



HAL
open science

Difficultés ressenties par les professionnels des PASS de Gironde dans l'accès aux spécialistes et à l'hospitalisation

Laetitia Barbotin

► **To cite this version:**

Laetitia Barbotin. Difficultés ressenties par les professionnels des PASS de Gironde dans l'accès aux spécialistes et à l'hospitalisation. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02974285

HAL Id: dumas-02974285

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02974285>

Submitted on 21 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

N°102

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

Par Laetitia BARBOTIN, née le 29/04/1992 à NANTES (44)

Le 13/10/2020

**DIFFICULTES RESENTIES PAR LES PROFESSIONNELS
DES PASS DE GIRONDE DANS L'ACCES AUX SPECIALISTES ET A
L'HOSPITALISATION**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON

Rapporteur de thèse

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Jury

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET	Président
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA	Juge
Monsieur le Docteur Christophe ADAM	Juge
Monsieur le Docteur Etienne MERIGLIER	Juge
Madame le Dr Maimouna COULIBALY	Juge
Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON	Directeur

REMERCIEMENTS

A mon Directeur de Thèse, le Docteur Emmanuel PROTHON. Je te remercie pour l'intérêt que tu as montré pour mon sujet et pour tes précieux conseils tout au long de son cheminement.

Au Pr BONNET, qui a accepté de présider mon jury. Merci de votre accueil dans votre service, ainsi que de votre enseignement bienveillant. Je suis très heureuse de continuer mon parcours au sein de votre équipe.

Au Pr CASTERA, tuteur pendant mes années d'internat et qui siège aujourd'hui au sein de mon jury. Merci de votre implication dans la formation des internes et de votre accompagnement.

Au Dr ADAM, un grand merci d'avoir accepté d'être mon rapporteur de thèse, ainsi que pour vos conseils et suggestions. Veuillez trouver l'assurance de mon profond respect.

Au Dr Etienne MERIGLIER, mon chef de clinique et coach de fin d'internat. Merci pour ton aide, ta pédagogie et ta bienveillance. J'aurai aimé continuer avec toi !

Au Dr COULIBALY, je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse. Merci d'avoir consenti à juger mon travail et y contribuer par votre savoir. Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération.

Je remercie bien entendu tous les professionnels des PASS qui ont pris le temps de répondre à mes questions, et je salue le travail admirable qu'ils font. Je remercie particulièrement le Dr BOISVERT qui a participé à l'élaboration du sujet et m'a accueillie au sein de la PASS de Saint André en mini-stage.

Un immense merci à mes chers parents, qui m'ont accompagnée depuis le début. Merci pour votre dévouement, vos encouragements et les petits plats pendant les révisions. Vous avez été un vrai soutien dans mes choix et je vous en suis extrêmement reconnaissante.

Merci aussi à mes sœurette, Aurélie et Delphine, qui ont fait l'effort de comprendre ce que je faisais. Je crois que maintenant, vous êtes capables d'expliquer dans quel service je travaille, bravo !

Merci aux copains.

Ceux du lycée, qui ont su me sortir de médecine pendant l'externat, et qui me font réaliser, à travers nos discussions, toute la beauté de mon métier. Merci tout particulièrement à Thibaut, pour ton aide, ta relecture et ton soutien.

Ceux de l'externat, les copains de soirées de la fanfare ou de galère de Laënnec. Finalement, avec vous, les années sont passées vite !

Ceux de Bordeaux, avec qui j'ai partagé les joies de l'internat : la première garde, les soirées internats et les virées à la découverte de notre nouvelle région. Ça c'est bien passé parce qu'on était ensemble !

Je remercie tous ceux qui m'ont poussé à réaliser mes ambitions. Merci particulièrement à Peggy, qui a été un exemple à suivre au cours de mon internat. Merci aussi à Gonzi, qui m'a botté les fesses pour prendre mon destin en main. Une pensée bien sûr à tous mes co-internes, qui sont bien souvent devenus des amis.

Enfin, je remercie tous les médecins qui ont contribué à ma formation, de mes chefs à l'hôpital aux médecins généralistes qui m'ont accueillie dans leur cabinet. J'ai eu la chance d'être accompagnée par des médecins compétents et bienveillants, qui continueront m'inspirer dans ma future pratique.

TABLE DES MATIERES

I. PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION	7
A. Santé et Précarité.....	7
1. Définitions	7
2. Inégalités sociales de santé.....	7
B. Accès aux droits en France	8
1. Patients de nationalité française	8
2. Patients étrangers	9
3. Et les autres ?.....	11
C. Permanence d'Accès aux Soins (PASS).....	12
1. Création et organisation	12
2. Les PASS en Gironde.....	14
D. Etat de santé des patients consultant à la PASS.....	16
1. Profil sociodémographique des patients	16
2. Particularités des patients migrants.....	17
3. Demande de consultation et d'hospitalisation	18
II. DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODES	21
A. Objectif.....	21
B. Population	21
C. Réalisation des entretiens.....	21
D. Analyse thématique	22
III. TROISIEME PARTIE : RESULTATS	23
A. Les enquêtes	23
B. Freins à l'accès aux spécialistes.....	24
1. Freins organisationnels.....	24
2. Freins de la part des professionnels de santé.....	36
3. Freins de la part des patients.....	44
4. PASS au sein de l'hôpital.....	53
5. Hétérogénéité des difficultés	56
C. Facteurs facilitant l'accès aux spécialistes	67
1. Face aux freins organisationnels.....	67
2. Face aux freins des professionnels.....	75

3. Réseau	79
4. Face aux freins des patients	93
IV. QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION	99
A. Mise en perspective des résultats.....	99
B. Forces et limites	102
C. Solutions proposées	103
CONCLUSION	108

LISTE DES ABREVIATIONS

ACS : Aide à la Complémentaire Santé
AME : Aide Médicale d'Etat
ARS : Agence Régionale de Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CACIS : Centre d'Accueil Consultation Information Sexualité
CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asiles
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMU : Couverture Médicale Universelle
CMUc : Couverture Médicale Universelle complémentaire
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSS : Complémentaire Santé Solidaire
EHESP : Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique
ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
ETP : Equivalent Temps Plein
GHT : Groupe Hospitalier de Territoire
IDE : Infirmière diplômée d'Etat
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ISS : Inégalités en Soins de Santé
LHSS : Lits Halte Soins Santé
LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé
MDSI : Maison Départementale des Solidarités et de l'Insertion
MIG : Mission d'Intérêt Général
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et à la Contractualisation
MNA : Mineur Non Accompagné
MPR : Médecine Physique et Rééducation
MSA : Mutualité Sociale Agricole
OPFRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PRAPS : Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
PUMa ; Protection Universelle Maladie
RSI : Régime Social des Indépendants

I. PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION

A. Santé et Précarité

1. Définitions

Le préambule de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un « *état de complet bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en l'absence de maladie* ». (1) Cette définition prend en compte de nombreux facteurs dont les conditions socio-économiques, l'intégration sociale ou encore l'éducation font partie.

Le terme de précarité a été introduit dans les années 1980, dépassant le cadre exclusivement économique de la pauvreté, pour l'étendre à toutes les difficultés rencontrées rendant les conditions de vie instable. (2) Elle prend ainsi en compte l'activité professionnelle, le logement, l'accès aux droits de santé ou encore l'environnement socio-affectif. Les personnes correspondantes à cette situation sont de profils variés : jeunes marginaux, personnes âgées isolées, toxicomanes, prostituées, sans domiciles fixes, migrants,... Ces populations, de par leur absence de logement, l'isolement social et affectif, l'absence d'accès aux droits ou encore la barrière de la langue, font face à plus de difficultés dans l'accès aux soins.

2. Inégalités sociales de santé

Malgré un système de santé réputé à travers le monde, une étude européenne de 1996 montrait que 17% des personnes vivant en France renonçaient aux soins de santé pour des raisons financières. Parmi ces patients, 0,3% n'avaient aucune couverture sociale et 17% n'avaient pas de complémentaire. (3) La France était ainsi le pays le plus inégalitaire en termes de mortalité selon les catégories socioprofessionnelles parmi les 11 pays d'Europe.

Malgré une amélioration depuis les années 90, la présence d'inégalités perdure, objectivée par des différences d'espérance de vie en fonction de la catégorie socioprofessionnelle. Selon une étude publiée par l'INSEE en 2005, il existe une différence de 7 ans à 35 ans entre ouvriers et cadres supérieurs. (4) On remarque

cependant que cette différence a progressé de manière plus importante entre le début des années quatre-vingt et la fin des années quatre-vingt-dix pour les hommes, que pour les femmes, où elle restée presque stable. On retrouve ainsi un surrisque de mortalité dans les populations considérées comme précaires, en lien avec des pathologies graves telles que les cardiopathies ischémiques, les cancers (pulmonaires et digestifs), les maladies du système respiratoire ou encore les maladies cardiovasculaires de manière générale. (5)

En plus de leurs difficultés à l'accès aux soins, ces populations fragiles ont un rapport au corps défavorable avec une moins bonne perception de leur état de santé, une difficulté à verbaliser les symptômes ou encore une plus grande tendance à la somatisation. Leur prise en charge est donc plus tardive du fait des difficultés à l'accès aux soins, et les diagnostics souvent plus longs à mettre en évidence, majorant le pronostic défavorable de ces patients.

Pour pallier à ces importantes différences, le système de santé français s'est développé, adapté à des situations de plus en plus variées, essayant de combler le gouffre qui séparait certaines tranches de la population vis-à-vis de l'accès aux soins.

B. Accès aux droits en France

1. Patients de nationalité française

En France, chaque citoyen détenteur de la nationalité française a accès à une couverture maladie à travers son activité professionnelle. L'assurance maladie est séparée en 3 branches principales comprenant :

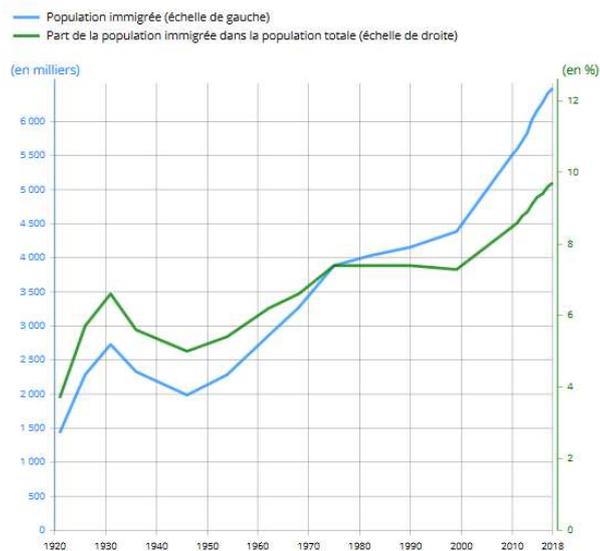
- Le régime général, c'est-à-dire la **Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)**, assureur solidaire de 4 personnes sur 5 en France
- Le régime agricole géré par la **Mutualité Sociale Agricole (MSA)** qui couvre les exploitants et salariés agricoles
- Le Régime **Social des Indépendants (RSI)**, qui couvre artisans, commerçants, industriels et professions libérales

Cependant, un certain nombre de citoyens français sont exclus de ces dispositifs : sans activité professionnelle, chômeurs, bénéficiaires du RSA,... Pour les personnes ne répondant pas aux critères d'accès à l'assurance maladie, des mesures ont été mises en place pour réduire les inégalités de santé :

- La **Protection Universelle Maladie (PUMa)**, initialement Couverture Médicale Universelle, créée en 1999, devenue PUMa en 2006, atteste que toute personne qui travaille **ou** réside en France de manière stable et régulière a le droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie. Elle offre une protection sociale identique à la protection sociale des salariés du régime général, en prenant en charge une partie des frais de santé au tarif conventionné par la Sécurité Sociale (70% pour une consultation de médecine générale).
- La **Complémentaire Santé Solidaire (CSS)**, qui remplace depuis novembre 2019 la CMUc (Couverture Médicale Universelle complémentaire) et l'ACS (Aide à la Complémentaire Santé), est une aide financière pour accéder à une complémentaire santé. Elle permet d'accéder gratuitement aux professionnels de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, dentistes), aux médicaments en pharmacie, aux dispositifs médicaux et enfin aux lunettes, prothèses dentaires et prothèses auditives. Elle est soumise à un plafond de ressource et est gratuite ou coûte moins d'un euro par personne et par jour, selon les ressources.

2. Patients étrangers

En 2018, 6,5 millions d'immigrés vivent en France, soit 9,7 % de la population totale, dont 46,1 % d'origine africaine et 33,5 % européenne. (6) La population immigrée en France progresse en effectif et en pourcentage de la population totale depuis 1946.



Source : Insee, recensements de la population et estimations de population.

Parmi les patients étrangers, c'est-à-dire n'ayant pas la nationalité française, il existe plusieurs situations.

- Ils peuvent être **détenteurs d'un VISA de type C** de court séjour (inférieur à 3 mois) ou visa de **type D** d'installation temporaire (entre 3 mois et 1 an). Les VISA de court séjour, en majorité touristiques, ne permettent pas l'accès aux droits de santé. Au contraire, les visas d'installation temporaires permettent l'accès à la PUMa (Protection Universelle Maladie).
- Un certain nombre de patients sont **demandeurs d'asile**, au titre de la convention de Genève. Une demande doit être effectuée auprès de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) qui donnera lieu, ou non, à la délivrance du statut de réfugié. Les demandeurs d'asile avaient auparavant le droit à la PUMa jusqu'à ce que leur demande aboutisse, ainsi qu'à une Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMUc). Depuis le décret de décembre 2019, un délai de carence de 3 mois a été mis en place, durant lequel un demandeur d'asile ne peut être affilié à la protection médicale universelle. (7)
- Enfin, les patients **en situation irrégulière**, c'est-à-dire non-détenteurs de VISA et non demandeurs d'asile, peuvent bénéficier de **l'Aide Médicale d'Etat (AME)**, s'ils résident en France depuis plus de 3 mois. Une demande doit être effectuée chaque année. Une « **AME pour soins urgents** » peut être délivrée si la gravité de l'état de santé du patient le justifie et si celui-ci n'a pas les conditions requises

pour bénéficier d'une AME. Elle ne prend en compte que les prestations hospitalières. (8)

Fin 2018, un peu plus de 300 000 personnes bénéficiaient de l'AME, un nombre stable depuis 2005, qui semble contradictoire avec l'évolution de l'immigration. Ce chiffre s'explique notamment par une augmentation majeure des demandeurs d'asile de 11,9% par an depuis 2009, qui sont, dans ce cas-là, bénéficiaires de la PUMa. (7)

3. Et les autres ?

Ainsi, si le système de santé tente de pallier aux inégalités, il n'est pas pour autant infaillible et il persiste des situations où les personnes restent exclues dans l'accès aux droits de santé : visas de court séjour, personnes en situation irrégulière sur le territoire depuis moins de 3 mois, ou encore dont les revenus sont faibles mais ne permettent pas l'accès à la CMUc ou à l'AME.

La Permanence d'Accès aux Soins (PASS) est une structure qui permet de prendre en charge ces populations dont les frais restent un obstacle aux soins de santé. Le profil semble évoluer depuis sa création en 1998. Si les patients correspondaient initialement à des jeunes en marge de la société, ou encore des étrangers sans couverture sociale, on note une augmentation de fréquentation de patients mieux intégrés socialement, ayant une activité professionnelle, uniquement couverts de manière partielle sans complémentaire, dont le reste à charge reste un obstacle, notamment dans les grandes métropoles, où le secteur 2 représente une part conséquente des médecins libéraux. (10) Ce constat est révélateur d'une précarisation de la société et de la prise en charge de la santé, qui doit être combattue en mettant en place des structures adaptées à ces populations.

Une étude sociodémographique de 2008, réalisée dans plusieurs PASS de France, nous montre que la majorité des patients consultants présente au moins un critère de précarité parmi : l'absence de logement stable, de couverture maladie, de revenus déclarés ou d'autorisation administrative de séjour. (10) Ces patients présentent plus de

pathologies chroniques, plus de pathologies considérées comme lourdes mettant en jeu le pronostic vital.

Devant la persistance, voire l'exacerbation d'inégalités sociales de santé (ISS), la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 et la stratégie de santé nationale font de la lutte contre les ISS une priorité nationale. (12) Les programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) sont ainsi un des moyens mis en œuvre. Ils éditent un cahier des charges établissent des objectifs sur un quelques années, appuient des structures spécifiques telles que les Permanences d'Accès Aux Soins de Santé, Equipes Mobiles Précarité Psychiatrie (EMPP), Lits Halte Soins Santé (LHSS), ou encore la médiation sanitaire et les actions de prévention. (12)

C. Permanence d'Accès aux Soins (PASS)

1. Création et organisation

La structure de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) a été créée par la loi relative à la lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998. (13) Elle s'inscrit dans un contexte de montée des inégalités sociales dans les années 90, notamment dans le secteur de l'accès aux soins de santé. Les PASS ont ainsi vocation à devenir des « *cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès aux soins des personnes démunies [...] et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale* ». (5) Elles permettent ainsi un décloisonnement des pratiques, en promulguant une approche globale du patient « type care », de manière transdisciplinaire. Elles assurent aussi une passerelle vers la prise en charge de droit commun, en ville, comme une articulation ville-hôpital. (14)

Il existent 4 types de PASS : (15)

- PASS centralisée, dont l'action s'effectue pour l'essentiel dans un local dédié, souvent annexé à un service d'urgences ;

- PASS transversale, représentée par un ensemble de professionnels de santé, sociaux ou sanitaires, dans un établissement, sans local dédié ;
- PASS spécialisée (psychiatriques, bucco-dentaire ou encore dermatologiques) ;
- PASS régionale dont l'objectif est de mettre en avant les bonnes pratiques d'organisation, de développer les réseaux et d'évaluer leur mission.

Les PASS sont composées initialement d'un binôme assistante sociale-médecins, mais il existe une grande hétérogénéité selon les structures. Si certaines manquent d'un temps médical, au contraire, d'autres vont être pourvues d'une IDE, d'une sage-femme ou encore d'un psychologue dédié à la PASS.

Les missions de la PASS sont tournées vers 3 types d'acteurs.

- En priorité auprès des **patients** : elle assure une prise en charge médicale et sociale. Elle participe à la prévention, au dépistage, en particulier chez les populations migrantes, au diagnostic voire au traitement des patients si besoin. Elle assure aussi une prise en charge sociale majeure, avec une mission d'information et d'accompagnement dans l'accès aux droits des patients.
- Auprès des **professionnels de santé**. Elle doit sensibiliser les professionnels aux problématiques de précarité à travers des campagnes d'information et des formations.
- Enfin, auprès des **partenaires extérieurs** à l'établissement, en créant un réseau de soin auprès des acteurs du champ social et de tout professionnel agissant dans le réseau local de précarité de manière générale.

Le PASS sont financées par un crédit MIGAC (Mission d'Intérêt Général et à la Contractualisation) alloué par l'ARS. Ce budget comprend le financement des professionnels de la PASS, ainsi que tous les frais liés à l'activité de la PASS, tels que demandes d'examens, délivrance de traitements, demande d'interprétariat ou encore transports dans le cas d'une PASS mobile. En 2017, elles sont dotées au niveau national d'un budget de 60 millions d'euros par an pour quelques 430 PASS sur tout le territoire.

(16)

Si les PASS avaient été conçues initialement comme des structures temporaires, elles restent aujourd'hui plus que jamais nécessaires et révèlent les difficultés du système de santé à prendre en charge certains patients complexes. Il en existe aujourd'hui plus de 430 en France, majoritairement dans des structures hospitalières publiques, bien que leur activité tende à se diversifier de plus en plus.

