient.

De façon plus générale, lors de formations auxquelles participent les acteurs du CJG [10], il faut rappeler aux médecins qu'ils peuvent aussi jouer un rôle d'information, et de prévention [22]. Par exemple, ils peuvent mettre dans la salle d'attente une affiche à l'intention des patients bénéficiaires de la CMU pour leur rappeler de faire les démarches nécessaires à leur renouvellement quand cette prise en charge touche à sa fin. On peut aussi sensibiliser les médecins à s'inquiéter du suivi des parents quand depuis 2 ans ils suivent les enfants d'une famille sans jamais être sollicités pour les parents.

3- Validités et biais des données

3 – 1 Validité des terminologies utilisées

Les réunions de service se sont établies rapidement au sein de l'équipe. Une homogénéisation des termes a donc vite été établie.

Postulat : lors des premiers mois de fonctionnement, à la question « couverture sociale à l'entrée », les assistantes sociales pouvaient retenir d'emblée les droits qu'elles étaient certaines de pouvoir obtenir pour les patients. L'estimation des patients sans aucune couverture sociale le jour de l'entrée dans le dispositif est donc légèrement sous évaluée.

3 – 2 Biais lié à la compréhension de la question « êtes- vous revenu consulter à la PASS » et à la question ouverte « pourquoi »

A la première question, 12 patients ont estimé ne pas être revenus à la PASS, alors que dans les faits, ils ont bénéficié d'au moins une consultation après la décision de réorientation. La date de réorientation était-elle une donnée trop abstraite ou imprécise pour eux ?

Cette divergence nous a privé d'autant de réponses à la seconde question qui auraient alimenté l'analyse des causes d'échec à la réorientation et consolidé cette étude, même si l'interprétation de ces réponses est parfois difficile à codifier.

CONCLUSION

Le centre Jean Guillon est une structure identifiée par le patient en situation sociale de précarité pour répondre à une attente d'assistance médico-sociale. Pour remplir sa tâche, le CJG se doit d'apporter une réponse médicale à un symptôme, une aide sociale à une situation, et une intégration au système de droit commun à une exclusion du système que l'on veut temporaire. Alors, ce système que l'on se défend d'être un système de soin pour tous est fonctionnel et devient juste.

Ce travail s'est attaché à évaluer la dernière fonction évoquée : permettre aux patients d'être réintégrés dans leur droit, de profiter du système de soins dans son intégralité selon ses besoins, sans discrimination, se réapproprier son libre choix, bénéficier de la possibilité d'une bonne santé quelque soit sa situation au sein de la société. La PASS est alors un maillon dans la chaîne de la prise en charge du patient, chaîne qui s'était rompue « pour des raisons qui ne nous regardent pas » (Pr Lebas). [19]

Evidemment les valeurs que nous venons d'observer ensemble peuvent laisser perplexe quant au petit nombre que cela représente sur la totalité des patients. Au moins garde-t-on le mérite de ne pas s'arrêter à des nombres et des notions de rentabilité pour persévérer dans une dimension indispensable de la médecine, l'un de ces fondements, envisager chaque patient dans son individualité humaine. De plus une évaluation positive ne se chiffre pas qu'en nombre de patients réorientés mais bien aussi en nombre de patients satisfaits [24], et à en croire la quantité de messages personnels et chaleureux que m'ont transmis ces patients pour les membres du CJG, cette évaluation peut être positive.

Cependant, car la réalité a son poids économique, il est indispensable de s'attacher à la réussite de cette réorientation pour les patients à qui elle s'adresse. Toutes les étapes d'accompagnements doivent être envisagées. C'est d'abord soumettre l'idée d'un suivi en ville au plus tôt dans la prise en charge de la PASS, et ce, comme une finalité, une réussite d'intégration. C'est permettre au patient de comprendre ce qu'est une prise en charge de santé en la pratiquant et en le soignant comme n'importe quel autre patient sans distinction, pour déjà l'intégrer au système de soin. C'est ne pas négliger la séparation, qui comme toute relation soigné-soignant quand elle est établie, peut avoir une dimension qui échappe au conscient. Tout cela dans le désir d'éviter que ces

consultations au centre Jean Guillon ne deviennent une impasse pour des patients restés aux portes du système.