Plus récemment, des PASS mobiles se sont développées. Elles ont vocation à se rendre sur le terrain, sur le lieu d'hébergement des patients comme les centres d'hébergement, squats ou sont en lien avec des associations et rencontrent les patients lors de distribution alimentaire ou sur une tournée de Médecins du Monde. Le PRAPS (Programme Régional dans l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis) de Nouvelle Aquitaine de mars 2018 valorise le développement des PASS mobiles dans la région, ainsi que le déploiement d'EMPP sur le terrain. (17)

2. Les PASS en Gironde

Avec un taux de pauvreté de 13,3%, soit 750 000 personnes en 2012, la Nouvelle Aquitaine est mieux lotie que bon nombre de régions (taux de pauvreté moyen de 14,1 % en France), mais cette moyenne régionale recouvre des réalités territoriales très différentes, avec des disparités entre départements, mais également au sein des départements. (17) En effet, 60 % des personnes en situation de pauvreté résident dans les grands pôles urbains ou à proximité. Les espaces ruraux sont aussi des zones fragilisées : 23 % des personnes en situation de pauvreté résident dans les espaces « hors influence urbaine ». Les PASS ont ainsi toute leur place au cœur des grandes villes, mais aussi dans les zones rurales.

Il existe 47 PASS sur la région Nouvelle Aquitaine, réparties sur 2 zones géographiques : Nouvelle Aquitaine Sud, comprenant les anciens départements de la région Aquitaine, et Nouvelle-Aquitaine Nord. Parmi ces PASS, on dénombre 40 PASS généralistes et 7 PASS spécialisées (3 psychiatriques, 2 pédiatriques et 2 bucco-dentaires).

En Gironde, on dénombre 13 PASS :

- 9 PASS généralistes : CHU Pellegrin, CHU Saint-André, clinique de Lesparre, CH d'Arcachon, CH de Haute Gironde, CH Sud Gironde, CH de Libourne, la polyclinique Bordeaux Rive Droite et CH de Sainte Foy la Grande.
- 4 PASS spécialisées : PASS pédiatrique et maternité à Pellegrin, PASS bucco-dentaire à Saint-André et PASS psychiatrique à Charles Perrens.

Les PASS sont très hétérogènes sur l'ensemble du département, que ce soit en termes de professionnels de santé, de mode d'exercice ou encore de profil des patients. Elles ont toutes vocations à être mobiles.

Le passage annuel est en progression constante. Pour exemple, la PASS de Saint André accueillait 2450 patients en 2018 (contre 2006 en 2017) avec 1887 nouveaux patients (contre 1662 en 2017) et 4274 consultations médicales. (18) Les patients sont majoritairement des migrants d'origine subsaharienne (42%), demandeurs d'asiles, sans logement stable, sans ressources (83%), sans couverture sociale (62%) ou bénéficiaires de l'AME (20%). Les patients étaient vus principalement pour des étiologies psychiatriques (psycho-traumatismes ou addictions), des pathologies aiguës (pathologies digestives, infectieuses, orthopédiques, dermatologiques) ou encore des maladies chroniques (diabète, HTA, cancers). En 2017, 557 consultations spécialisées ont été demandées, principalement en médecine interne/maladies infectieuses, dermatologie, oncologie ou encore orthopédie.

Il existe une convention avec l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) de Charles Perrens, avec une permanence une fois par semaine d'un psychiatre accompagné d'un infirmier ou le passage sur demande des médecins, infirmiers ou psychologues.

De plus, les locaux de la PASS buccodentaire se trouvent à Saint-André, facilitant l'orientation pour les soins de stomatologie.

Tableau n°1 : Effectifs des PASS généralistes en 2019

ETP*/PASS	Médecin	IDE	Sage-femme	Assistante sociale	Psychologue	Secrétaires/ Agent d'accueil
CH Sud Gironde (Langon)	0	0,5	0	0,9	0,2	0,4
Polyclinique Bordeaux Rive Droite (Lormont)	0,3	1	0,2	1	0,4	0
Saint-André	1,3	1	0	1,3	0,5	2
Pellegrin	0,6	0,7	0	0,7	0	0
Arcachon	0,4	0,5	0	1	0	0
Clinique Lesparre						
Blaye	0,1	0,5 mobile	0	1	0,2	1
Libourne						
Sainte Foy	0,2	0,8	0	1,5	0,2	0,4

*ETP : Equivalent Temps Plein

D. Etat de santé des patients consultant à la PASS

1. Profil sociodémographique des patients

Sur le plan national, plusieurs études ont été réalisées pour tenter d'avoir une vision d'ensemble sur les patients consultants à la PASS. L'une d'elle a porté sur l'activité de 21 PASS, d'envergure et de profil varié, étudiant les caractéristiques sociodémographiques de plus de 4700 patients. (19) Les patients sont majoritairement des hommes (59,3%), d'origine étrangère à 77% (majoritairement Maghreb et Afrique sub-saharienne). La majorité d'entre eux cumulent plusieurs facteurs de précarité : sans logement ou logement précaire, isolement social, absence de ressources ou encore absence de couverture sociale.

Concernant la couverture sociale, 52% des patients n'en possèdent aucune alors que l'analyse de la couverture sociale théorique lors de la première consultation montre que 92,4 % des patients sans couverture sociale initiale ont le droit à une protection sociale, majoritairement l'AME. Ces chiffres nous montrent l'absence de connaissance des patients en situation de précarité quant à l'accès à leurs droits.

Les pathologies les plus représentées concernaient les maladies digestives (8,6%), rhumatologiques (7,7%) et psychiatriques (7,3%). Venaient ensuite les maladies infectieuses, gynécologiques ou encore stomatologiques.

L'étude mettait aussi en avant des différences dans les pathologies rencontrées selon les populations étrangères ou non. Ainsi, les français consultaient plus pour des pathologies addictologiques ou psychiatriques, tandis que les patients étrangers présentaient des pathologies aiguës gastro-intestinales ou ostéoarticulaires.

2. Particularités des patients migrants

La population des migrants est à considérer plus attentivement, car en augmentation croissante dans les PASS ces dernières années, et présentant des demandes, des besoins ou des problèmes de santé particuliers, en lien avec leurs origines, leur parcours migratoire ou encore leur mode de vie.

Une étude de 2016 réalisée dans les campements de migrants autour de Paris fait l'état des lieux de l'état de santé des migrants primo-arrivant. (20) Elle révèle que 16% des personnes interrogées déclarent un problème de santé depuis plus de 6 mois, concernant des pathologies respiratoires, digestives, diabète ou maladies infectieuses. Le chiffre s'élève à 75% si on réduit la durée des symptômes aux 6 derniers mois, concernant des problèmes plus aigus : bucco-dentaires, ostéoarticulaires ou encore une asthénie généralisée. Concernant l'accès aux soins, 12% renoncent aux soins et 6% se sont vus refuser l'accès aux soins par manque de couverture sociale.

Une étude similaire étudiait les caractéristiques des migrants consultant dans plus de 30 PASS en France. (21) On retrouve les mêmes caractéristiques que l'ensemble des patients consultant à la PASS : majoritairement des hommes jeunes, d'origine subsaharienne, sans droits ouverts ou demandeurs d'asile, sans revenus ni logement stables.

Une des caractéristiques de migrants primo-arrivants concerne le parcours migratoire. Il dure en moyenne 300 jours et est fréquemment associé à des violences physiques. Ce parcours, très éprouvant, est un facteur de plus de mauvais pronostic de l'état de santé des migrants, susceptible d'aggraver des pathologies chroniques déjà présentes, et est source de pathologies psychiatriques.

Une nouvelle forme de migration fait débat ces dernières années, la migration pour raison de santé. Cela a fait le nid de certains discours politiques et conduit à un durcissement de l'accès à l'AME. En effet, le gouvernement s'inquiète du phénomène de migration pour soins et souhaite durcir l'accès aux droits pour les personnes primo-arrivantes. Ce motif de migration est cependant difficile à quantifier, et si certaines études l'estiment à moins de 3% (22), l'enquête Premiers Pas montre que la santé est un motif de migration pour 25% des migrants interrogés. (23) De plus, elle met en évidence une dégradation de l'état de santé des migrants au fur et à mesure de la durée de leur résidence dans le pays d'accueil. Ces constatations sont étayées par les chiffres du ministère de la santé concernant l'AME qui indiquent que 2/3 des dépenses de l'AME du droit commun concernent des soins hospitaliers. (8) Les médicaments les plus délivrés aux bénéficiaires de l'AME concernent les antirétroviraux, les médicaments de substitution, les AINS, les antalgiques, les antinéoplasiques et antidiabétiques. Le rapport montre aussi une augmentation des dépenses pour insuffisance rénale chronique, cancers et maladies hématologiques. Ces chiffres sont à prendre avec précaution, du fait notamment de l'augmentation des coûts des traitements, spécifiquement en oncologie et hématologie. Enfin, d'après le rapport Comede de 2019, 23% de maladies graves sont connues avant l'arrivée en France. (24) Ce constat est retrouvé aussi dans le rapport d'activité du CHU de Bordeaux de 2018. (14)

3. Demande de consultation et d'hospitalisation

La persistance des inégalités de santé et la progression de l'immigration conduit à une augmentation constante de la fréquentation des PASS en France. Malgré le développement des PASS, que cela soit en nombre mais aussi en développant des PASS mobiles, les structures ne peuvent pas toujours faire face aux nombreuses demandes. La

précarisation d'une certaine couche de la population et l'augmentation de pathologies graves chez les personnes migrantes peuvent amener les professionnels de santé des PASS à demander d'avantage d'avis spécialisés, voire d'hospitalisations.

Plusieurs études montrent une nécessité d'avis spécialisé pour plus de 25% des patients, essentiellement pour les spécialités gynécologiques, stomatologiques ou encore gastro-entérologiques. (15, 17, 21) Sur la PASS de Saint André, 557 consultations avaient été demandées en 2017, principalement pour des pathologies dermatologiques, infectieuses ou encore néoplasiques.

Il existe en France une carence importante en termes de médecins psychiatres, donnant des délais de prise en charge souvent très long, ne permettant pas toujours de répondre à l'urgence de certaines situations. Ce constat est d'autant plus vrai dans les PASS, où on retrouve un grand nombre de pathologies psychiatriques, du fait des antécédents des patients et de leur parcours de vie, ou encore de leur environnement. Les délais avec les Centres Médico-Psychologiques (CMP) sont souvent de plusieurs semaines voire mois. Pour pallier à cette situation, l'ARS a créé des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP), qui permettent des évaluations psychiatriques au sein de la PASS ou dans les structures d'hébergements des patients, en lien avec le CMP. (5)

Les hospitalisations concernaient 5% des patients, essentiellement dans les services de médecine interne ou de psychiatrie. La PASS du CHU de Nantes a ainsi été intégrée au service de médecine interne plutôt qu'à celui des urgences, permettant la présence d'un médecin interniste au besoin, et facilitant les hospitalisations. (26) Dans cette étude, les principales étiologies nécessitant une hospitalisation concernaient les maladies infectieuses, mais aussi des bilans d'hyperéosinophilie, les hémoglobinopathies ou encore des bilans d'altération de l'état général.

Les patients issus de la PASS nécessitent des hospitalisations en rapport avec des pathologies graves, mais aussi liées à leur situation de précarité. Une hospitalisation peut être nécessaire si un bilan doit être fait et que le suivi du patient est impossible, ou encore si les conditions de vie ne permettent pas une observance ou une administration du traitement optimal. Cependant, l'hospitalisation peut être vécue comme un véritable choc pour le patient. Ceci est d'autant plus vrai pour le patient migrant, qui doit

s'adapter non seulement à nouveau pays, mais aussi une institution, avec ses codes et ses règles. (27) La barrière de la langue majore l'incompréhension entre les soignants et le patient, et peut entraîner un véritable sentiment de solitude. Ces aspects psychologiques sont à prendre en compte au moment d'une hospitalisation de patients en situation de précarité.

Ainsi, les demandes d'avis, de consultations spécialisées, voire d'hospitalisation sont le quotidien des professionnels des PASS. La réalité semble cependant plus compliquée et des obstacles peuvent être rencontrés dans leurs démarches. Il est donc important de s'intéresser aux freins qui limitent l'accès des professionnels des PASS aux consultations spécialisées et aux hospitalisations, en étudiant le ressenti des professionnels au sens large.

II. DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODES

A. Objectif

L'objectif principal de l'étude est de mettre en avant les obstacles ressentis par les professionnels des PASS de Gironde dans l'accès aux spécialistes. L'objectif secondaire est de montrer les facteurs facilitants et les leviers à ces obstacles.

Pour cela, j'ai réalisé une étude qualitative par des entretiens semi-dirigés auprès des professionnels des PASS de Gironde. Concernant la méthodologie, je me suis appuyée sur plusieurs ouvrages détaillant les méthodes d'entretiens et d'analyse d'études qualitatives. (24,25)

B. Population

La population interrogée concernait les professionnels travaillant dans les PASS de Gironde. J'ai choisi d'interroger les professionnels de santé dans leur diversité tels que les médecins, infirmières, psychologues ou encore sages-femmes ; mais aussi les assistantes sociales qui jouent un rôle prépondérant au sein des PASS et ont donc une expertise du sujet intéressante. L'organisation et la taille des PASS étant très hétérogène, j'ai choisi de limiter mon étude à un département de Nouvelle Aquitaine, la Gironde, afin d'avoir une vue d'ensemble des différentes structures possibles. J'ai donc réalisé des entretiens dans les PASS de Saint André, Pellegrin, Arcachon, Blaye, Langon, Lesparre, Libourne, Lormont, Saint Foy la Grande et enfin Bagatelle.

C. Réalisation des entretiens

Un guide d'entretien a été préalablement réalisé, recoupant plusieurs grands thèmes hypothétiques évoqués durant mes travaux de recherches. J'avais ainsi choisi d'aborder entre autres les freins organisationnels, les disponibilités des spécialistes, les freins liés à la population de la PASS ou encore la place de la PASS au sein de l'établissement. Les entretiens étaient semi-dirigés. Les questions étaient posées de manière ouverte sur ces différents grands thèmes au professionnel interrogé, lui permettant une certaine liberté dans sa réponse, tout en me laissant la possibilité de relancer l'interrogé.

Les entretiens ont été initialement en face à face, enregistrés par un dictaphone. Puis le contexte de crise sanitaire nous a obligé à réaliser les entretiens par téléphone, avec un enregistrement des conversations téléphoniques via une application mobile.

Les entretiens ont été tous retranscrits intégralement sur un logiciel de traitement de texte, au fur et à mesure. J'ai réalisé des entretiens jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire quand plus aucun nouveau thème ne ressortait des entretiens.

D. Analyse thématique

Les entretiens ont été analysés de manière thématique. J'ai initialement réalisé un codage ouvert en découpant les entretiens en segments, appelés verbatims, avec un double codage parallèlement pour les premiers entretiens. J'ai ensuite pu regrouper les verbatims en thèmes et sous-thèmes, me permettant ainsi de les classer selon la grille d'analyse thématique.

III. TROISIEME PARTIE : RESULTATS

A. Les enquêtés

J'ai réalisé 24 entretiens, 3 en face à face et 21 par téléphone (Tableau 1). Parmi les 24 professionnels, il y avait 7 médecins, 7 infirmiers, 5 assistantes sociales, 3 sages-femmes et 2 psychologues. Les entretiens ont duré entre 8 et 46 minutes avec une moyenne de 20 minutes.

Tous les enquêtés étaient actuellement salariés dans une PASS de Gironde, hormis P20 qui avait changé tout récemment de poste.

Tableau n°1 : Caractéristiques des enquêtés et modalités des entretiens

N° du professionnel	Genre	Poste	Entretien	Durée
P1	F	Médecin	Téléphonique	35mn
P2	F	Médecin	Face à face	25mn
P3	H	Médecin	Face à face	24mn
P4	H	Médecin	Téléphonique	17mn
P5	H	Médecin	Téléphonique	20mn
P6	F	Médecin	Téléphonique	21mn
P7	H	Médecin	Téléphonique	8mn
P8	F	IDE	Téléphonique	16mn
P9	F	IDE	Téléphonique	16mn
P10	F	IDE	Téléphonique	24mn
P11	F	IDE	Téléphonique	17mn
P12	F	IDE	Téléphonique	21mn
P13	F	IDE	Face à face	17mn
P14	F	IDE	Téléphonique	12mn
P15	F	Assistante sociale	Téléphonique	23mn
P16	F	Assistante sociale	Téléphonique	15mn
P17	H	Assistant social	Téléphonique	23mn
P18	F	Assistante sociale	Téléphonique	27mn

P19	F	Assistante sociale	Téléphonique	21mn
P20	F	Sage-femme	Téléphonique	33mn
P21	F	Sage-femme	Téléphonique	46mn
P22	F	Sage-femme	Téléphonique	25mn
P23	H	Psychologue	Téléphonique	16mn
P24	F	Psychologue	Téléphonique	27mn

Pour répondre à mon critère de jugement principal, j'ai initialement exposé les obstacles ressentis par les professionnels des PASS dans l'accès aux soins, en distinguant les freins organisationnels, les freins émanant des spécialistes puis des patients eux-mêmes, les freins liés à la visibilité des PASS au sein de leur structure, et enfin, j'ai voulu mettre en avant les divergences mises en avant selon les PASS et les spécialités.

Dans un deuxième temps, j'ai étudié les leviers pour faire face à ces obstacles selon le même plan : organisationnels, liés aux professionnels puis aux patients, et enfin j'ai développé la notion de réseau, nécessaire pour répondre aux difficultés rencontrées.

B. Freins à l'accès aux spécialistes

1. Freins organisationnels

La grande majorité des obstacles est en lien avec des aspects très pratiques du parcours de soins, spécifiques à la situation de vulnérabilité des patients. Dans un premier temps, l'absence de couverture et les difficultés de facturation sont une des limites quasi-systématiques pour les patients dans ces situations. Par ailleurs, des freins liés à la barrière de la langue, aux distances géographiques et au manque de mobilité, ou encore à la complexité des prises en charge médicales vont venir, dans un second temps, se greffer aux difficultés initiales.

a) Absence de couverture

Difficultés d'accès aux consultations

Si les consultations initiales à la PASS ne nécessitent pas d'ouverture de droits, il en est tout autrement quand il s'agit de consultations spécialisées intra-hospitalières, et l'absence de droits reste le principal frein organisationnel rapporté par de nombreux professionnels, même au sein de l'hôpital. L'enquête n°2 nous fait part de cette difficulté, ainsi que du délai pour obtenir une ouverture des droits.

« Théoriquement, pour faire des imageries ou des avis spécialisés, il faudrait que le patient ait une couverture sociale, pour pouvoir avoir une consultation. [...] Voilà, donc ça, c'est la première difficulté. C'est l'absence de couverture sociale et les délais d'obtention de couverture sociale pour les patients. » (Enquête n°2)

L'absence de droits va bloquer l'accès aux consultations dès le bureau des entrées. En effet, si la PASS possède un budget dédié à ses consultations, les consultations dans les services spécialisés nécessitent un paiement, que ce soit par la sécurité sociale ou par le patient lui-même. L'enquête n°13 nous rapporte ce blocage aux admissions ainsi que la problématique du paiement.

« S'ils n'ont pas d'ouvertures des droits, ils peuvent être pris mais en général ça bloque aux admissions pour les consultations, sauf s'ils sont d'accord pour payer en fait. » (Enquête n°13)

La question se pose d'autant plus pour les hospitalisations, où les factures sont nettement plus importantes. Si certaines consultations spécialisées peuvent être facturées sur le budget de la PASS, il n'en est pas de même pour les hospitalisations.

« Nous, on ne peut pas faire passer une hospitalisation en PASS. Donc il faut absolument qu'il y ait une ouverture des droits, des choses faites en amont. Si les personnes sont hospitalisées alors qu'elles n'ont pas de droits, et bien, c'est un peu la cata ! » (Enquête n°16)

Par ailleurs, les difficultés concernant l'absence de couverture sont d'autant plus flagrantes dans le cas des consultations externes, qui nécessitent d'avoir des droits ouverts pour que le professionnel de santé soit rémunéré. Or, les professionnels des PASS sont régulièrement obligés d'orienter les patients en consultations externes, quand

l'offre de soins intra-hospitalière est insuffisante. Les enquêtés n° 2 et 8 nous rapportent ainsi leur difficulté concernant certaines spécialités.

« La proctologie, qui n'ont pas de consultation au CHU, donc on est obligé de demander des avis en privé, et donc pour les patients qui n'ont pas de couverture sociale, y'a pas de solution. » (Enquêtée n°2)

« Je dirais que, si vraiment on doit solliciter une autre spécialité qui est à l'extérieur, là c'est beaucoup plus compliqué. Donc comme je vous le dis, notamment les dents et les yeux. » (Enquêtée n°8)

A l'instar des consultations spécialisées, l'enquêté n°7 met en avant les difficultés par rapport aux actes techniques, notamment aux examens complémentaires. La problématique par rapport à l'absence de couverture reste la même : le paiement.

« Par contre, les TDMs c'est plus compliqué pour une question d'argent. Le problème c'est : « Qui va payer ? » [...] Moi j'ai l'impression, que le problème, c'est plutôt les actes techniques qui coûtent. »

Freins administratifs

Du même ordre, plusieurs enquêtés rapportent des freins, liés aussi à l'absence de couverture du patient, mais majorés par des blocages administratifs. Que ce soit lié à la politique hospitalière ou au statut administratif du patient, ces obstacles supplémentaires vont bloquer les professionnels dans l'accès aux prises en charge spécialisées.

Ainsi, l'enquêtée n° 14 nous explique les contraintes administratives qu'elle rencontre au sein de son hôpital, liées à une politique budgétaire.

« Si y'a pas du tout de droits, bah là c'est pareil, c'est un peu des négociations avec l'administration ici. Il faut vraiment qu'on justifie la nécessité de cette consultation en urgence. » (Enquêtée n°14)

Ces « négociations » pour une prise en charge optimale du patient finissent par faire naître un sentiment de lassitude et d'agacement, dans des situations souvent déjà bien complexes.

*« Le seul souci qu'on a, c'est plutôt la barrière, ici en interne, administrative, du fait que ce n'est pas nous qui gérons les budgets, donc...On sait que, des fois y'a des budgets, mais ils mettent un peu des barrières pour tout et n'importe quoi. Donc c'est parfois agaçant, de négocier des trucs, auprès d'administratifs qui ne connaissent rien au niveau médical. »
(Enquête n°14)*

Un autre frein rapporté par certains enquêtés est la complexité dans l'ouverture de droits dans des cas bien particuliers. En effet, chez certains patients, du fait de leur nationalité, de leur statut juridique, ou encore de leur système de protection sociale, les délais d'ouverture des droits peuvent être rallongés, voire impossible.

L'enquêté n°17 nous rapporte ainsi les difficultés qu'il rencontre avec la caisse des salariés agricoles, la MSA. Au contraire, la présence d'un contact privilégié au sein d'une caisse d'assurance maladie semble être facilitateur dans l'ouverture des droits

« Alors déjà, y'a la barrière MSA, qui s'appelle comme ça. Qui est une grosse barrière. Parce qu'ils pensent que tout fonctionne bien chez eux, et quand on leur dit qu'il ya des problèmes, ils disent qu'il n'y en a pas. Non, effectivement, grosse difficulté avec la MSA. Parce qu'on n'a pas d'interlocuteur préférentiel, comme à la CPAM. Donc c'est, des fois, des dossiers sans fin. » (Enquêté n°17)

Une autre situation bien spécifique, évoquée plusieurs fois, est l'absence de couverture chez les citoyens européens, possédant un visa de court séjour, ayant une couverture médicale dans leur pays d'origine.

« Puis après, y'a des situations qui sont assez compliquées, pour lesquelles c'est très difficile de savoir ce qu'il faut en faire quoi. Par exemple, des patientes qui ont un titre de séjour dans un territoire européen, Italie ou Espagne par exemple, c'est les pays les plus courants. Qui ont une couverture sociale du coup, en Italie ou en Espagne ; et qui viennent en France, du coup avec leur couverture italienne ou espagnole, avec le projet de rester en France ou de repartir. Donc, qu'est-ce qu'on fait pour ces patientes là ? » (Enquête n° 21)

Ces patients sont donc en situation régulière car citoyens européens, mais ne peuvent être pris en charge en France. Pour être éligibles à une couverture en France, ils ne doivent pas être couverts dans leur pays d'origine. L'enquêté n°17 nous raconte le parcours administratif laborieux pour accéder à l'ouverture des droits chez ces patients.

« Et c'est là que c'est compliqué. Puisque pour prouver ça, il faut le fameux formulaire E-121, que personne n'a évidemment ! Et une fois qu'on est en France, pour arriver à

recupérer ce fameux certificat auprès des autorités administratives, alors bulgares ou roumaines j'en parle pas, mais même italiennes ou espagnoles, ça reste quelque chose d'extrêmement compliqué ! Et sans ça, il n'y a rien ! Il n'y a aucun traitement de dossier. Donc on se retrouve confronté à des gens, qui n'ont pas de droits, et qui, à priori n'en auront pas. » (Enquête n°17)

De plus, ils ne sont pas éligibles à l'AME car ils ne sont pas en situation irrégulière.

Enfin, un cas plus isolé mais complexe, rapporté par l'enquête n°15, est celui des patients sans droits, sans aucun papier officiel, et donc sans perspective d'ouverture de droits. Si une hospitalisation en urgence a lieu, la question du paiement est encore à ce moment-là problématique.

« Dans des cas particuliers, moins souvent, mais qui arrivent quand même, où on a aucun droit ouvert, avec irrégularité sur le sol français, pas de papiers d'identité, on ne sait pas de quelle origine la personne est, on a aucune nationalité pour le ou la patiente. Et du coup, l'hospitalisation est payante, mais ne sera jamais payée et ne sera jamais remboursée par la sécurité sociale. » (Enquête n°15)

b) Barrière de la langue

Le deuxième frein organisationnel mis en avant par les enquêtés concerne la barrière linguistique. Une grande partie des patients de la PASS sont étrangers, et bon nombre d'entre eux ne parle pas français. Cette barrière engendre des freins en consultations à la PASS, mais surtout en consultations spécialisées, et les solutions d'interprétariat sont elles aussi souvent complexes à mettre en place.

Barrière linguistique en consultations

L'enquête n°3 le dit explicitement. Le spécialiste doit pouvoir interroger son patient, pour comprendre la plainte du malade.

« Et l'autre gros frein que je vois, c'est la barrière de la langue, parce que c'est pareil, ils ont besoin d'interroger leurs patients comme tout le monde. » (Enquête n°3)

Cette barrière le limite dans son orientation et l'oblige à adresser ses patients uniquement à l'hôpital,

« Et par contre moi je n'oriente pratiquement QUE vers l'hôpital. Parce qu'à Pellegrin j'ai pratiquement que des personnes qui ne parlent pas français, et en ville ce n'est pas possible du coup de les orienter. » (Enquêté n°3)

De même, la limitation de communication entre le médecin et son patient va empêcher une explication claire de la pathologie et du plan de soins. Ainsi, la barrière de la langue va être un frein de manière bilatérale, comme le rapporte l'enquêtée n°2.

« Ça va compliquer la compréhension, pour le médecin, de la pathologie du patient, ça va compliquer la compréhension, par le patient, de la proposition du médecin. » (Enquêtée n°2)

L'enquêtée n°6 approfondit le sujet. En effet, si un patient ne peut pas clairement comprendre sa maladie et la proposition du médecin, l'observance du traitement et le suivi ne seront pas optimales, engendrant des retours à la case départ, voire une aggravation de son état de santé.

« Quand tu dois faire une annonce un peu complexe à quelqu'un qui ne parle pas français... Je leur ai fait comprendre aussi, que la personne en face qui ne comprend pas, c'est une personne qui va revenir, qui ne va pas bien suivre les traitements, qui va s'aggraver. » (Enquêtée n°6)

Ainsi, en dehors du problème de compréhension lors de la consultation en elle-même, la barrière linguistique va être un frein dans la prise en charge médicale, par manque de compréhension entre le médecin et le patient, engendrant parfois des situations où la balance bénéfique/risque est en faveur de l'abstention thérapeutique.

Difficultés liées à l'interprétariat

Des solutions existent pourtant pour pallier à cette barrière linguistique et les systèmes d'interprétariat ne manquent pas. Cependant, plusieurs enquêtés rapportent le manque de solutions proposées par l'hôpital pour y accéder. Les propos de l'enquêté n°3 donnent l'impression que les professionnels des PASS sont abandonnés face à ce problème et doivent trouver les solutions par eux-mêmes.

« Mais ça c'est vrai, on n'a pas de structures comme l'OFPRA, de système d'interprétariat facilité. C'est les moyens du bord, et on se débrouille. » (Enquêté n°3)

Chez l'enquêté n°17, des solutions existent mais ne semblent pas utilisées en pratique.

« On a eu un code d'accès à l'interprétariat effectivement, mais on n'a pas un accord franc et entier de l'utiliser. » (Enquêté n°17)

En dehors de l'absence de système d'interprétariat facilité, certains évoquent les difficultés pour les spécialistes d'accéder à l'interprétariat. Difficultés probablement liées à la méconnaissance dans l'accès à l'interprétariat. Les professionnels ne connaissent pas les réseaux, le numéro à appeler, ou encore n'ont pas le budget alloué.

« Après y'a un truc qui est énorme, c'est la barrière de la langue, qui rend un peu plus compliquées les consultations spécialisées ailleurs, parce qu'il faut qu'ils prévoient un interprète à ce moment là aussi. Et que, les interprètes, nous ici on arrive à en avoir facilement, je trouve ; dans les autres services, c'est pas forcément évident... » (Enquêtée n°13)

L'accès à l'interprétariat pour des patients hospitalisés semble aussi plus compliqué que pour une consultation programmée. Cela peut sembler contradictoire car les créneaux pour un patient hospitalisé sont plus larges que pour une consultation. On peut donc penser que cette liberté de temps pourrait être facilitante dans l'accès aux interprètes.

« Nous on est rodé à l'usage de l'interprétariat, qui est beaucoup plus adapté à la prise de rendez-vous pour des consultations qu'à de l'hospit. » (Enquêté n°3)

Enfin, en plus de la méconnaissance dans l'accès aux systèmes d'interprétariats, l'enquêtée n°21 rapporte les difficultés liées à la prise de rendez-vous, nécessitant une certaine expérience dans le domaine.

« Après, l'accès à la langue. [...] Alors, le parcours, c'est un parcours du combattant, mais que moi, je maîtrise, alors du coup ça va. » (Enquêtée n°21)

On peut se demander pourquoi des accès facilités à l'interprétariat ne sont pas plus développés dans certains hôpitaux. Cela semble être en grande partie en raison du coût assez élevé de ces services. Certaines structures n'en ont tout simplement pas du tout.

« Et nous, après, on n'a pas accès à l'interprétariat. Parce qu'on n'a pas les budgets voilà ! » (Enquêtée n°13)

D'autres ont mis à disposition une solution d'interprétariat mais limitent son utilisation ou sa promotion. L'enquêtée n°22 ne semble pas sûre de l'existence d'un système d'interprétariat.

« Et au niveau de l'interprétariat, je crois que l'hôpital a, je ne sais pas si c'est officiel ou pas, ou si ça a été mis en place, un système avec interprétariat, mais ça coûte extrêmement cher quoi ! » (Enquêté n°22)

« Et maintenant, à force d'avoir fait le forcing, on a quelques créneaux d'interprétariat téléphoniques qu'on peut utiliser de façon très ponctuelle, pour des cas où vraiment on n'a pas d'autres solutions. » (Enquêtée n°6)

c) Mobilité et repérage

« Le frein, en fait, c'est la mobilité ! » (Enquêtée n°11)

La mobilité des patients de la PASS est un autre des principaux freins organisationnels. Ce frein est principalement rapporté dans les zones rurales, mais pas seulement. Que cela soit lié au manque de moyen de locomotion, au manque de ressources pour prendre les transports en commun, aux grandes distances ; tous ces obstacles participent à limiter l'accès aux spécialistes pour certains patients de la PASS.

Du fait de leur précarité, certains patients sont amenés à vivre éloignés des structures de soins. L'enquêté n°3 explique ainsi les difficultés des patients d'honorer leur rendez-vous du fait de cet isolement géographique.

« Y'a les complications liées à l'absence d'hébergement [...] Y'en a qui vont loin en dehors de la métropole, pour avoir un endroit où dormir, ou parce que là ils connaissent quelqu'un qui peut les dépanner ; mais du coup c'est compliqué d'être au rendez-vous à 9h ou 8h au bloc ! » (Enquêté n°3)

En zone rurale, indépendamment de leur précarité, certains patients se voient obligés de parcourir de nombreux kilomètres pour accéder à un spécialiste.

« La distance, j'oubliais, c'est essentiel. Sur notre territoire, c'est un gros problème, parce qu'on a un territoire très étendu, et il n'ya pas de transports en commun. Donc selon l'endroit où la personne habite, effectivement, c'est une question qui va se poser, la question de la distance et de la mobilité. » (Enquêtée n°11)

Du même ordre que l'isolement géographique, l'absence de moyens de locomotion d'un grand nombre de patients va limiter les possibilités de déplacements et donc de se rendre aux consultations. Cela est d'autant plus flagrant en zone rurale où les transports en communs sont bien souvent peu développés.

« Nous, le frein évident, c'est celui de la mobilité. Puisque les gens n'ont souvent pas de moyens de transport, et qu'on vit dans une zone rurale, donc avec un faible maillage par les transports publics. » (Enquête n°5)

L'enquête n°19 évoque l'impuissance des professionnels pour trouver des solutions de locomotion. Si dans de rares cas, le médecin peut prescrire un bon de transport, cela n'est pas possible dans la grande majorité et le patient doit se débrouiller par lui-même.

« Et généralement on ne peut pas organiser les transports... Alors des fois, ça arrive, que le médecin fasse des bons de transports. Mais généralement on ne peut pas faire de bons de transports. Y'a pas de justification. Donc y'en a, quand même, qui prennent le train, mais pas tous. » (Enquête n°19)

Et même si le patient est capable de prendre les transports en commun, faut-il encore qu'il puisse les payer. L'enquête n°3 nous fait part de cette problématique et en quoi cela peut, encore une fois, amener le patient à ne pas se présenter à son rendez-vous.

« Y'a les complications liées à [...] l'absence de ressources notamment pour payer les transports. Et c'est compliqué pour eux d'assurer les rendez-vous en temps et en heure, de se déplacer, y'en a pleins qui se font contrôler et jarter des transports publics. » (Enquête n°3)

S'il nous paraît simple de circuler dans une ville que nous connaissons, il en est tout autrement pour des patients étrangers, en rupture sociale, ou encore SDF, dont l'environnement peut être limité uniquement à quelques rues. L'enquête n°2 évoque tout d'abord la complexité liée à la fragmentation du CHU en trois sites géographiquement éloignés.

« Le fait que le CHU soit séparé en trois sites différents c'est compliqué. » (Enquête n°2)

L'enquête n°22 développe cette problématique d'orientation des patients, en évoquant les difficultés de lecture des panneaux indicatifs, liés encore une fois à la barrière de la

langue, notamment quand l'alphabet de la langue d'origine est différent. De plus, ces personnes, qui auraient d'autant plus besoin d'aide pour s'orienter, ne possèdent bien souvent pas de smartphone avec un système de localisation.

« Je dirais que là, ce qui pose pour eux essentiellement problème, c'est la lecture de l'alphabet, qui peut ne pas être le même alphabet que la patiente : en arabe, en cyrillique,... Voilà, tout ça, c'est encore une complication de plus quoi. Du coup, le repérage des lieux, pour savoir où elles ont rendez-vous, c'est très difficile. [...] Parce que si on n'a pas de téléphone, la plupart n'ont pas accès à internet, nous ça nous paraît facile de taper sur TBM « aller de là à là ». Eux non. Ils n'ont pas accès à ça. » (Enquête n°22)

Enfin, face à ces multiples problèmes d'orientation et de mobilité, plusieurs professionnels expriment leur regret de ne pas pouvoir accompagner physiquement les patients à leur rendez-vous, par manque de temps ou encore par absence d'autorisation légale.

« Or nous n'avons pas le droit, nous, d'accompagner les patients dans les voitures de l'hôpital. » (Enquête n°10)

« Mais ça, le problème, c'est qu'on ne peut pas les accompagner tous aux rendez-vous médicaux. » (Enquête n°19)

d) Prises en charge complexes

« C'est un petit peu la difficulté de la misère sociale des gens. Donc, c'est compliqué de les prendre en charge quoi ! » (Enquête n°4)

La principale caractéristique qui réunit les patients de la PASS et l'existence de facteurs de précarité. Cette précarité, qu'elle soit financière, sociale, administrative ou encore relationnelle va complexifier, de manière très différente selon les cas, les prises en charge médicales, et d'autant plus spécialisées.

L'absence de logement, l'absence de suivi possible, un passé médical lourd, sont autant de spécificités qui vont limiter un suivi spécialisé.

L'enquêtée n°20, sage-femme, évoque le problème de comorbidités fréquentes chez ces patientes enceintes, qui va complexifier le suivi de grossesse, nécessitant la prise en compte de plus de facteurs. Elle utilise l'expression « patate chaude » pour souligner le risque de décompensation d'une pathologie.

« Les patientes grandes précaires, elles ont quand même des pathologies souvent associées, c'est pas simple quoi. Donc c'est un peu parfois des « patates chaudes ». » (Enquêtée n°22)

Pour les patients sans domicile fixe, la prise en charge médicale, pour des pathologies lourdes mais aussi pour des soins plus courants, peut se révéler compliquée, notamment à cause du manque d'hygiène, ou encore dû manque de logement pour faire les soins. Ainsi, une chimiothérapie pour un patient à la rue ne semble pas vraiment adaptée, comme l'évoque l'enquêté n°15.

« Y'a aussi les soins qui, parfois, vont être compliqués à accéder parce que, pour un SDF qui vit en squat, ou qui vit dans la rue, dans un tente, l'hygiène n'est pas au beau fixe. Donc, par exemple, une personne qui a un cancer, qui va avoir besoin d'une chimio, ça va être compliqué. » (Enquêté n°15)

Ainsi, l'enquêtée n°2 nous explique que cela va avoir un impact dans l'accès aux spécialistes car ceux-ci ne pourront pas envisager les soins adaptés chez une personne sans logement. Le refus du spécialiste de voir le patient n'est pas formel mais est lié au fait qu'il ne pourra pas lui proposer une prise en charge optimale, que ce soit une chimiothérapie pour un oncologue, ou une chirurgie pour un orthopédiste.

« Ce n'est pas qu'ils refusent de voir le patient, c'est qu'ils nous disent « ça sert à rien qu'on voit les patients tant que l'hébergement n'est pas stable, parce qu'on ne pourra pas proposer un traitement ». [...] Les orthopédistes nous disent ça aussi. Ils nous disent quelques fois « et bien j'ai pas besoin de voir ce patient, parce que je ne pourrai pas l'opérer tant qu'il n'aura pas un logement, parce qu'il ne pourra pas avoir les pansements, la kiné,... ». Tout ce qui peut être nécessaire en post op, et qui est possible que quand, non seulement les gens ont des droits, mais aussi un hébergement stable. » (Enquêtée n°2)

Que cela soit en lien avec un manque d'observance lié à une pathologie addictologique, à des problématiques organisationnelles ou à l'absence d'un logement fixe, le suivi d'un patient peut se révéler compliqué, voire parfois impossible. Dans ces cas-là, comme le

rapporte l'enquête n°3, les soins initiés par les spécialistes ne sont pas poursuivis, conduisant à des situations médicales inquiétantes.