Cet aspect est très restrictif de l'activité du Centre Jean Guillon, au sein du système PASS mis en place au CHU de Nantes. En aucun cas il ne faudrait l'assimiler à une évaluation de son activité globale. Le centre Jean Guillon s'applique juste à la fonction qui lui était demandé : « démêler des situations complexes en prenant juste le temps qu'il faut pour réorienter ces personnes dans un circuit de soins de droit commun, mais en respectant également le temps nécessaire à ces personnes pour participer pleinement à ce projet. Il s'agit bien d'une offre de service hautement technique que le statut de sa clientèle ne saurait dévaloriser. » [28], et ce, sans se décourager de ces premiers résultats encore faibles dans l'étendue de la demande.

Je crois qu'il faut savoir être fière de ses patients qui bénéficient grâce à un travail d'équipe pluridisciplinaire, de soins, d'un suivi, et on peut l'espérer, de prévention hors de l'enceinte de l'hôpital. Il faut savoir se réjouir de ces adultes qui en comprennent l'intérêt et en font bénéficier leur famille alors qu'à un moment rien de tout cela n'était évident pour eux. Et c'est la PASS qui les a aidés à surmonter ce moment. Il faut savoir être satisfait de ces patients autonomes dans le système de soins, même si à coté de ceux-là, tant de patients n'arrivent pas à « assumer leurs droits fondamentaux » et pour qui tout reste à entreprendre. Même si ces patients restent une minorité, pour eux, pour le respect de leur parcours médico-social unique, ce travail et cet effort en valent la peine.

C'est en cela aussi que notre système de soins était encore récemment estimé par l'OMS comme l'un des meilleurs au monde.

« La qualité d'une civilisation se mesure au respect qu'elle porte aux plus faible d'entre ces membres. Il n'y a pas d'autre critère de jugement. »

Professeur J. Lejeune

BIBLIOGRAPHIE

1. ENSP, Haut comité de la santé public
La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé.
Collection avis et rapport, 1998
2. FARGE D, JOURDAIN-MENNINGER D.
L'hôpital public : le retour à l'hôtel Dieu ?
Edition Hermès 1997
3. *La Charte européenne du malade usagé de l'hôpital*
Article 2
1979
4. LEBAS J, CHAUVIN P.
Précarité et Santé
Edition Flammarion 1998
5. CAMBOIS E, ROLINE JM.
Apport des indicateurs d'espérances de vie sans incapacité à l'étude des inégalités sociales de santé.
Santé Publique 2001 vol 13 n°2 p137-149

6. LOMBRAIL P, PASCAL J, LANG T.
Accès au système de soins et inégalité sociales de santé : que sait on de l'accès secondaire ?
Santé, Société, Solidarité 2 (2004) p 61-71

7. DRASS et DASS
Observation sociale : la précarité en Loire Atlantique
Rapport 2004

8. PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE
Rapport d'activité
CHU de Nantes, année 2001

9. PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE
Rapport d'activité
CHU de Nantes, année 2002

10. PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE
Rapport d'activité
CHU de Nantes, année 2003

11. DRASS et DASS
PRAPS dans les pays de la Loire, observation socio sanitaire
Projet 2003-2006

12. FARGE D.
Un enjeu important pour la médecine interne : la médecine de premier recours
Revue de médecine interne 25 (2004) 261-263

13. Permanence d'accès aux soins et à la santé : dispositif du CHU de Nantes
Projet d'établissement établi par un groupe de travail
Mai 1999

14. PESLIN N, PASQUIER V, PLACAIS C, COUTANT A, AGARD C, LOMBRAIL P,
BARRIER J.
Evaluation d'une nouvelle offre de soins : PASS du CHU de Nantes
Santé Public 2001 : 13(4) : 349-57