« Et y a parfois des grosses catastrophes ! Y a pas eu de surveillance d'une plaie et soins infirmiers tous les deux jours, bon bah là c'est pire que retour à la case départ, c'est parfois même pire ! » (Enquête n°3)

Un autre frein pour les spécialistes, dans la prise en charge de ces patients, est l'absence de dossiers médicaux antérieurs, de ce qui a été fait ou non dans le pays d'origine. Pour certaines spécialités comme l'oncologie, cela va nettement complexifier leur prise en charge.

« Les difficultés qu'il peut y avoir dans les demandes d'avis, c'est le fait que c'est des dossiers qui sont complexes, parce qu'on a beaucoup de patients qui viennent avec aucun antécédent médical ou pas de dossiers médicaux à jour, ou des documents qui sont pas en français... Enfin on part de zéro ! » (Enquête n°3)

Ainsi, certains spécialistes demandent aux patients de récupérer leur dossier dans leur pays d'origine. L'enquête n°21 nous fait part de la difficulté pour ces patients face à cette demande, qui peut au final bloquer la prise en charge.

« Après, je dirais que, pour ce qui est de l'hépatologie, j'ai eu des retours de patientes à qui on a demandé d'avoir les courriers de leur pays d'origine. Sachant que pour elles, c'est impossible d'avoir ce genre de chose quoi ! Par exemple, on a demandé à une patiente bulgare, d'avoir un courrier du médecin qui l'avait suivi et qu'elle avait vu une fois ou deux en Bulgarie. » (Enquête n°21)

Certains professionnels évoquent la situation de patients migrants pour soins. Ces patients, de par leurs pathologies souvent lourdes, la barrière de la langue ou encore l'absence de logement stable, cumulent les obstacles pour une prise en charge adaptée. L'enquête n°2 évoque ce problème, notamment pour des spécialités comme l'oncologie ou encore l'orthopédie.

« Parce que, en fait, y'a des patients qui viennent avec des problèmes, oncologiques par exemple, ou orthopédiques, qui n'ont pas pu être pris en charge dans leur pays, et donc qui viennent ici dans le but de se faire soigner. Et donc, ils arrivent par la PASS, parce qu'ils viennent d'arriver en France, ils sont précaires, ils n'ont pas encore de logement, ils n'ont

pas de couverture sociale, etc... Mais en fait, le but de leur migration, c'est la prise en charge d'une pathologie, qui ne pouvait pas l'être dans leur pays d'origine. » (Enquêtée n°2)

Toutes ces spécificités des patients de la PASS, ces complexités dans la prise en charge, engendrent des consultations souvent très longues, qui peuvent freiner le spécialiste dans sa prise en charge.

*« Alors c'est le problème, parce que ça fait des consultations très très longues ! »
(Enquêtée n°22)*

Les freins de nature organisationnels représentent donc une grande partie des limites dans des prises en charge spécialisées. Si des problèmes liés à l'absence de couverture médicale ou la barrière de la langue semblent assez évidents, les enquêtés ont permis de mettre en avant des obstacles plus intrinsèques à la précarité des patients. Leurs difficultés à se déplacer, et donc à respecter les rendez-vous en est un premier. On note par ailleurs la difficulté des spécialistes pour prendre en charge des patients PASS, liée à l'absence de logements, qui limite les solutions thérapeutiques, ou encore au manque d'informations antérieures. Ces situations sont finalement assez fréquentes, notamment dans des contextes de migrations pour soins.

2. Freins de la part des professionnels de santé

Une fois surmontée les freins organisationnels, ce sont les professionnels eux-mêmes qui peuvent limiter la prise en charge. Cela peut être en lien avec des prises en charge qui ne sont pas adaptées à un patient en situation de précarité, à des craintes et des attitudes maltraitantes des professionnels, mais aussi par des blocages en amont au niveau du secrétariat.

a) Prises en charge inadaptées

En raison des délais de consultation, des traitements mis en place ou encore des soins nécessaires, certaines prises en charge ne semblent absolument pas adaptées au mode de vie du patient. Cette inadéquation entre ce que souhaiterait le professionnel de santé et ce que peut suivre le patient, engendre un échec du suivi et de la prise en charge. Si ces obstacles ne correspondent pas toujours directement à des freins rencontrés par des professionnels des PASS dans l'accès aux spécialistes, ils provoquent cependant des échecs de prises en charge et une lassitude de la part des professionnels de santé, qui auront par la suite plus de réticences à prendre en charge ces patients.

Le principal facteur limitant, une fois que le rendez-vous a pu être fixé, est la longueur du délai. Un grand nombre de rendez-vous ne seront pas honorés car les patients de la PASS, du fait de leur précarité, n'arriveront pas à attendre, ou à mémoriser le jour et l'heure du rendez-vous.

« L'endocrino c'est plus compliqué. Parce qu'on a une consultation d'endocrino, je crois que les délais de rendez-vous sont tels, qu'il est quand même rare que nos patients patientent autant. En général ils disparaissent avant, quand les délais sont trop longs. Voilà, le principal obstacle que je verrai c'est ça. C'est plutôt une problématique de délai qui n'est pas adapté aux patients. » (Enquêtée n°10)

« A chaque fois qu'on leur donne un rendez-vous qui est dans quelques jours ou semaines, y'a des loupés. » (Enquêtée n°6)

Les raisons de ces « loupés » peuvent parfois être difficiles à comprendre pour les professionnels de santé, qui ont parfois ouvert un créneau de consultations exprès pour le patient. La précarité engendre de nombreuses raisons à ce manque d'investissement du patient comme nous l'explique l'enquêtée n°2.

« Si le rendez-vous qu'on nous a donné est un peu loin, le patient, un peu perdu dans ses projets, entre les contraintes administratives, l'absence de logements,...peut avoir perdu le papier ou zappé le rendez-vous. » (Enquêtée n°10)

Une fois la prise en charge initiée par un spécialiste, c'est le plan de soin qui peut ne pas convenir au mode de vie du patient. Parce que le patient n'a pas de logement ou de

sécurité sociale, et ne pourra donc pas réaliser la kinésithérapie que lui a prescrite le chirurgien comme l'illustre l'enquêtée n°13.

« Et des fois je me rends compte que le projet thérapeutique pour le patient n'est pas forcément abouti en fait. On va lui prescrire de la kiné, il a pas de couverture sociale, mais c'est pas grave on va lui prescrire de la kiné quoi ! » (Enquêtée n°13)

Ces défauts d'observance sont plus subis par le patient que réellement volontaires. L'enquêtée n°24 donne elle l'exemple de prescriptions avec des rythmes ou des posologies complexes que les patients n'arriveront pas à suivre.

« Ça suppose aussi une régularité dans la prise de traitement. Donc, quelque chose d'inscrit. Parce que c'est, je ne sais pas, une prise médicamenteuse tous les jours, ou tous les deux jours, avec des graduations, que seuls les médecins connaissent, qui ne sont pas toujours bien adaptées... » (Enquêtée n°24)

Ces plans de soins et ces traitements inadaptés conduisent à des échecs voire à une détérioration de l'état de santé, donnant lieu à de nouvelles consultations voire à des hospitalisations en urgence.

« Et y a parfois des grosses catastrophes ! Y a pas eu de surveillance d'une plaie et soins infirmiers tous les deux jours, bon bah là c'est pire que retour à la case départ, c'est parfois même pire ! » (Enquêté n°3)

« Ça peut être embêtant, parce que l'hospitalisation, dans ces cas là, peut ne servir parfois à pas grand-chose. Parce que derrière, si on ne met pas en place ce qui doit être mis en place correctement pour ces personnes, bah elles se soignent pas, et puis elles retournent aux urgences et se font ré hospitaliser. C'est un petit peu bête ! » (Enquêtée n°13)

Les enquêtés n°21 et 3 illustrent le manque d'explications données aux patients pour leur permettre au maximum d'honorer leur rendez-vous. Que cela soit par rappel téléphonique ou texto, si les explications ne sont pas claires, voire dans la langue du patient, elles deviennent alors inutiles.

« Des fois, elles reçoivent des messages de professionnels [...] Et moi, quand elles me montrent le sms, je me dis « A quel moment le professionnel il pense, qu'avec ce message, les gens vont comprendre quoi ?! ». Où, dans le message, n'est pas rappelée l'adresse du rendez-vous. Et c'est comme ça que les patientes se pointent à la PMI pour un rendez-vous au CHU, ou au CHU pour un rendez-vous PMI. Ou encore d'autres lieux. » (Enquêtée n°21)

*« Donc y a des grosses complications : barrière de la langue encore une fois en première place. Parce que si nous on prend des rendez-vous, avec des spécialistes, les secrétariats les appellent, et ils comprennent rien évidemment, et ils loupent leur rendez-vous comme ça. »
(Enquête n°3)*

Une autre limite dans la prise en charge des patients de la PASS est le manque de réflexion et de sensibilisation à la précarité des professionnels de santé. L'enquête n°21 est confrontée à des situations où le médecin n'a absolument pas adapté sa prise en charge à l'absence de couverture du patient, n'a pas su l'orienter vers une assistante sociale, ou n'a même pas cherché à savoir si le patient avait une protection sociale ou non.

« Je me rends compte, en fait, que beaucoup de soignants ne se posent pas la question de savoir si la patiente, elle a une couverture sociale ou pas, pour adapter leur suivi, leurs traitements et leurs conseils. Et qui laissent repartir des patientes, qui n'ont pas de couverture sociale, sans conseil d'aller voir une assistante sociale, sans les informer de cette possibilité là, sans leur donner accès aux traitements. » (Enquête n°21)

Enfin, parfois la prise en charge est inadaptée car les professionnels de santé ne sont pas au fait du système de santé en France. Si dans la tête de nombreux médecins, tout patient est pris en charge, quelque soit son statut, il n'en est pas forcément ainsi dans la réalité. Les soins ne sont pas gratuits pour tous et sont même parfois inaccessibles. Cette méconnaissance du système de soin de certains soignants peut se révéler problématique dans la prise en charge des patients de la PASS. Il faut donc tâcher de rechercher des facteurs de précarité chez les patients et se renseigner sur la présence d'une couverture médicale.

*« Parce que dans l'esprit des soignants, quels qu'ils soient, tout le monde a accès aux soins. Ce qui est faux ! C'est un faux sentiment en fait, dans la réalité, c'est pas du tout le cas ! »
(Enquête n°21)*

b) Craintes des professionnels de santé

Qu'elles soient fondées ou non, de nombreuses craintes et appréhensions des professionnels de santé, ou encore des secrétaires au moment de la prise de rendez-vous, vont faire naître des réticences voire bloquer la prise de rendez-vous. Ces peurs,

propres à chacun, dépendent de la sensibilité et des expériences du soignant. Le patient précaire peut ainsi être victime de stigmatisation. En hospitalisation plus particulièrement, les réticences se font d'autant plus sentir avant un accord à l'hospitalisation.

L'enquêtée n°21 l'exprime clairement et parle même de racisme de la part de certains professionnels. Elle distingue le racisme ethnique et la stigmatisation par rapport aux patients de milieu socioculturels défavorisés.

« Y'a quand même une stigmatisation voire un racisme. Qui est, ou du premier degré, du fait de l'origine du pays ; ou du deuxième degré, pour les patientes qui sont françaises, mais qui sont d'un niveau social bas, qui sont exclues de la société. Ces patients là, ils ne sont pas bien perçus par les soignants. » (Enquêtée n°21)

La stigmatisation touche de nombreux domaines. Pour certains, c'est le manque d'hygiène qui sera un frein. Pour d'autres, notamment les secrétaires, c'est la peur du patient qui occupe la salle d'attente, ou encore la barrière de la langue. Ces représentations du patient précaire engendrent de réelles craintes qui vont être un obstacle dans l'accès aux spécialistes, que ce soit à travers le médecin lui-même, mais aussi via les secrétariats.

« La stigmatisation... malheureusement le patient sans domicile fixe, qui arrive avec des vêtements sales, il va pas sentir bon etc... Ça, malheureusement, les préjugés sont toujours là ! SDF égal « Il est sale, il n'est pas propre. » » (Enquêtée n°1)

« La secrétaire, tout de suite au téléphone c'est : « Ah, mais il ne parle pas français ! Qu'est-ce qu'on va faire ? Comment ça va se passer ? Et puis bon, ils ne vont pas rester deux heures dans la salle d'attente ! » C'est un peu ça quoi. C'est la peur du migrant qui va envahir tout le service quoi. Elles ont surtout peur de ça. » (Enquêtée n°12)

D'autres craintes, liées souvent à des expériences vécues par les soignants, vont freiner l'accord d'hospitalisation d'un patient de la PASS dans le service. Un obstacle rapporté est le risque de fugues, notamment chez certains patients, souvent plus marginalisés. Faire une entrée dans son service pour voir le patient partir quelques heures plus tard peut engendrer une certaine réticence à accepter ce profil de patients.

« Du coup, certains praticiens ont cette expérience déjà avec des patients que j'ai adressé, par exemple, en hospitalisation, et qui ne restent pas au bout de quelques heures. Toujours la même question : « Oui mais est-ce qu'il va rester ? Est-ce qu'il va accepter d'être en chambre double avec quelqu'un d'autre ? » Ça, ça fait partie effectivement des questions. » (Enquête n°1)

Une autre peur des professionnels de santé est liée aux troubles du comportement chez certains patients, liés à des pathologies addictologiques, psychiatriques ou à des patients marginalisés qui n'ont plus l'habitude de vivre en société.

« Par contre pour les hospitalisations, c'est beaucoup plus compliqué. Parce que, souvent, les patients de la PASS, « c'est des patients compliqués, c'est des patients SDF qui en font qu'à leur tête, qui peuvent s'alcooliser pendant leur hospitalisation, qui sont exigeants, qui vont poser problème,... ». » (Enquête n°8)

Enfin, la problématique de la sortie d'hospitalisation est souvent une appréhension, avant même que le patient soit dans le service. L'enquête n°3 évoque le problème de l'absence de logement en aval de l'hospitalisation. Que va devenir le patient ? Comment le faire sortir sans logement stable, d'autant plus s'il nécessite encore des soins ? Ces obstacles peuvent prolonger des hospitalisations, alors que le patient ne nécessite plus de soins médicaux au sens propre. Du même ordre, l'enquête n°8 exprime l'absence de volonté de certains soignants de gérer ces problématiques sociales. Une fois la problématique médicale réglée, l'avenir du patient n'est plus de leur ressort.

« Ça concerne surtout les personnes en absence d'hébergement, sans domicile-fixe, parce que y'a un risque d'emboliser le service... » (Enquête n°3)

« C'est qu'une fois que leur problématique de santé est résolue, il faut les remettre dehors, voilà. C'est la partie sociale après, qui fait qu'ils ne veulent pas forcément s'embêter avec ça. » (Enquête n°8)

c) Barrière du secrétariat

« Après, ce n'est pas forcément le spécialiste qui refuse aussi, c'est [...] quand on appelle au secrétariat. » (Enquête n°13)

Plusieurs enquêtés ont mis en avant la barrière du secrétariat dans l'accès à une consultation spécialisée. S'il n'existe pas d'interlocuteur privilégié ou de lien direct entre médecins, le secrétariat sera le premier contact, et peut être aussi le premier obstacle.

Les secrétaires suivent souvent des protocoles précis et parfois un peu rigides. L'enquêté n°4, médecin, évoque les difficultés de son équipe avant son arrivée. Certains secrétariats acceptent uniquement les demandes de consultations faites par un médecin. Bien que l'indication d'une consultation spécialisée soit souvent posée par un médecin, les assistantes sociales et les IDE des PASS sont parfois amenées à orienter les patients vers des spécialistes, et se voient refuser la consultation car la démarche n'émane pas du médecin lui-même.

« Parce que le problème, c'est quand ça passe par l'assistant social, y'a des secrétaires qui disent « Oui mais tant que vous n'avez pas demandé un avis médical,... ». Donc c'était un peu plus difficile avant, moi je suis un peu plus disponible. » (Enquêté n°4)

De même, l'absence de souplesse des secrétaires peut être un frein, notamment quand la consultation est urgente, ce qui est finalement assez fréquent chez les patients de la PASS. Comme nous l'exposent les enquêtées n° 8 et 12, les secrétaires n'ont pas la marge de manœuvre nécessaire pour intercaler un patient entre deux rendez-vous, et il est bien souvent plus facile de passer outre le secrétariat pour avoir un contact direct avec le spécialiste.

« Et que parfois, il nous faut des rendez-vous plutôt assez rapides, et le praticien, lui, il va essayer de caser notre patient entre deux rendez-vous, que la secrétaire elle n'osera pas faire du tout. » (Enquêtée n°8)

« Les spécialistes, si vraiment c'est urgent, ils ont directement le médecin, et ils fixent un rendez-vous. Mais sinon, c'est quand même le secrétariat. C'est une grosse, très grosse barrière. » (Enquêtée n°12)

Une autre barrière importante du secrétariat est la méconnaissance de la PASS. L'enquêtée n°8 nous rapporte le manque de sensibilisation des secrétaires par rapport aux patients de la PASS. En effet, une secrétaire qui ne connaît pas la PASS et le profil des patients, ne fera pas l'effort, par exemple, d'obtenir un rendez-vous dans des délais

raisonnables et adaptés. Ce manque de sensibilisation serait plus important au niveau des secrétariats que des spécialistes eux-mêmes.

« Alors parfois, avec les secrétariats, je vous avoue, c'est compliqué. [...] Parce que les secrétaires, déjà elles ne sont pas toutes sensibilisées à ce qu'est la PASS. [...] Je dirais que c'est connu principalement beaucoup des médecins, mais beaucoup moins, par exemple, de tout ce qui est secrétaires. » (Enquêtée n°8)

Enfin, l'enchaînement de rendez-vous manqués, assez fréquents avec les patients de la PASS, peut engendrer un certain agacement auprès des professionnels de manière générale, mais plus spécifiquement auprès des secrétaires. Les enquêtés n° 13 et 14 nous rapportent l'accueil mitigé des secrétariats quand ils appellent pour reprendre un rendez-vous. Ces rendez-vous non honorés entretiennent la stigmatisation des patients et la perte de confiance envers la PASS.

« C'est un frein derrière dans le suivi, avec des rendez-vous où les patients ne se pointent pas. [...] Et quand j'en ai voulu reprendre un 3ème, je me suis limite fait envoyer balader, en me disant « non mais il a déjà raté deux rendez-vous alors... ! ». » (Enquêtée n°13)

« Avec les secrétaires, y'a toujours un peu de réticences. « Ah c'est encore la PASS, il ne va pas venir ! ». Voilà, des à priori. » (Enquêtée n°14)

L'agacement est d'autant plus présent quand les secrétaires ont organisé une consultation avec interprète.

« On peut avoir, pas des refus définitifs, mais des réticences, de la part de certains secrétariats, à organiser des rendez-vous avec des interprètes, parce qu'ils ont eu l'expérience que des patients ne s'étaient pas rendus aux consultations qui étaient prévues. » (Enquêtée n°2)

d) Attitude des professionnels de santé

Ces stigmatisations et méconnaissances attisent la crainte de certains soignants, engendrant des attitudes maltraitantes envers les patients. On note une différence de prise en charge, des temps d'attente plus longs, ou encore des attitudes blessantes. L'enquêtée n°21 nous parle ainsi de ces attentes interminables sans aucune information donnée. Le patient, parce qu'il pense qu'on l'a oublié, finit par partir, exacerbant l'agacement des soignants.

« Après, ils vont attendre dans la salle d'attente, on les tient pas informés, ça fait trois heures qu'ils attendent, ils finissent par partir. « Ah voilà, ils sont encore partis C'est comme ça, de toute façon ! Ils s'en foutent, ça veut dire que la consultation n'était pas importante pour eux ! Ils viennent nous emboliser les urgences ! » (Enquêtée n°21)

De même, elle décrit des attitudes maltraitantes par rapport au manque d'hygiène.

« Et j'ai vu des soignants, moi, arriver avec la bombe d'aérosol, et psssst, vaporiser la bombe d'aérosol autour du patient, ou dès que la patiente a tourné les talons, parce que ça sent fort dans la salle d'attente quoi ! C'est très gênant ! C'est pas facile, c'est vrai, mais y'a un manque de délicatesse ! » (Enquêtée n°21)

Ces attitudes blessantes sont ressenties par les patients, et peuvent être un frein au suivi.

« Parce que, quand ils se sentent mal reçus, bah je pense qu'ils n'ont pas envie de revenir quoi. L'accueil peut être maltraitant. Et ça, c'est quelque chose que je perçois quand même assez souvent. Avec un petit fond, ou pas, de racisme, hein ! Il faut dire ce qui est ! » (Enquêtée n°21)

Les obstacles émanant des professionnels de santé peuvent être indirects, à travers des prises en charge inadaptées au mode de vie des patients, ou des délais interminables que les patients ne tiendront pas. D'autres freins, plus directs, sont moins fréquents mais tout de même retrouvés. Que cela soit par le spécialiste ou la secrétaire au moment de la prise de rendez-vous, certaines enquêtés rapportent des attitudes stigmatisantes, voire blessantes pour les patients qui ne souhaiteront plus continuer le suivi par la suite.

3. Freins de la part des patients

Certains obstacles vont être intrinsèques au patient, liés à ses craintes, à ses représentations, ou encore à ses contraintes personnelles qui ne permettront pas une consultation ou une hospitalisation. Ces freins doivent être cernés par les soignants pour rassurer le patient et trouver des solutions adaptées.

a) **Ressentis des patients**

Craintes

Une première appréhension du patient rapportée, qui l'était déjà du côté soignant, est la peur de la barrière de la langue. Si la barrière de la langue peut nous faire peur car elle complexifie les prises en charge, l'enquêtée n°18 nous offre un autre point de vue : la peur de ne pas être compris ou de ne pas comprendre.

« Mais de toute façon, le fait de pas comprendre la langue, de pas comprendre ce qu'on nous dit, c'est aussi compliqué « d'aller vers », quand on a cette barrière là. » (Enquêtée n°18)

Cette notion de difficulté à « aller vers » est évoquée à plusieurs reprises par les enquêtés. Pour l'enquêtée n°15, c'est la peur de se livrer à un inconnu, le manque de confiance envers les soignants qui va bloquer la prise en charge

« Parce que, je ne dirai pas qu'il y'ai une honte, mais y'a une difficulté à « aller vers ». Ce sont des patients qui ont besoin d'être écoutés, d'être en confiance, qui ont quand même des grosses problématiques de vie. Qui nous livrent tout ça dans un huit clos, mais avec une confiance totale ! Et de devoir aller répéter à, je ne sais combien de professionnels, leur histoire de vie, c'est trop compliqué. » (Enquêtée n°15)

L'enquêtée n°18 évoque l'environnement fermé dans lequel les patients vivent, qui les rassurent et les sécurisent. Sortir de cet environnement pour affronter le milieu hospitalier, déjà hostile pour la plupart des personnes, peut être effrayant et anxiogène.

« Y'a une appréhension, parce que c'est une communauté. Ces personnes qui vivent en squat, elles sont vraiment centrées sur leur communauté, elles ont beaucoup de mal à « aller vers ». Je crois que c'est le fait de la peur. » (Enquêtée n°18)

Cette appréhension à « aller vers » est d'autant plus marquée quand elle implique des démarches administratives. Pour des patients très précaires, exclus de toute institution depuis un certain moment, ces démarches peuvent sembler impossibles à surmonter. L'enquêtée n°24 illustre cette idée, notamment en psychiatrie.

« Comme c'est des personnes qui sont souvent un peu marginalisées, elles ont du mal à s'inscrire justement dans les institutions. Et de les raccrocher à une institution très institutionnelle je dirais, comme la psychiatrie, qui fait toujours peur, c'est compliqué. »

Cette crainte des difficultés administratives est liée aussi aux échecs vécus, qui ont altéré la confiance dans le système de santé. Le patient n'est pas prêt à affronter à nouveau ces démarches si c'est pour subir à nouveau un échec.

« Les difficultés qu'on peut rencontrer, c'est que ce sont des gens qui sont dans une espèce de boucle, comment dire, une boucle de refus de trucs compliqués avec l'administration. Et du coup, qui sont dans un état de... « Bon de toute façon, à quoi bon ? Parce que ça va encore traîner ... » Enfin, vous voyez, ils sont un peu défaitistes au départ quoi. Tout est très compliqué, apparemment, et du coup, ils ont du mal à entreprendre les choses. » (Enquête n°9)

Par ailleurs, l'enquête n°21 nous fait part de la honte que peuvent ressentir certains patients par rapport au manque d'hygiène. Qu'ils aient vécus un mauvais accueil de la part de soignants ou pas, les patients sont souvent conscients de leur manque d'hygiène et n'osent pas se présenter en consultation spécialisée. L'enquête n°15 nous dit que la difficulté est plus quand il s'agit d'une consultation spécialisée en ville, par rapport à une consultation à la PASS.

« Et ça, c'est un frein à l'accès aux soins. Elles ont honte de se présenter. Parce qu'elles savent très bien, qu'elles n'ont pas accès à l'hygiène, et qu'elles ne sont pas propres, ni au niveau de leurs vêtements, ni au niveau du corps. » (Enquête n°21)

« Parce qu'il y'a certaines personnes qui ont honte de ce qu'elles renvoient. Donc ont honte d'aller voir un spécialiste en cabinet de ville, parce qu'à la PASS, entre guillemet, c'est accepté. » (Enquête n°15)

D'un point plus pratique, certains patients ont peur de se déplacer sur une grande ville comme Bordeaux. Parce qu'ils ne se sentent pas de prendre les transports en commun, ou parce qu'ils appréhendent d'aller dans un environnement inconnu. Cela limite l'offre de soins spécialisés.

« Et pour ce qui est des patients plus locaux, c'est aussi, comment dire... Y'a une certaine appréhension à se déplacer sur une métropole comme Bordeaux. Sur une population, soit plus âgée, soit très imprégnée de ce secteur là, et qui ne se sent pas d'aller sur la métropole. » (Enquête n°17)

Sur le plan financier, certains patients sont réticents à consulter un spécialiste par peur de payer. L'enquête n°21 nous fait part des difficultés concernant le règlement des

consultations, des incompréhensions et du manque de connaissance de certains soignants dans le système de soin. Elle suggère ainsi une certaine prudence dans l'utilisation du terme « *consultation gratuite* ».

« Ce que j'ai pu repérer, moi, en termes de freins, c'est la peur de devoir payer. Parce que le terme de « consultations gratuites », finalement, c'est ce qu'on dit aux gens, ce qui est assez traître. Parce que dire que c'est gratuit, c'est pas toujours aussi simple. » (Enquêtée n°21)

Si dans de nombreux cas, cette appréhension du paiement n'est pas fondée, elle est surtout liée à de mauvaises expériences vécues par les patients et les assistantes sociales. Si une consultation est annoncée gratuite et que le patient reçoit une facture, cela peut altérer sa confiance dans le système de soin et rompre le suivi.

« Alors que moi, je n'ai pas la main sur ce qui va être payant ou ne va pas l'être. Voilà, ça c'est un peu traître on va dire, pour nous. Parce que si, à un moment, on leur dit que tout va être gratuit, et que malheureusement, elles reçoivent une facture, y'a une perte de confiance et là elles peuvent arrêter leur suivi. » (Enquêtée n°21)

Enfin, une dernière crainte rapportée par l'enquêtée n°21, sage-femme, concerne plus spécifiquement les femmes enceintes, qui craignent, en dévoilant leur mode de vie, le placement de leur futur enfant.

« La peur du placement. J'ai eu beaucoup de patientes qui sont venues, alors c'est le milieu bulgare ou des patientes à la rue, qui se disaient que, si elles venaient à la maternité, qu'elles donnaient leur situation, le bébé allait être placé. » (Enquêtée n°21)

Incompréhensions

Les patients de la PASS, d'autant plus s'il existe une barrière de la langue, sont parfois ignorants du système de santé. Ils n'en connaissent pas les codes, le langage. Cette méconnaissance engendre une appréhension et une incompréhension, qui va limiter l'accès aux consultations spécialisées. Les enquêtés n°3 et 10 illustrent cette idée, que cela soit chez des patients migrants ou des personnes isolées dans des zones rurales.

« Parce que, nous en intra, quand on organise le parcours de soins, en sollicitant les spécialistes, bon on partage le même code et on connaît les codes de cet environnement de soin. Les patients eux, c'est pas du tout le cas ! Ils viennent de pays très différents, du tiers-monde, en Afrique. Mais même pour des pays comme la Géorgie ou d'autres, c'est pas du tout les mêmes fonctionnements. » (Enquêté n°3)

« Y'a aussi, je pense, un problème de compréhension. Si vous voulez, on est en territoire rural, et bien souvent, nous, on est confronté à des gens qui n'ont quasiment jamais eu affaire à la médecine. » (Enquêtée n°10)

Sur le plan pratique, cela limite aussi l'accès aux droits, l'accès aux consultations par manque de sens pratique ou simplement parce qu'ils ne connaissent pas le système de soin. L'enquêtée n°9 sous-entend un manque d'autonomie de ces patients dans la prise de rendez-vous et donc un besoin important d'accompagnement.

« Ils ont des droits, mais en même temps, ils ne s'en servent pas. Ils ne savent pas prendre un rendez-vous chez le dentiste. Ils me demandent où est ce qu'ils peuvent payer... » (Enquêtée n°9)

Par ailleurs, l'enquêtée n°21 rapporte une difficulté de compréhension des patientes concernant leur pathologie. Cette incompréhension peut s'expliquer, premièrement par la barrière de la langue, mais aussi par le manque d'éducation et de connaissance des patients, notamment concernant la santé. Elle prend ainsi l'exemple du diabète gestationnel et des difficultés d'explications et de suivi chez ces patientes non francophones, souvent non éduquées. Expliquer comment réaliser un dextro ou encore comment adapter son insuline peut parfois se révéler très compliqué.

« L'autre problématique pour les patients diabétiques, c'est l'accès à un suivi. Parce qu'elles ont besoin de beaucoup d'explications, qui doivent être faites dans leur langue. Avec la barrière culturelle et de la langue. [...] En plus, du peu de connaissances qu'elles peuvent avoir de ce qu'est le diabète, et de ce que ça implique... »

Barrière culturelle

La barrière culturelle entre soignant et soigné peut se révéler un réel obstacle dans la prise en charge et l'orientation des patients originaires d'autres pays. L'utilisation de mots, de gestes peut prendre un sens totalement contraire à celui voulu et altérer la confiance.

« C'est le principal souci ! C'est-à-dire, que ces patientes, elles arrivent toutes avec des cultures différentes ; donc nous si on ne connaît pas, ou si on interprète à notre façon d'euro péen bien grassouillet, on fait des contre-sens pas possible ! » (Enquêtée n°22)

Pour certaines patientes, c'est la représentation de la maladie qui est totalement différente. L'enquêtée n°22 nous donne comme exemple la prise en charge médicale de la grossesse, inexistante dans beaucoup de pays. Initier un suivi spécialisé gynécologique peut ainsi sembler complètement inutile pour de nombreuses patientes.

« Et puis aussi, la différence culturelle. Parce que les patientes, elles n'ont pas la même culture de l'accouchement, des suites de couches, de la gynéco,...elles n'ont pas tout ça quoi. » (Enquêtée n°22)

La représentation du médecin peut aussi être bien différente dans certaines cultures. Comme nous l'explique l'enquêtée n°10, consulter un médecin relève forcément de la maladie, les concepts de prévention sont souvent inconnus. Nombre de patients préfèrent ainsi ne pas consulter des spécialistes. De même, l'enquêtée n°21 nous rapporte les représentations et fausses croyances des patients pour certaines spécialités. L'anesthésiste fait des piqûres, donc si je vais voir l'anesthésiste, j'aurais forcément une piqûre. Ces représentations un peu simplistes sont le fruit d'un manque de connaissance et d'informations de la patiente.

« Et pour eux, voir un médecin, ça veut dire qu'on est malade. Donc, si on n'en voit pas, c'est qu'on n'est pas malade. Vous voyez, par voie de conséquences...Et donc du coup, ils ont tendance parfois à banaliser ce qu'on leur dit, donc à ne pas suivre nos recommandations et en particulier ne pas assurer leur rendez-vous chez le spécialiste. » (Enquêtée n°10)

« Deuxième frein, c'est des représentations du soin, des représentations culturelles du soin ou de ce qu'est le milieu médical. Exemple, une patiente bulgare, qui ne va pas aller voir un anesthésiste, une consultation anesthésiste qui est programmée, parce qu'elle ne veut pas de la piqûre. Ou qu'on leur a dit qu'elle allait avoir une piqûre. Et que, comme elle va à la consultation, derrière, c'est obligé qu'elle ait la piqûre qui va paralyser les jambes. C'est comme ça qu'elles le disent. » (Enquêtée n°21)

Enfin, plusieurs professionnels rapportent la problématique du médecin homme pour une consultation gynécologique, notamment dans les populations musulmanes.

« Bon, les dames, c'est vrai que quand c'est une consultation gynéco, elles veulent que ce soit une dame. » (Enquêtée n°14)

b) Rendez-vous manqués

« Donc souvent, je prenais rendez-vous pour un écho, un rendez-vous gynéco. Et parfois, elles ne venaient pas ! Alors le problème de ne pas venir, ce n'est pas qu'elles ne veulent pas venir, c'est que c'est compliqué. » (Enquête n°20)

Un grand nombre de consultations spécialisées prévues ne sont pas honorées par les patients de la PASS. Comme nous l'avons vu précédemment, cette répétition de rendez-vous manqués fait naître un sentiment d'agacement chez les spécialistes et secrétaires. D'après l'enquête n°20, les raisons de ces échecs sont complexes et multiples, en partie liées aux difficultés organisationnels que va rencontrer le patient (absence de mobilité ou difficulté de repérage), aux craintes évoquées précédemment, mais aussi à des caractéristiques intrinsèques au patient.

La précarité au sens large est une des raisons principales de ces rendez-vous manqués. L'absence de logement, la présence d'autres priorités, les addictions,... Tous ces facteurs plus ou moins intriqués sont la cause de simples oublis de la part des patients.

« Voilà, la personne qui vit dans la rue, ou malheureusement, qui a des addictions, va oublier tel examen, va estimer que c'est peut-être pas nécessaire de se déplacer pour tel examen. » (Enquête n°2)

La notion de temporalité est fréquemment revenue au cours des entretiens. Le patient à la rue notamment, aura plus de difficultés à s'inscrire dans le temps. L'enquête n°13 illustre cette idée en la comparant à quelqu'un qui perdrait la notion du temps en vacances. Ils ne possèdent aussi peut-être pas d'outils de rappels, agendas ou téléphones, pour éviter d'oublier leur rendez-vous. Toutes ces difficultés sont réelles et ne sont pas vraiment prises en compte par les professionnels de santé.

« Et pour les patients qui sont à la rue, je crois qu'ils ne savent même pas quel jour on est des fois ! C'est pour ça qu'ils ratent leur rendez-vous aussi ! Il y a une désorientation géographique, mais aussi temporelle. Moi perso, ça me le fait quand je suis en vacances, des fois je ne sais plus quel jour on est. Donc j'imagine des gens qui sont à la rue, et qui n'ont aucun repère, c'est compliqué quoi. Moi, mes rendez-vous ils sont collés sur le frigo, eux ils ne peuvent pas se coller leur rendez-vous sur le frigo ! Je pense qu'on ne se rend pas compte de la difficulté que ça peut entraîner pour eux. Et que la seule chose qu'on voit c'est « Rhhhhh ils ne sont pas venus au rendez-vous ! ». » (Enquête n°13)

c) Obstacles à l'hospitalisation

Les patients peuvent être le premier obstacle à l'hospitalisation. Alors que le spécialiste donne son accord et qu'une place est disponible, des enquêtés rapportent des refus d'hospitalisations, ou du moins des réticences.

Au même titre que de nombreux patients du circuit médical classique, bon nombre de patients de la PASS refusent de se faire soigner, ou du moins de se faire hospitaliser, préférant une prise en charge ambulatoire.

*« Parce qu'ils n'aiment pas les hôpitaux, parce qu'ils ne veulent pas se faire soigner. »
(Enquêtée n°15)*

Ces refus sont bien souvent liés à des appréhensions et des représentations de l'hospitalisation, qui peuvent être vécues comme un traumatisme par le patient. Cela peut être lié à la peur de la maladie, de côtoyer d'autres personnes malades, ou par manque de confiance dans le système de soin.

« On a des patients qui ont peur d'être hospitalisé et d'être encore plus malade en sortant qu'en arrivant. » (Enquêtée °15)

Pour d'autres, c'est la crainte de ne pas pouvoir sortir, de se sentir prisonnier de l'hôpital, qui peut réveiller des expériences douloureuses.

*« Qu'un patient ne veuille pas être hospitalisé à cause de l'idée d'enfermement. »
(Enquêtée n°2)*

Ou encore une pathologie psychiatrique sous-jacente qui fait naître un sentiment de persécution, comme le rapporte l'enquêtée n°15.

« Parce que la plupart du temps y'a une pathologie un peu psychiatrique derrière, avec un syndrome de persécution, qui fait qu'ils ne veulent pas d'hospitalisation. » (Enquêtée n°15)

Du même ordre, les pathologies addictives sont un frein à l'hospitalisation pour le patient, qui craint de ne pas pouvoir se procurer ce dont il a besoin, et donc de faire un syndrome de sevrage.

« Alors, souvent c'est une addiction qui fait frein. Quelqu'un qui sait qu'il va très vite être en manque et qui sait qu'à l'hôpital il ne va pas avoir le droit. Donc les personnes souffrant d'addiction vont souvent être opposantes à l'hospitalisation. » (Enquête n°1)

Enfin, l'enquête n°8 nous rapporte le refus des contraintes de certains patients, souvent plus marginalisés. S'inscrire dans un rythme, accepter d'avoir des horaires précis, de cohabiter avec le personnel soignant voire avec d'autres patients, peut se révéler impossible pour des patients qui ne savent plus vivre en société.

« Parce qu'il y'a, aussi, des règles qu'il faut respecter, et que c'est contraignant, et que c'est pas du tout leur mode de vie. » (Enquête n°8)

Certaines obligations vont faire blocage à l'hospitalisation. Pour certains, c'est une famille à charge, des enfants en bas âge, notamment chez les populations migrantes, où les patients refusent de les laisser seuls.

« Des patients qui ne voulaient pas être hospitalisés aussi, parce que ça peut être des migrants, qui sont venus en famille, et qui ne veulent pas laisser leur famille, leurs enfants, leur conjoint tout seul. » (Enquête n°2)

Pour d'autres, c'est la présence d'animaux de compagnie, notamment chez les SDF, qui refusent d'abandonner leurs chiens, ou bien même qui refusent de s'en séparer, étant souvent leur seul lien affectif.