15. Le Centre Jean Guillon, pivot de la PASS
Ancrage n°3, CHU Nantes

16. LUQUEL L, HALLEY DES FONTAINES V.

Les consultations de précarité : nouvelles stratégies professionnelles.
Santé Public 1997 n°3 p 329-340

17. DE LA BLANCHARDIERE A, MEOUCHY G, BRUNEL P, OLIVIER P.
Etude prospective des caractéristiques medicopsychosociales de 350 patients ayant consulté une PASS en 2002.
Revue de Médecine Interne 25 (2004) 264-270

18. Accueil et soins des personnes démunies dans les établissements de Santé
Actes du colloque du 23 septembre 2002

19. TRINH-DUC A, de la BLANCHARDIERE A, PORCHER R, AGARD C, ROUILLARD B, SCHLIENGER I, COLLIN-PARADIS B.
Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médicosociale des permanences d'accès aux soins et à la santé
Revue de médecine interne 26 (2005) 13-19

20. AGARD C, ROUILLER B, FILLAUDEAU S, BACHA D, AMELINEAU F, PLACAIS C, COUTANT C, ARNOULD M, SAUPIN C, PASQUIER V, LOMBRIL P, BARRIER JH.
Le Centre Jean Guillon au CHU de Nantes : expérience d'une PASS rattachée à un service de médecine interne.
Revue de médecine interne 2002 ; 23 (suppl. 5) : 6252

21. METREAU I.
Actualités Médicales
Le généraliste n°2103 - Mars 2001

22. HEREMANS P. DECCACHE A.
Mieux intégrer la prévention en médecine générale dans les milieux défavorisés.
Santé Publique 1999 ; 11(2) 225-241

23. PARIZOT I.
Soigner les exclus
Edition PUF, collection le lien social, 2003

24. Santé, Précarité, Réseau
Actes des colloques de la commission consultative
Nancy, Mars 1998

25. MIZRAHI A. MIZRAHI A, WAIT S.

26. FILLAUDEAU S.

*Etat de santé des populations immigrées à Nantes. A propos d'une enquête à la Consultation
Jean Guillon du CHU de Nantes*

Université de Nantes, thèse de médecine générale, 2002

27. ALEZRAH C.

De la ségrégation des malades mentaux à la médicalisation de l'exclusion

Congrès de psychiatrie et neurologie, Biarritz, 1999.

28. LOMBRAIL P.

*Note à l'intention de la cellule d'accueil des plus démunis, à propos des urgences et de la
précarité.*

Documents d travail, mai 1999.

ANNEXES



ANNEXE 1

Sectorisation de Nantes par quartiers, éditée par la mairie de Nantes.

ANNEXE 2

ANNEXE 3

Sigles et Abréviations

Associations :

AIDA : Accueil et information aux demandeurs d'asile.

ASAMLA : Association santé migrant de Loire Atlantique

ATD quart Monde : Aide à toutes détresse (quart monde)

CADA : Centre d'accueil pour demandeur d'asile

CNRH : Centre Nantais d'hébergement des réfugiés

GASPROM : association militante pour le droit des personnes étrangères en France

MDM : Médecins du Monde

Institutions :

CCAS : Cebtres communaux d'action sociale

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DGAS : Direction générale des actions sociales (anciennement DISS)

ANNEXE 4

Pour chaque patient :

Nom, prénom (a codé)

IPP

Place du dossier(archive , PASS, AS concernée)

Sexe :

Date de naissance :

Age :

Nationalité :

Temps de résidence en France

Adresse (rue code postal, ville)

Quartier :
N° de téléphone :
Situation familiale :
Situation professionnelle :
Ressources :
Droit social à l'entrée :
Droit à la sortie :
Statut social :
Date de la première consultation :
Date de la dernière consultation :
Temps de fréquentation de la PASS
Date de la proposition de réorientation :
Consultation après le staff :
Mode de contact avec le patient
Obtention d'une réponse
Réponse discordante ?:
Nombre de consultation :
Motifs de la première consultation (3items)
Consultations hospitalières ultérieures (3 items)
Médecins relais
Commentaires