« Y'a des patients qui, malgré l'urgence de l'hospitalisation, vont dire : « Qu'est-ce je fais de mes chiens ? » par exemple. » (Enquête n°1)

Les freins liés aux craintes des patients sont nombreux, du fait de l'origine culturelle, de la méconnaissance d'un environnement nouveau, des difficultés de compréhension, liées à la barrière de la langue et au manque d'éducation, ou enfin des représentations de la médecine et de la maladie divergentes de la nôtre. Ces craintes doivent être identifiées pour mieux les comprendre et y répondre de manière adaptée. En dehors de leurs craintes, la notion d'une temporalité différente de la nôtre est revenue très souvent, expliquant un bon nombre de rendez-vous manqués. Enfin, dans le cas d'une indication d'hospitalisation, c'est finalement bien plus souvent le patient qui sera le facteur limitant, du fait de la peur de l'hospitalisation ou encore du refus des contraintes.

4. PASS au sein de l'hôpital

De nombreux obstacles évoqués sont liés à l'importance de la PASS au sein de l'hôpital, ses ressources et son rayonnement. Le manque de moyens, notamment humains, de certaines PASS et surtout le manque de rayonnement au sein même de la structure ont été évoqués. Dans la loi de juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion qui a mis en place le dispositif PASS, il est prévu que celles-ci aient un rôle de sensibilisation auprès des autres professionnels de santé. Mais est-ce vraiment toujours le cas ?

a) Ressources de la PASS

L'enquête n°3, médecin, évoque les difficultés rencontrées avant son arrivée du fait qu'il n'existait pas de médecin dédié PASS, seuls des médecins urgentistes effectuaient un roulement pour assurer la permanence. Cette instabilité dans la prise en charge médicale n'est pas idéale pour créer du lien avec les services de l'hôpital.

« Moi quand je suis arrivé, j'étais le seul dédié consultation PASS. C'était pas le cas des médecins d'avant qui travaillaient à cheval avec les urgences, enfin bon c'était compliqué. Du coup la PASS était méconnue, ça j'ai bien vu, des services. » (Enquête n°3)

De même, l'enquête n°17, assistant social, évoque un souci de « légitimité » dans ses rapports avec les autres services du fait de l'absence de médecin à la PASS, et donc dans les demandes de consultations spécialisées ou hospitalisations. Ce terme fort montre l'importance du poste médical au sein d'une PASS dans ses relations avec les autres professionnels, importance peut-être parfois exagérée.

« On a eu des difficultés au départ, parce qu'on n'avait pas de médecin. Ça c'était franchement très très compliqué. Un de se faire connaître, deux de se faire entendre, trois d'être un peu légitime. » (Enquête n°17)

De plus, certaines PASS ne possèdent pas de locaux propres, centralisés, parfois mal indiqués. Ainsi, l'enquête n°17 évoque un problème d'identification, qui ne permet pas aux autres professionnels de santé de bien repérer le service de la PASS.

« Ce qui manque dans l'hôpital, c'est qu'on a des locaux qui ne sont pas très bien identifiés, on est un peu mélangés. Moi, je suis mélangé au service social...le service social est lui-même

un peu mélangé à la pédiatrie... Ouais, voilà, c'est un peu un gros fourre-tout. Et au niveau indication, y'a peu de panneaux indicatifs. » (Enquête n°17)

L'enquête n°10 évoque le même problème de locaux et d'éclatement des différents acteurs de la PASS dans l'hôpital. Ce frein rejoint aussi celui des difficultés de repérage auxquels peuvent être confrontés les patients.

« Y'a aussi le fait que nous, à l'hôpital, y'a un problème d'organisation. Par exemple, moi l'infirmière de la PASS, j'ai mon bureau le mardi qui donne dans la salle d'attente des urgences. L'assistant social, lui, a son bureau au service social, dans l'unité des consultations, qui est dans une autre aile de l'hôpital. Donc cette complexité organisationnelle, aussi, fait que des fois les gens se perdent. » (Enquête n°10)

b) Rayonnement hospitalier

Cela avait déjà été évoqué précédemment, notamment dans le cadre des secrétariats, mais la méconnaissance de la PASS par les autres professionnels de santé est un problème rencontré fréquemment. Ce manque de rayonnement dans l'hôpital peut être un frein indirect dans l'accès aux spécialistes, car ceux-ci sont moins sensibilisés aux problématiques de la PASS. Ainsi, l'enquête n°13 évoque l'ignorance de l'existence même de la PASS dans certains services.

« Le truc qui est pas terrible et qui est bizarre dans le CHU, c'est que la PASS n'est pas forcément connue de tous les services de soins du CHU. Y a de services qui n'ont même pas la connaissance de l'existence de ce service là... » (Enquête n°13)

D'autres professionnels ont une notion de ce qu'est la PASS mais ne sont pas certains de sa localisation.

« Et ça, c'est une complexité, autant pour les patients, mais aussi pour les professionnels, qui ont vaguement entendu parler de la PASS. Ils savent qu'il y en a une mais alors où ? » (Enquête n°10)

Enfin, d'autres ont une connaissance erronée de ce qu'est la PASS. L'enquête n°5 nous parle ainsi de la vision plus sociale que médicale que les professionnels ont de la PASS.

« A l'intérieur de l'hôpital, les gens connaissent la PASS, mais eux ils en ont une vision paramédicale, puisque par définition, lorsqu'ils en ont besoin, c'est pour des questions d'ouverture de droits. Donc pour eux, la PASS c'est un service social. » (Enquête n°5)

Pour d'autres enquêtés, c'est le défaut de relation entre la PASS et les autres services qui va bloquer la prise en charge. Cette absence de lien est finalement cause et conséquence du manque de rayonnement de la PASS dans l'hôpital. L'enquêté n°3 évoque l'importance du lien humain dans la communication avec les autres professionnels.

« Quand les relations sont distantes entre professionnels, de manière anonyme, c'est là que ça ne peut pas forcément bien se passer. » (Enquêté n°3)

L'enquêtée n°10 met en avant l'hétérogénéité des rapports entre les partenaires intra et extrahospitaliers. Paradoxalement, elle rencontre plus de difficultés avec les professionnels au sein de sa propre structure.

« Donc vous voyez tout ça c'est des complexités dans notre vie intra-hospitalière, qu'à la limite, on ne rencontre pas à l'extérieur. Autant on fonctionne très bien avec nos partenaires sur le territoire, on est bien identifié, les patients nous sont adressés, ça fonctionne bien. Autant on a des difficultés avec l'intra. » (Enquêtée n°10)

Ce manque de relations peut engendrer des accueils mitigés des professionnels de la PASS dans les services. L'enquêtée n°15 évoque cet aspect, tout en nuancant son propos. Cela dépend avant tout des personnes auxquelles on est confronté.

« Après, clairement, on est la PASS donc on est connu, mais on n'est pas toujours très bien reçu. Mais bon, je dirais, ça c'est suivant les professionnels et dans n'importe quel hôpital. » (Enquêtée n°15)

L'enquêtée n°10 approfondit ce propos. D'après elle, la PASS a une vision différente, médicosociale du patient, qui n'est pas toujours en accord avec celles des spécialistes dans les services. Cela va donc chambouler et complexifier leur prise en charge, voire la remettre en cause, ce qui n'est pas toujours au goût des professionnels.

« D'autre part, on est un peu le poil à gratter de l'hôpital si vous voulez. On intervient de façon très transversale sur toutes les unités, et ça, c'est un peu à contre-courant des habitudes. Ce qui fait qu'on complique tout d'une certaine manière pour eux. [...] Et nous, la PASS, on vient un peu questionner ces pratiques, et on peut être aussi mal perçus. » (Enquêtée n°10)

Enfin, pour l'enquêtée n°12, une équipe jeune dans une PASS peut être un frein dans les relations avec les autres professionnels.

« Et là, je pense, qu'une petite jeune dans une PASS, c'est plus compliqué qu'une ancienne qui va passer plus facilement qu'une jeune. L'ancienne est plus respectée que la jeune. Donc du coup, le contact est plus facile, l'abord est plus facile. Et puis, y'a du respect, par rapport à l'ancienne. » (Enquêtée n°12)

c) Manque de reconnaissance de la direction

Un dernier obstacle évoqué par rapport à la place de la PASS dans l'hôpital est le manque de reconnaissance et de soutien de la direction. L'enquêtée n°12 évoque un sentiment d'abandon de la part de la direction. Ce désintéressement bloque les initiatives des professionnels des PASS pour se faire connaître, élargir le réseau ou encore établir des protocoles.

« Alors, on est peu soutenu par notre hiérarchie, qui a bien d'autres chats à fouetter, ça on le sent bien. Par exemple nos protocoles ne sont pas validés par la cellule qualité. Alors que nous, c'est ce qu'on attend, pour ensuite faire le tour des services, pour parler de notre travail, mettre en place des protocoles d'adressage des patients etc... Donc voilà, là, on n'est pas aidé par la direction. » (Enquêtée n°12)

Ainsi, du fait de l'absence de poste médical ou de locaux propres, certaines PASS peinent à se faire voir. Cela limite leur rayonnement au sein de l'hôpital, voire entraîne une méconnaissance totale du service. Ce manque de visibilité est un frein car il ne permet pas une bonne communication avec les services spécialisés. De plus, c'est parfois le défaut de reconnaissance par la direction qui va bloquer le développement de la PASS et la mise en place de réseaux.

5. Hétérogénéité des difficultés

La diversité des PASS en Gironde, du fait de la structure dans laquelle elle se trouve, son organisation ou encore les acteurs qui la composent, occasionne une certaine hétérogénéité dans les difficultés d'accès aux spécialistes. Cette hétérogénéité se retrouve aussi dans l'accès à certaines spécialités plus particulièrement.

a) Selon les structures

Un frein majeur pour certaines structures va être lié à son statut administratif public ou privé. Certaines PASS de Gironde sont intégrées dans des cliniques privées ou mixtes, associant professionnels libéraux et salariés. Ainsi, comme nous l'explique l'enquête n°5, les médecins salariés auront probablement plus de facilités à accepter une consultation si les droits ne sont pas ouverts, contrairement aux médecins libéraux.

« Alors nous, notre difficulté, elle est exclusivement liée au caractère public/privé mélangé de ma structure. C'est à dire que, j'ai des médecins salariés, avec lesquels il est très simple d'obtenir des consultations spécialisées ; et des structures privés adjacentes, avec lesquelles c'est beaucoup plus compliqué. » (Enquête n°5)

De même, l'enquête n°18 nous fait part de son impossibilité à faire appel aux spécialistes présents sur place. Il est donc obligé d'orienter ses patients vers des structures publiques, notamment le CHU.

« Donc, c'est pour ça que nous, on les oriente vers Pellegrin, qui est public. Ce sont des personnes salariées de l'hôpital, alors que nous, comme c'est du privé, c'est plus plusieurs professions libérales qui travaillent dans la clinique. [...] Donc, on ne fait jamais appel aux spécialistes sur place. On ne peut pas ! » (Enquête n°18)

De même, selon les centres dans lesquels sont implantées les PASS, l'offre de soins ne va pas être la même. Comme nous le rapporte l'enquête n°19, certains semblent assez pauvres en terme d'offre de soins, notamment spécialisés. Ces situations sont plus volontiers retrouvées dans des petites structures périphériques qu'au CHU.

« Nous, on a un seul souci en fait sur notre PASS, [...] c'est qu'on n'a pas de spécialistes au sein de l'hôpital. [...] Ou on en a quelques-uns, qui sont en consultation externe, c'est-à-dire qu'ils ne viennent qu'une fois par semaine, ou une fois tous les 15 jours. Donc, déjà, c'est compliqué pour avoir des rendez-vous, parce qu'ils sont déjà un petit peu pris. » (Enquête n°19)

L'inégalité se retrouve aussi selon la zone géographique dans laquelle la PASS se trouve, notamment les zones rurales, où les offres de soins extérieures à l'hôpital sont bien moindres que sur la métropole.

*« Les gens, ils rentrent, on les raccroche aux soins et ils repartent. Bon, dans la vraie vie, ça ne se passe pas tout à fait comme ça, du fait de la difficulté et de la saturation des secteurs. Ou alors de la paupérisation des secteurs, parce que, nous, on intervient du côté de Libourne, et le grand Libournais c'est hyper pauvre sur pleins de choses en fait. »
(Enquête n°24)*

Plusieurs spécialités sont revenues de manière récurrente : la psychiatrie, l'ophtalmologie ou encore les soins bucco-dentaires. Ces spécialités souvent absentes de la plupart des centres hospitaliers, nécessitent donc une orientation en ville, qui va être confrontée à d'autres freins organisationnels cités : absence de droits, locomotion, barrière de la langue.

*« La grosse difficulté, je dirais, c'est tout ce qui est dentistes. Alors ça, c'est la grosse galère ! S'il n'y a aucun droit, ce n'est même pas la peine ! [...] Après les CMUs, ce n'est pas parce que c'est des CMUs qui ne les prennent pas. Ils ne les prennent pas parce qu'ils ont déjà une clientèle, ils sont débordés [...]. Du coup, c'est une liste d'attente pas possible. »
(Enquête n°14)*

« En ophtalmo aussi, pour tout ce qui va être de l'ophtalmo un peu banale, en fait, les consultations au CHU sont refusées faute de temps. Alors, y'a pas de risque vital pour le patient, mais on est parfois obligé d'attendre plusieurs mois que le patient ait une couverture sociale, pour pouvoir l'envoyer à une consultation en ville, dans un centre de consultation à l'extérieur. » (Enquête n°2)

b) Selon les médecins

La réponse aux demandes de consultations va être aussi très hétérogène selon le médecin en tant qu'individu, avec ses opinions, sa sensibilité, ses représentations de la précarité. Bien que cela se joue dans un cadre professionnel, tout médecin sera influencé par ses expériences et ses valeurs, et les réactions face à la précarité seront inévitablement différentes.

L'enquête n°2 nous illustre cette idée en explicitant l'hétérogénéité des réponses auxquelles elle doit faire face.

« Voilà, donc au final le problème qu'on peut avoir, c'est que c'est très hétérogène en fonction des spécialités, et en fonction des spécialistes. Ça peut se passer très bien comme être impossible. » (Enquête n°2)

L'enquêté n°5 va plus loin dans son jugement et incrimine certains professionnels de mauvaise volonté face aux demandes de la PASS, devant le faible nombre et donc le faible coût qu'elles représentent.

« Donc en fait, en réalité, c'est de la mauvaise volonté pure de certains spécialistes, puisqu'en fait ça ne représente rien ! [...] Mais bon voilà...on est des êtres humains hein. Ça dépend des gens surtout. » (Enquêté n°5)

Enfin, d'autres professionnels explicitent plus l'influence des opinions politiques, du rapport du médecin à la précarité dans son refus de prise en charge.

« J'ai un dentiste qui m'a expliqué que, ce n'était pas en offrant des soins gratuits qu'on aidait les gens à s'intégrer quoi... » (Enquêté n°5)

« Et même là, on a des difficultés, parce qu'après y'a le côté culturel quoi, qui est pas forcément facile. C'est-à-dire que, y'a les opinions politiques des gens qui jouent, leur sensibilité culturelle, leur avis personnel qui interfère je pense. » (Enquêté n°17)

Un frein récurrent, notamment dans l'accès aux professionnels libéraux, est le refus des patients ayant une CMU ou une AME. Les spécialistes doivent accepter de ne pas être payés directement, et d'être payés au tarif de la sécurité sociale, ce qui implique de ne pas faire de dépassement d'honoraires.

« La deuxième plus grosse difficulté, c'est que notre public est assez précaire, n'a pas forcément beaucoup de moyens financiers, et ont tous pour la plupart, soit une AME, soit une CMU. Et des fois c'est très compliqué d'obtenir des rendez-vous avec des spécialistes, parce qu'on refuse de les prendre parce qu'ils ont une CMU... Parce qu'ils vont faire du dépassement d'honoraires ou autres. » (Enquêtée n°19)

Ces freins se retrouvent à nouveau nettement dans l'accès aux soins bucco-dentaires.

« Après on a essayé, aussi, parfois de solliciter des dentistes qui ont des cabinets en ville, notamment sur Arcachon. Et y'a beaucoup de refus. Y'en a qui refusent par exemple la CMU. » (Enquêtée n°8)

L'enquêtée n°14 précise en distinguant AME et CMU. Les patients bénéficiaires d'AME n'ont souvent pas de carte vitale et le remboursement par la sécurité sociale est plus compliqué que pour les CMU.

« Les patients qui ont une AME aussi c'est très compliqué pour avoir une consultation dentaire. Les dentistes les refusent. Pas les CMUs, que les AME, parce qu'en fait, c'est au dentiste de se faire rembourser par la caisse. Voilà, ça passe pas du tout par le patient. Et

là, c'est très compliqué. Ils perdent énormément d'argent à priori. C'est compliqué pour faire ces démarches, donc ils ne veulent pas les recevoir. » (Enquêtée n°14)

Dans la majorité des cas, les médecins libéraux vont refuser de ne pas être payés. L'enquêtée n°18 prend l'exemple d'un patient nécessitant une consultation anesthésiste avant une chirurgie dans une structure privée.

« Alors, déjà, les anesthésistes, s'ils ne sont pas payés, ils n'interviendront pas, clairement. C'est un refus catégorique ! [...] En gros, l'anesthésiste, il n'est pas payé si la personne elle n'a pas de droit à la sécu quoi. Donc ça bloque complètement, il ne va pas travailler gratuitement. » (Enquêtée n°18)

Une alternative est de mettre la facturation en attente le temps que les droits soient ouverts, et que le spécialiste soit payé de manière rétroactive. Mais encore une fois, de nombreux spécialistes refusent, de peur que le patient se voit les droits refusés.

« Mais le problème c'est comment assurer à l'anesthésiste qu'il sera payé, que les droits seront accordés ? » (Enquêtée n°18)

c) Difficultés dans la prise en charge psychiatrique

La psychiatrie est un problème à part entière et se distingue des autres spécialités en raison du nombre d'obstacles qu'un professionnel de la PASS rencontre pour accéder à un avis spécialisé psychiatrique. Cela est d'autant un problème devant la grande prévalence des problèmes psychiatriques chez les patients de la PASS. On peut distinguer deux types de freins : ceux liés à l'organisation du système de soin psychiatrique, et ceux dépendant directement des patients.

Freins organisationnels en psychiatrie

La première limite dans l'accès à la psychiatrie, et la plus importante, est le manque d'offre de soins en psychiatrie. Les principaux correspondants extrahospitaliers sont les centres médico-psychologiques (CMP) qui ont plus vocation à réaliser du suivi psychiatrique. Ceux-ci sont cependant bien souvent débordés par la demande, comme

l'évoque l'enquêtée n°23. Par ailleurs, l'enquêtée n°24 nous fait part de son inquiétude quant à l'absence de remplacements des psychiatres du CMP.

« Nous, le problème, ça ne va pas être une révélation, c'est la sectorisation. L'offre de soin en psychiatrie qui est complètement insuffisante. [...] Donc, nous, étant sectorisés, on va solliciter le CMP, centre médico-psy, qui est en incapacité à absorber quoique ce soit. Déjà la file active qu'ils ont de patients connus, reconnus, ils n'y arrivent pas ! » (Enquêté n°23)

« Le souci étant, qu'effectivement, il faut faire avec l'existant du secteur, et que l'existant du secteur n'est pas riche. [...] Donc nous, du coup, on a rencontré le CMP de Coutras bien évidemment. Et, en fait, comme beaucoup de CMP, ils ont deux temps et demi de psychiatres, dont deux qui vont partir à la retraite là. Donc voilà...pour les suivis qui démarrent, c'est compliqué. On ne sait pas l'avenir en fait ! » (Enquêtée n°24)

L'orientation en ville est encore plus problématique, au vu du trop faible nombre de nouveaux psychiatres s'installant, notamment en zone rurale, en regard du nombre important de demandes.

« Puisqu'après sur le libéral, nous sur le territoire, y'en a plus. Y'en a plus qu'un en libéral sur Blaye ! Et y'en a qu'un sur Saint André de Cubzac quoi ! Ça fait deux sur une population énorme quoi ! Y'en a plus en libéral. Même si on veut les réorienter en Charente, y'en a plus. Et les premiers qui s'installent là, sur la clinique du Libournais, pff en trois semaines ils sont saturés. Ils ont plus de rendez-vous ! Donc c'est compliqué, très compliqué... » (Enquêté n°23)

De plus, plusieurs professionnels évoquent la problématique de la psychiatrie des adolescents, notamment ceux entre 15 ans et 3 mois, ne relevant plus de la pédopsychiatrie, et 18 ans, qui ne sont pas pris en charge par les psychiatres adultes. Cette tranche d'âge correspond notamment à celle des mineurs non accompagnés, qui représentent une part non négligeable des patients de certaines PASS, et qui sont susceptibles de décompenser des pathologies psychiatriques au vu de leur parcours de vie.

« La tranche d'âge qui est un peu délicate, ça va être entre 15 ans et demi et 18 ans. La plupart des jeunes mineurs non accompagnés, c'est des jeunes mineurs, qui ont presque, la plupart, plus de 15 ans et qui ont moins de 18 ans, et qui souffrent malheureusement de syndrome post-traumatique. Ils sont très vulnérables. [...] Le problème, c'est qu'on n'a pas de psychiatre qui s'occupe de cette tranche d'âge. Les pédopsychiatres s'arrêtent à 15 ans et 3 mois, et la psychiatre adulte commence à partir de 18 ans. Donc on n'a aucune solution ! » (Enquêtée n°1)

La psychiatrie de l'adolescent se retrouve donc laissée à l'abandon. L'enquête n°5 évoque des structures très spécialisées mais trop peu présentes et parfois privées.

*« Et là où ça devient compliqué, c'est entre 15 ans 3 mois et 18 ans, et là moi c'est mon cœur de cible, puisque c'est des ados, donc ils ont tous entre 15 ans 3 mois et 18 ans. [...] Donc en fait, moi, je suis dans le vide sanitaire. Je ne sais pas comment dire...une zone de non droits, de no man's land de la psychiatrie, où y'a rien ! Et en fait y'a des structures, des structures publiques-privées, plus ou moins lucratives qui existent, mais qui sont très disséminées. »
(Enquête n°5)*

Contrairement à la psychiatrie de l'adolescent, l'offre de soin en pédopsychiatrie existe mais reste encore trop faible pour permettre de répondre à la demande.

« En sachant que même, la pédopsychiatrie, est tellement en souffrance ! Y'a tellement peu de pédopsychiatres qui acceptent de prendre de nouveaux patients, qu'on est aussi très en difficulté. » (Enquête n°1)

Une conséquence directe du manque d'offre de soins en psychiatrie est le temps d'attente pour accéder à une consultation psychiatrique, et notamment au CMP. Les enquêtes n° 8 et 15 nous expliquent que ces délais, pouvant aller de quelques semaines à quelques mois, sont tout à fait inadaptés à la population de la PASS qui est souvent dans une détresse. Ces temps d'attente peuvent engendrer une certaine frustration chez les patients qui sont demandeurs de soins à un instant donné.

*« En plus, avec des délais de rendez-vous très très longs. Vraiment très très longs. Et du coup, un suivi au long cours qui est compliqué, parce que là ils sont en situation de détresse urgente, donc c'est maintenant qu'ils ont besoin de parler, d'exprimer leur traumatisme. Et on va leur proposer des rendez-vous dans deux mois quoi ! C'est pas du tout adapté ! »
(Enquête n°8)*

*« Parce qu'il faut savoir que, c'est un public qui demande à être prise en charge maintenant ou jamais ! C'est-à-dire que, si les démarches sont trop longues, on attend trop longtemps, suivant la pathologie psy que le patient va avoir, ils vont nous hurler dessus. »
(Enquête n°15)*

En dehors des délais, la prise de rendez-vous des CMP est bien spécifique. Le patient rencontre bien souvent deux fois l'infirmière psychiatre avant de pouvoir voir le

psychiatre. Cela signifie un enchaînement de rendez-vous à tenir, chez des patients précaires, pour qui honorer des rendez-vous peut représenter une réelle difficulté. C'est cette organisation inadaptée au public de la PASS que dénonce l'enquête n°17.

« Alors la grosse difficulté du CMP, c'est...on va dire la rigidité de leur prise de rendez-vous, et le fait qu'ils aient peu de plages de réception. Ils sont vite surbookés. Donc ils proposent des rendez-vous qui sont éloignés dans le temps. Qui correspondent pas ; à la fois à l'urgence estimée de la situation ; et vu que c'est un rendez-vous une première fois avec l'infirmière, une deuxième fois avec l'infirmière et une troisième fois avec le psychiatre... [...] Ça veut dire que pour un public précaire, qui a des difficultés de déplacement, il faut qu'ils arrivent à se tenir à ces trois rendez-vous, pour espérer commencer un suivi avec le psychiatre quoi... Donc c'est un peu un parcours du combattant, qui n'est pas très adapté à ce public là. » (Enquête n°17)

Enfin, l'enquête n°24 met en avant la fragilité du suivi psychiatrique via le CMP pour ces patients, et notamment l'absence d'accompagnement dans les rendez-vous.

« Le psychiatre, c'est des délais d'attente pas possible, et c'est, effectivement, une prise en charge, qui est un peu fragile. Parce qu'ils sont tellement débordés les CMP, que si jamais le patient ne se pointe pas au rendez-vous, qu'il a mis quatre mois à attendre...bah du coup, on ne va pas forcément aller le chercher ! Parce que la liste d'attente est très longue derrière. » (Enquête n°24)

En dehors de quelques PASS plus importantes profitant parfois de permanences par un psychiatre certains jours de la semaine, la plupart des PASS n'ont pas de psychiatre disponible directement. L'enquête n°23, psychologue de la PASS et travaillant au service d'addictologie, évoque ainsi l'absence totale de relation entre lui et les psychiatres du secteur.

« Alors, comme les psychiatres je les vois franchement pas, j'ai aucun dialogue avec eux ! (Rires) Malgré la casquette service addicto, service sociale PASS...j'en ai jamais rencontré ! J'en ai rencontré sur des réunions pour d'autres choses... mais ceux qui sont, par exemple, sur mon secteur...pas vu pas pris ! Je ne sais pas qui c'est...Physiquement je ne pourrais pas te dire qui ils sont. » (Enquête n°23)

Ces difficultés sont notamment en lien avec l'absence de pérennisation des postes de psychiatres dans certains centres, moins attractifs pour les psychiatres qui cherchent à

s'installer. Il en découle une succession d'intérimaires, connaissant peu le secteur, ses correspondants, et ne favorisant pas les échanges entre les différents acteurs du soin.

« Mais ça, c'est possible que, quand en amont, le psychiatre du CMP connaisse sa population, soit là depuis longtemps, soit régulier. Ce qui n'est pas toujours le cas, malheureusement, parce les postes sont difficiles à sédentariser quoi. » (Enquêtée n°24)

Enfin, la psychothérapie est souvent un levier essentiel dans la prise en charge des troubles psychiatriques. Si certaines PASS ont la chance d'avoir un poste de psychologue dédié, beaucoup n'y ont pas accès. Plusieurs solutions sont possibles, notamment solliciter un psychologue à l'hôpital, ce qui implique une ouverture des droits préalable.

« Ça nous est arrivé quelques fois [...] de solliciter une psychologue. Mais c'est pareil, il faut attendre qu'ils aient leurs droits d'ouverts, pour qu'ils n'aient pas de frais à avancer. » (Enquêtée n°8)

Le professionnel peut aussi orienter vers le psychologue du CMP, avec les délais qui vont avec, ou encore adresser à une psychologue en ville, sachant que la consultation ne sera pas remboursée par la sécurité sociale. Cette dernière solution est peu adaptée à une population précaire, et l'enquêté n°23 nous rapporte les réticences des patients à poursuivre un suivi lié à un manque de ressource, notamment pour la psychothérapie en ambulatoire.

« Et bien on s'est rendu compte [...] que beaucoup de patients avaient tellement reçus d'écueils à leur prise en charge, c'est de la psychiatrie, de la psycho en ambulatoire ou autre... Premièrement ils n'avaient plus les moyens. » (Enquêté n°23)

Si la barrière de la langue et l'accès à l'interprétariat sont des obstacles communs à toutes les spécialités, on peut aisément comprendre que le problème s'accroît quand il s'agit d'une consultation psychiatrique.

« Mais après, s'il y a besoin, par exemple, d'une consultation psy avec une personne qui parle que marocain, ça va être très compliqué ! » (Enquêté n°11)

L'accès à l'interprétariat est là encore assez méconnu de la part des spécialistes, voire n'est même pas envisagé, comme nous le décrit l'enquêtée n°24, qui reproche aux psychiatres de ne pas s'adapter aux patients qu'ils vont avoir en face d'eux.

« Et c'est pareil, pour orienter vers de la psychiatrie. La psychiatrie, dans ses modes de réflexion, parfois, elle est un peu à l'ancienne. C'est-à-dire qu'ils n'ont pas, non plus, réfléchi à une question d'interprétariat. » (Enquêtée n°24)

Soins psychiatriques et freins des patients

Des freins vont aussi émerger de la part des patients dans la prise en charge psychiatrique, liés à leurs craintes, à leur culture propre ou encore à la complexité du suivi chez des patients précaires.

L'enquête n°23 rapporte une lassitude des patients devant la complexité de la prise en charge psychiatrique et les échecs fréquents. Ceux-ci ne font plus confiance au système et n'ont pas le courage de s'engager à nouveau dans une démarche de soin.

« Et deuxièmement, ils avaient plus envie de re-raconter une énième fois leur parcours, pour arriver à une prise en charge qui ne fonctionnait pas. [...] Et ça, c'est vraiment un des freins. C'est un des freins, parce qu'ils sont un peu blasés de ces parcours de prise en charge en pointillés, qui ne fonctionnent pas. » (Enquête n°23)

L'enquêtée n°15 nous fait part de son ressenti par rapport aux multiples échecs et rechutes des patients dans leur prise en charge psychiatrique, et plus particulièrement addictologique. Les patients ne vont pas voir l'intérêt d'un suivi parce qu'ils se sentent guéris, ou ne vont pas réussir à le poursuivre, du fait des obstacles liés à leur précarité. Cela conduit aux échecs répétés de prises en charge, puis à une lassitude des patients mais aussi des soignants.

« Au sein de la PASS, il est vrai qu'on en a quand même pas mal qui ont fait un séjour en psychiatrie, ou en font encore. Mais ça reste que, la prise en charge, le suivi du soin est très compliqué, parce que ce sont des patients qui sont dans la chute. Donc, une fois qu'ils vont un peu mieux, psychologiquement, psychiquement aussi, ils vont partir, sortir, dire « C'est bon, je vais mieux ! ». Et puis on rechute, et on repart, et on revient,... C'est un peu un éternel recommencement en fait ! » (Enquêtée n°15)

Les multiples différences culturelles entre soignant et soigné sont un frein de manière général dans le soin, mais exacerbé en psychiatrie où l'interprétation des mots, des expressions prend une importance toute particulière. Les contre-sens ou les mauvaises interprétations peuvent être très délétères dans la relation entre le médecin et son patient. L'enquêtée n°24, comme elle le faisait avec le système d'interprétariat, critique

le manque d'adaptation et d'innovation des psychiatres concernant les pratiques transculturelles.

« Et des fois, ils ne sont pas forcément aux faits de la pratique interculturelle par exemple. Voilà, ce genre de choses. C'est, des fois, des médecins ou des psychologues, qui sont là depuis X temps, qui font avec leur manière de faire. Oui, sauf que, la population qu'on reçoit maintenant, n'est pas forcément la même qu'il y'a 30 ans. Et d'autant plus quand y'a une question culturelle, qui est quand même un biais de lecture, moi je trouve. Y'a beaucoup de chose à développer du côté des pratiques transculturelles. » (Enquête n°24)

Par ailleurs, les représentations de la médecine, et notamment de la psychiatrie, que peuvent avoir les patients sont parfois très péjoratives. Dans certaines cultures, tout ce qui a attiré à la psychiatrie relève de la folie et est vu comme quelque chose d'incurable. Ces représentations peuvent être très dures à déconstruire et nécessitent un travail d'éducation.

« Evidemment, ça aussi, y'a l'amalgame psychiatre-fou ! [...] Donc effectivement, y'a des représentations qui ne sont pas forcément des représentations très positives, en ce qui concerne la psychiatrie. » (Enquête n°24)

Ces représentations de la maladie, ainsi que la pudeur liée à leur culture, peuvent conduire les patients à refuser de s'ouvrir et de parler de leur vécu. L'enquête n°1 nous parle de cela à propos des jeunes migrants non accompagnés en souffrance psychologique liée à leurs parcours migratoires souvent très violents, qui refusent de raconter pour mieux oublier.

« Parfois c'est le refus du jeune. Parce que se livrer, parler de son psychisme, de ses problèmes psychologiques, c'est très compliqué chez eux. Pour eux, c'est juste inadmissible, c'est des choses taboues ! Et ils ne veulent pas trop en parler, ou alors tout ce qu'ils veulent c'est oublier. » (Enquête n°1)

d) Selon les patients

Enfin, la patientèle des PASS de Gironde est très hétérogène selon les zones géographiques. Par exemple dans les zones rurales agricoles, on retrouvera plus de patients saisonniers, au contraire des PASS urbaines où la population migrante ou

encore SDF sera plus importante. Les spécificités de chaque population engendrent des obstacles différents dans l'accès aux consultations spécialisées.

« Y'a une telle hétérogénéité, ne serait-ce que dans les patients. Je ne sais pas si dans les PASS de périph, ils ont autant de patients à la rue, ou de migrants. Et donc, de par la diversité des patients, et des structures, forcément on n'a pas du tout les mêmes problématiques. » (Enquête n°2)

Il existe donc une grande diversité des PASS de Gironde, que l'on retrouve dans les obstacles à l'accès aux spécialistes. Bien évidemment, l'offre de soin sera très variable que l'on soit au CHU ou dans une petite structure en zone rurale. Certaines structures, du fait de leur statut public ou d'une tradition de service public et de prise en charge sociale peut-être plus marquée, vont être plus enclines à répondre aux demandes des professionnels des PASS. Cette tendance à se rendre disponible et arrangeant est variable selon le médecin en tant qu'individu, et cela dépendra aussi beaucoup des relations que le professionnel entretiendra avec lui. Enfin, du fait de l'hétérogénéité des profils des patients selon les PASS, les difficultés rencontrées ne seront pas les mêmes.

C. Facteurs facilitant l'accès aux spécialistes

De nombreux freins de multiples aspects ont été rapportés dans l'accès aux consultations spécialisées et aux hospitalisations. Si certaines PASS rencontrent de grandes difficultés, d'autres au contraire ont réussi à y faire face, développer des solutions et fonctionnent aujourd'hui de manière coordonnée avec les autres services.

1. Face aux freins organisationnels

Concernant les freins organisationnels, les professionnels ont su trouver les solutions pour surmonter les absences de couverture maladie et répondre aux difficultés de facturation, en lien avec l'administration de l'hôpital. Enfin, de nombreux leviers ont été mis en avant à propos de la barrière linguistique.

a) Pallier à l'absence de couverture

L'assistante sociale est une des premières personnes que le patient verra à la PASS, qui établira son statut administratif, la présence ou non de droits ouverts, et qui initiera les démarches avec le patient. Ainsi, l'enquêtée n°1 explique le rôle primordial de l'assistante sociale dans ces démarches, qui doivent être faites le plus rapidement possible.

« Nous, de toutes les façons, quand le patient est vu à la PASS, l'assistante sociale quand elle le voit, en fonction du recours à la PASS, par exemple manque de complémentaire, de CMU, le dossier est très rapidement envoyé quand les papiers sont fournis. » (Enquêtée n°1)

Qu'en est-il quand les droits sont refusés parce que le patient est demandeur d'asile ou en situation d'irrégularité, mais est depuis moins de 3 mois sur le sol français ? L'enquêtée n°21 explique les démarches de demandes de soins urgents.

« On fait des soins urgents pour ces patientes là. Sachant qu'il a fallu déjà faire la demande d'ouverture de droits, et avoir le refus de l'ouverture des droits, pour pouvoir mettre en place les soins urgents. Et chaque soin qui est fait, y'a une demande de soins urgents qui est faite. Les soins urgents, c'est la CPAM qui paye en fait. » (Enquêtée n°21)

Concernant l'hospitalisation, s'il existe une urgence, il n'y aura pas de blocage et les soins seront fournis.

« Dès lors que c'est hospitalisation, ça se passe toujours dans le cadre de l'urgence, donc c'est toujours pris en charge à 100%, et donc y'a aucun problème. [...] Et donc, dans le contexte urgent, dans tous les cas, on fait les soins sans réfléchir au système de facturation. » (Enquêté n°3)

Dans la mesure du possible, les professionnels essaient tout de même d'anticiper une ouverture des droits pour éviter une facture d'hospitalisation impayée. Ainsi des solutions existent pour ouvrir les droits en urgence. Ici, l'enquêtée n°13 évoque l'AME pour soins urgents.

« S'il y a une urgence vitale, on appelle les assistantes sociales qui mettent en place un circuit avec lequel il y a une couverture sociale d'urgence entre guillemets, qui les couvre. Du coup, on peut les hospitaliser un peu où on veut, en fonction de la nécessité. » (Enquêtée n°13)

L'ouverture des droits doit être adaptée à la situation. L'enquêtée n°13 nous rapporte l'importance du lien entre l'assistante sociale, qui apporte son expertise sur l'ouverture des droits, et le médecin qui évalue les besoins médicaux et l'urgence de la situation.

*« Ils en discutent beaucoup avec les médecins, ils définissent quel type d'ouverture des droits il faut, s'il y a besoin d'un truc dans l'urgence ou si ça peut attendre plus de temps. »
(Enquêtée n°13)*

Ainsi, le dialogue médecin-assistante sociale permet d'établir l'urgence de la situation, et si les soins, et notamment les consultations spécialisées, peuvent attendre ou non. Si c'est le cas, le plus simple reste d'attendre l'ouverture des droits et de différer la consultation à plus tard.

« C'est pour les problèmes moins urgents, qu'on essaie de réfléchir, est-ce qu'il y a vraiment besoin pour l'instant, ou est-ce qu'on peut différer ? » (Enquêtée n°16)

Cette situation est surtout valorisée quand on est à peu près certain que l'ouverture des droits sera acceptée.

« Après, si c'est des consultations qui peuvent attendre deux, trois mois et qu'on sait que droits vont s'ouvrir, là y'a pas de soucis. On attend. » (Enquêtée n°13)

b) Facturation

Qu'en est-il quand les droits ne sont pas ouverts et que le patient bénéficie de consultations spécialisées ? Qui paye ?

Une première solution souvent rapportée est la mise en attente de la facturation. L'enquêtée n°18 explique que la consultation n'est pas payée immédiatement mais de manière rétroactive, quand les droits sont ouverts. Cela évite ainsi à la PASS, ou à l'hôpital d'avancer les frais, le service sera seulement payé de manière différée.