ANNEXE 4

Pour chaque patient :

Nom, prénom (a codé)
IPP
Place du dossier(archive , PASS, AS concernée)
Sexe :
Date de naissance :
Age :
Nationalité :
Temps de résidence en France
Adresse (rue code postal, ville)
Quartier :
N° de téléphone :
Situation familiale :
Situation professionnelle :
Ressources :
Droit social à l'entrée :
Droit à la sortie :
Statut social :
Date de la première consultation :
Date de la dernière consultation :
Temps de fréquentation de la PASS
Date de la proposition de réorientation :
Consultation après le staff :
Mode de contact avec le patient
Obtention d'une réponse
Réponse discordante ?:

Nombre de consultation :
Motifs de la première consultation (3items)
Consultations hospitalières ultérieures (3 items)
Médecins relais
Commentaires

Questionnaire sur dossier médical.

- Contact hospitalier antérieur (consultation/ hospitalisation) :

- Motif de la première consultation à la PASS
 - médecine général tout venant :
 - pathologie chronique connue :
 - pathologie aiguë :

- Date de la première consultation ___ / ___ / ____
- Date de la dernière consultation ___ / ___ / ____
- Temps de fréquentation totale
- Nombre de consultations --

- consultations ultérieures hospitalière ? :
 - medecine/chirurgie
 - Dentaire / stomatologie
 - Urgences :

- Le patient avait-t-il déjà eu une couverture sociale auparavant ?

ANNEXE 5

QUESTIONNAIRE PATIENT

- ✓ Nom :

- ✓ Depuis votre dernière consultation à la PASS, avez-vous vu un autre médecin ?
 - oui

non

✓ Si oui, pouvez-vous nous dire quel est son nom, ou les différents noms si besoin ?

✓ Combien de fois avez-vous vu ce, ou ces médecins ?

moins d'une fois par trimestre

une à deux fois par trimestre

une fois par mois ou plus

autre réponse (précisez) :

✓ Avez- vous un traitement à prendre chaque jour ?

oui

non

✓ Pourquoi ?

✓ Avez-vous eu des difficultés pour vous procurer les médicaments ?

oui

non

✓ Etes vous revenu à la PASS pour consulter alors que vous aviez déjà vu un autre médecin en ville ?

oui

non

✓ Si oui, pourquoi la PASS et pas votre médecin de ville ?

✓ Etes-vous en contact avec l'assistante sociale de votre quartier ?

oui

non

TITRE DE T H E S E

PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE A LA CONSULTATION JEAN GUILLON (PASS DU CHU DE NANTES) ; ANALYSE DE 159 PATIENTS RÉORIENTES AUPRÈS D'UN MÉDECIN TRAITANT SUR UNE PÉRIODE DE 2 ANS.

RESUME

Le Centre Jean Guillon est une consultation médico-sociale créée dans le cadre de la PASS du CHU de Nantes. Il assure un accès primaire aux soins pour des patients en situation de précarité.

Une prise en charge sociale permet d'obtenir une couverture de santé adéquate si leur situation le permet. Chaque semaine une réunion pluridisciplinaire évalue certains patients. Lorsque les facteurs de stabilité sociale et médicale sont présents, le patient est réorienté vers le système médical de ville. 159 patients ont bénéficié de cette réinsertion dans le système de droit commun sur 2 années étudiées (2001 – 2002).

Une étude rétrospective des informations sociales démographiques médicales ainsi qu'une enquête menée auprès des patients nous a permis d'évaluer certains critères sur l'efficacité de cette réorientation.

L'analyse des causes d'échec nous fait proposer des mesures concrètes auprès de l'équipe du Centre Jean Guillon, des patients eux-mêmes et du médecin traitant choisit par le patient, afin d'améliorer la finalité de cette prise en charge médico-sociale de la PASS.

MOTS-CLEFS

Prise en charge médico-sociale

Réorientation

Permanence d'accès aux soins de santé

Précarité

Médecin traitant