« Donc, par rapport à tout ce qui est consultation ou hospitalisation, quand le patient est sur le dispositif de la PASS, y'a pas de facturation. Tout est mis de côté, le temps que les

dossiers administratifs, PUMA, mutuelle ou AME, soient mis en route. Donc ça, c'est la première chose. Du coup, y'a moins de freins au niveau des prises en charge et du plateau technique. [...] Mais généralement, c'est un délai de traitement d'un mois. Et on a la possibilité de faire une demande de rétroactivité. C'est-à-dire que les soins qui sont intervenus dans le mois, puissent être pris en charge par la sécu. Donc, on a cette possibilité-là. » (Enquête n°18)

L'enquête n°6 précise qu'il est important de prévenir les secrétaires pour éviter un malentendu et une facturation au patient.

« Et donc, après, c'est rétroactif. Donc, si la consultation spécialisée va avoir lieu, imaginons un mois après, que les droits ne sont pas encore ouverts, bah ça sera pris en charge. Mais on prévient les secrétaires, surtout, pour éviter qu'il n'y ait pas de facture envoyée au patient, que ça soit mis en attente. » (Enquête n°6)

Une autre solution rapportée par l'enquête n°5 est la facturation par la PASS, via un budget spécialement alloué à ces consultations. Le spécialiste est ainsi payé directement, mais par la PASS.

« Dans ces cas-là, ce qu'on a organisé, nous, avec notre direction, c'est que, sur le budget permanence d'accès aux soins, on rembourse entre guillemets le coût de l'examen aux spécialistes. » (Enquête n°5)

L'enquête n°14 parle, elle, de prise en charge par l'établissement de manière générale, mais précise cependant les limites financières de cette solution.

« Alors, si les gens n'ont pas du tout de droits, et qu'on n'a pas la possibilité de les ouvrir rapidement, au moment où le médecin m'a demandé des examens. Donc, soit ça va être pris en charge par l'établissement, mais on est très limité en termes de budget. » (Enquête n°14)

Ainsi, pour appliquer ces solutions, de nombreux enquêtés rapportent l'importance d'orienter les patients de manière privilégiée en intra-hospitalier.

« Nous, dès qu'on peut, on sollicite principalement, en première intention on va dire, l'hôpital. Parce que c'est quand même beaucoup plus simple. » (Enquête n°8)

« Donc nous, c'est vraiment les consultations de l'hôpital, de façon à ce que les soins ne soient pas facturés aux patients. On ne fait pas trop appel à des spécialistes extérieurs. » (Enquête n°10)

Enfin, dans certains cas, des spécialistes acceptent de faire une consultation à titre gratuit. Cela nécessite une relation privilégiée entre les professionnels de santé, comme le suggèrent les enquêtés n°1 et 11.

« Donc mes collègues de la clinique, ils étaient assez sympas, donc ils ont vu les patients, sans pour autant facturer quoi que ce soit. » (Enquêtée n°1)

« En ophtalmo, le Dr [...] appelle si vraiment y'a besoin, et c'est un ophtalmo en privé il me semble. [...]. Et gentiment, on va dire, il les voie gratuitement quoi ! » (Enquêtée n°11)

c) Barrière de la langue

En premier lieu, plusieurs enquêtés n'ont pas rapporté de difficultés par rapport à la barrière linguistique. Pour l'enquêtée n°1, il existe peu de patients ne parlant pas français.

« Alors, la barrière linguistique ! Pour l'instant, on a eu de la chance, puisque la plupart parlent français. » (Enquêtée n°1)

L'enquêté n°7 ne rapporte pas de blocage de consultations spécialisées parce que le patient n'était pas francophone.

« Mais pour le rendez-vous, jamais on m'a dit : « Oh, il ne parle pas français, c'est compliqué, je ne peux pas le prendre » » (Enquêté n°7)

Ou encore, l'enquêtée n°21 a trouvé des solutions efficaces à travers l'interprétariat.

« Après, l'accès à la langue. Alors, je redoutais au départ que ce soit assez compliqué, et que souvent, il n'y ait pas d'interprètes. Et finalement, je dirais que ça ne se passe pas trop mal ! » (Enquêtée n°21)

Ce n'est cependant pas toujours le cas, et il est nécessaire de développer des solutions d'interprétariat. Si les demandes d'interprétariat semblent plus compliquées pour les services spécialisés, et notamment les secrétaires qui s'en chargent le plus souvent, l'enquêté n°3 note une amélioration dans l'accès à l'interprétariat, et par conséquent, une amélioration des relations entre la PASS et les services. Il semble donc judicieux de mieux former les secrétaires dans ce domaine, pour faciliter les prises en charge.

« L'interprétariat pour les consultations de spécialistes c'était plus pénible y a 2-3 ans, j'ai vu une grosse évolution. [...] Et puis petit à petit c'est des choses qui se sont instaurées, on

voit bien que les difficultés du début, qui étaient génératrices de tensions, font maintenant partie du passé. Je pense que tous les secrétariats avec lesquels on travaille sont beaucoup plus rodés à la demande d'interprétariat. Du coup ce n'est plus une difficulté. » (Enquêté n°3)

L'enquêtée n°18 évoque la nécessité d'anticiper ces demandes pour s'assurer que le rendez-vous sera bien pris en temps et en heure.

« Bon, faut prévoir un délai bien sûr, pour qu'internet puisse trouver la bonne personne, et à l'heure qu'on demande aussi. Mais c'est un délai, je dirais, d'une semaine à deux semaines. Donc il faut prévoir à l'avance quoi. » (Enquêtée n°18)

Enfin, il existe de nombreux modes d'interprétariats, plus ou moins accessibles et plus ou moins adaptés aux consultations. L'enquêtée n°21 évoque le large panel de solutions qui s'offrent aux professionnels.

« Donc finalement, vous avez une succession d'étapes, et malgré cette succession d'étapes, je dirais qu'en règle générale, la majorité des consultations, j'ai pu avoir un interprétariat, que ce soit avec de la famille ou que ce soit avec un interprète présentiel, ou en ce moment, par téléphone. Souvent présentiel, et quand ce n'est pas le cas, après, je bidouille avec Traducmed et Google traduction. » (Enquêtée n°21)

L'interprétariat professionnel peut se faire de différentes manières. Si certains ont la chance de pouvoir avoir un interprète de manière physique.

« On passe surtout par l'interprétariat présentiel. » (Enquêté n°3)

D'autres doivent se contenter d'un traducteur par téléphone.

« On peut utiliser les services d'interprétariat gratuit en ligne, mais bon, encore faut-il qu'ils soient disponibles, qu'on l'ait un peu anticipé. » (Enquêté n°5)

« Alors barrière de la langue, quand on ne peut pas se débrouiller avec nos propres moyens, on fait la traduction par téléphone. Ça marche plutôt bien, on nous laisse pour ça les coudées franches, on s'organise, on n'a jamais eu de remarques. » (Enquêté n°10)

Une autre solution consiste à profiter des interprètes des associations. En effet, les associations ont parfois plus de budget alloué à l'interprétariat que les services de la PASS. Ainsi, certaines associations viennent en consultation avec leur propre interprète.

« Parce qu'on s'est dit en intra-hospitalier, comme les interprètes coûtent très cher, que c'est vraiment les associations, qui ont quand même des moyens aussi d'avoir des interprètes, qui doivent anticiper. Et le jour du rendez-vous, il faudrait qu'il y ait un interprète avec le jeune. » (Enquête n°1)

Ou encore d'utiliser leurs codes pour de l'interprétariat téléphonique.

« Soit on a les structures [...] qui elles, ont le créneau d'interprétariat téléphonique, et qui nous passent leurs codes pour qu'on puisse le faire. » (Enquête n°6)

S'il n'est pas possible d'accéder à un interprétariat professionnel, des solutions alternatives existent. Les proches des patients sont régulièrement sollicités comme interprète.

« Nous, on leur demande toujours pour les consultations, de venir avec un interprète [...] ils peuvent quand même trouver quelqu'un dans leur famille, amis, qui va venir faire l'interprète. Nous, ils viennent, à la PASS en tout cas, souvent avec un interprète. » (Enquête n°12)

L'enquête n°19 rapporte cependant les limites de cette solution, quand le traducteur est un membre de la famille et qu'il faut évoquer des choses intimes.

« Mais des fois, c'est un petit embêtant, parce qu'ils viennent avec leurs propres enfants... Donc, moi je trouve, c'est toujours compliqué de poser des questions à un enfant, pour qu'il traduise à sa maman ou son papa, sur des choses précises et un petit peu intime on va dire. » (Enquête n°19)

Il est aussi possible d'utiliser les ressources de l'hôpital. Des annuaires de professionnels sont souvent créés pour répertorier les différentes langues parlées par le personnel hospitalier. Cette solution n'est cependant pas toujours adaptée aux consultations plus complexes et le personnel doit parfois prendre sur son temps de travail.

« Ou sinon s'il y a besoin, et que c'est vraiment que pour des papiers, ou on va dire des choses un peu légères, et que c'est pas vraiment rentrer dans une grosse consult, on a la liste du personnel dans la clinique qui parle la langue qu'on cherche. » (Enquête n°11)

« Et après, on fait appel aux interprètes, souvent des médecins ou des infirmiers de l'hôpital, qui prennent sur leur temps pour venir traduire des entretiens. » (Enquête n°24)

De plus, l'enquête n°6 évoque une mauvaise expérience avec ce système d'interprétariat et son refus de l'utiliser à nouveau.

« Par contre, je fais plus appel à la liste qu'il y a dans les hôpitaux. Parce qu'en fait, y'a n'importe qui vient faire de l'interprétariat, et je me suis retrouvée avec des cas, où la personne qui devait faire l'interprète, engueulait le patient en lui disant : « Rentre chez toi, rentre dans ton pays, t'as rien à faire là ! ». » (Enquêtée n°6)

Une autre possibilité consiste à utiliser un système d'interprétariat par internet, avec les imperfections qui vont avec.

« Et bien en fait, on utilise l'ami Google translate ! » (Enquêtée n°11)

« On a Google trad', qui ne marche pas très bien. » (Enquêtée n°12)

Ou encore un livre de traduction.

« Moi, je me suis acheté un petit traducteur, mais qui marche pas très très bien, mais qui m'aide de temps en temps. » (Enquêtée n°22)

Par ailleurs, en dehors des systèmes d'interprétariat, les enquêtés n°19 et 24 utilisent des fiches ou des livrets de santé traduits, destinés aux patients, pour les accompagner dans leur prise en charge.

« Et non, c'était le COMEDE qui avait donné à mon ancienne collègue des livrets de santé qui sont traduits en espagnol, en arabe. Je l'ai en portugais et en russe. » (Enquêtée n°19)

« Donc, on avait travaillé, y'a de ça deux ans, avec l'ISFI, qui est le truc des étudiants infirmiers, pour qu'ils nous fassent des plaquettes avec des pictos traduis en arabe ou en espagnol. » (Enquêtée n°24)

Enfin, l'enquêtée n°14 explique l'importance d'adresser le patient au spécialiste avec un courrier complet pour faciliter sa consultation et sa prise en charge.

« On essaie souvent de faire un bon courrier, qui suit vraiment la personne, qu'on tape bien pour la personne qui va le recevoir, tous les antécédents,... Enfin vraiment, on essaie de faire un courrier vraiment blindé en termes d'informations. » (Enquêtée n°14)

A propos de l'absence d'ouverture des droits, des solutions existent en urgence pour permettre un accès aux soins. Quand la situation n'est pas urgente, l'autre solution est de différer les soins. Les difficultés de facturations sont résolues par des mises en attente ou des budgets spécialement alloués pour ces consultations. Enfin, concernant la barrière de la langue, la référence reste les systèmes d'interprétariats professionnels, mais d'autres alternatives ont été développées à défaut d'y avoir accès.

2. Face aux freins des professionnels

L'accès au spécialiste sera variable selon la disponibilité des spécialités sur le centre hospitalier, très hétérogène selon la zone géographique. Certaines PASS ont développé des solutions alternatives aux consultations conventionnelles pour faciliter et avancer les consultations.

a) *Spécialistes disponibles*

La présence de nombreux spécialistes disponibles dans certains hôpitaux est un réel facteur facilitant pour les professionnels des PASS. Cette disponibilité est très hétérogène selon les centres hospitaliers. Elle est retrouvée principalement au CHU, où l'offre de soin est largement supérieure à certaines zones rurales, mais aussi dans certains centres de périphérie.

« Après, au CHU, quand on a besoin d'avis spécialisé, généralement on a des correspondants connus. Nos collègues spécialistes à Saint-André, à Pellegrin ou à Haut Lévêque, qu'on appelle ou auxquels on demande des rendez-vous. » (Enquête n°2)

« Donc si vraiment y'a un besoin, on va se débrouiller avec nos professionnels. A l'intérieur de l'hôpital, on a quasiment accès à toutes les spécialités. » (Enquête n°16)

Ces consultations en interne présentent en plus l'avantage de limiter la problématique du manque de mobilité des patients.

« En fait, comme la plupart de nos consult' sont sur place, y'a pas un réel souci de mobilité des patients. » (Enquête n°12)

b) Alternatives aux consultations

Il existe des alternatives aux consultations conventionnelles quand celles-ci ne peuvent être programmées, par manque de disponibilité, de temps, d'absence d'ouverture de droits,... Les professionnels des PASS, souvent en accord avec les spécialistes, ont mis en place des consultations alternatives permettant de pallier aux difficultés de prises en charge.

Ainsi, un certain nombre de consultation, ou du moins d'avis spécialisés, sont faits à distance, par téléphone ou mail. L'enquête n°2 rapporte ce procédé, notamment pour pallier à l'absence de droits. Cela nécessite une certaine confiance entre le médecin de la PASS qui a examiné le patient, et le spécialiste qui a l'expertise.

« En pratique, parfois, quand les patients n'ont pas de couverture sociale, on prend des avis spécialisés en présentant le problème du patient par téléphone à un de nos collègues ou en envoyant un mail ; mais on envoie pas forcément le patient en consultation. Donc on a des avis à distance en fait, c'est nous qui examinons le patient et l'avis peut être plutôt un conseil de prise en charge d'un spécialiste par mail ou par téléphone. » (Enquête n°2)

Cette démarche est assez appropriée en dermatologie où une simple photo envoyée au spécialiste peut suffire à faire le diagnostic.

« Je n'ai pas besoin de passer par une consultation locale. [...] Ça m'est même arrivé d'envoyer des photos à des dermatos pédiatres, pour avoir des avis sur des lésions cutanées, assez aisément. » (Enquête n°5)

« Parfois en dermatologie, l'autre fois on a eu le cas. On avait un patient avec des lésions dermo un peu bizarroïdes. Le médecin a pris des photos, les a envoyées en dermato, ils ont regardé les photos, bon après ils ont voulu voir le patient. Mais en général, ça peut se régler comme ça à distance. Du coup, y a pas de coût de consultation en fait. » (Enquête n°13)

Certains professionnels des PASS parviennent à obtenir des consultations informelles dans des cas urgents et où l'offre de soin est insuffisante. C'est le cas de l'enquête n°1, qui rapporte avoir sollicité un psychiatre adulte pour de la psychiatrie adolescente. Dans ce cas, le spécialiste n'est pas le plus à même de prendre en charge ces patients, mais reste la seule solution pour une prise en charge psychiatrique. Cela nécessite donc un arrangement entre les professionnels.

« J'ai une petite solution, ça reste quand même une psychiatre adulte, qui travaille avec nous, qui vient de Charles Perrens, qui accepte de voir des jeunes adolescents. C'est la seule qui a cette compétence pour ces jeunes qui ont moins de 18 ans et plus de 15 ans et 3 mois. Cependant, je ne peux pas compter que sur une seule psychiatre et qui n'est pas sensée le faire. » (Enquête n°1)

De même, l'enquête n°19 sollicite le chirurgien-dentiste de l'EHPAD pour ses patients pour des urgences dentaires. Ici, le spécialiste déroge à l'organisation hospitalière pour « dépanner » les professionnels de la PASS.

« Alors normalement, on n'a pas le droit, mais on a réussi à ce que le chirurgien-dentiste puisse prendre une de nos patientes en urgence. Parce que normalement, elle est pour les personnes en EHPAD. » (Enquête n°19)

Enfin, une alternative idéale pour les professionnels des PASS aux consultations traditionnelles est le déplacement des spécialistes auprès du patient au sein même de la PASS. L'enquête n°2 explique les avantages de cette solution en termes de rapidité, d'organisation et d'interprétariat. Ces cas-là sont cependant isolés et demandent une certaine disponibilité des spécialistes.

« Ou même, parfois, quelqu'un qui passe et qui vient ici voir un patient avec nous, mais ce n'est pas une vraie consultation spécialisée dans le service. Voilà, c'est un truc informel. [...] Ça facilite les choses en fait : le patient il connaît la PASS, nous on a l'habitude de faire venir les interprètes, si le spécialiste est sur le même site, il se déplace et il vient voir le patient à la PASS. C'est facilitant. Ce n'est pas très fréquent mais ça permet de gagner beaucoup de temps. » (Enquête n°2)

c) Contact direct avec le spécialiste

Nous avons les difficultés rencontrées au niveau du secrétariat notamment, concernant les délais. L'enquête n°6 évoque ainsi le cas des consultations dermatologiques souvent bien remplies. Ainsi, en appelant directement son collègue dermatologue, et donc en court-circuitant le secrétariat, elle négocie des consultations avec un délai plus raisonnable. Cela est possible, car le médecin gère son propre planning, et est donc plus à même de le surbooker, ce que n'osera pas faire la secrétaire.

« Là, par exemple, on a eu le cas en dermato. On nous dit que les rendez-vous sont à six mois. En fait, j'appelle les dermatos, je leur explique et ils viennent voir les patients à la

*PASS, ou ils nous les prennent en consultation facilitées sur des créneaux d'urgences. »
(Enquête n°6)*

L'enquête n°8 procède de la même façon pour les examens d'imageries en appelant directement le manipulateur.

« C'est pareil pour tout ce qui est service d'imagerie. Nous, on ne passe pas par le secrétariat, on appelle directement le manipulateur, qui nous fait passer entre deux patients. Donc c'est vrai que souvent, on ne passe pas par le biais du secrétariat, en tout cas au sein de l'hôpital. » (Enquête n°8)

Cela se vérifie aussi dans le sens contraire. D'après l'enquête n°12, la demande sera plus prise au sérieux et facilitée si elle émane d'un médecin.

« Si le rendez-vous est trop long, parce qu'évidemment, y'a des délais de 4, 5,6 mois parfois, pour certaines consult...le médecin ! De médecin à médecin, des fois, ça marche beaucoup mieux que d'infirmière à médecin. » (Enquête n°12)

d) Demandes justifiées

Enfin, de nombreux enquêtés rapportent le fait qu'une demande de consultation ou d'hospitalisation justifiée sur le plan médical est rarement refusée. Si le patient nécessite objectivement une prise en charge spécialisée, d'autant plus en urgence, les soins doivent être réalisés.

« En urgence, y'a une urgence vitale, de toute façon, y'a toujours une consultation, une hospitalisation s'il faut. Voilà, urgence vitale, on ne se pose même pas la question ! On voit après... » (Enquête n°16)

L'enquête n°2 met en avant ce devoir d'assistance, particulièrement présent dans les établissements publics, qui doit prévaloir sur les problématiques organisationnelles ou les réticences des médecins.

« Quand on a un motif pour une hospitalisation en urgence, que ce soit une fièvre, un problème infectieux, par exemple une tuberculose pour mettre à l'abri l'entourage du patient en hospitalisant le patient, ou un problème chirurgical aigu, ou autres...En fait y'a pas trop de freins parce qu'on est un CHU. Quelque soit l'origine du patient, ce qui va motiver l'hospitalisation, c'est le problème médical et son caractère urgent. » (Enquête n°2)

La notion d'urgence et de risque vital sont relatifs et doivent être adaptés à chaque patient. La vulnérabilité de certains patients de la PASS abaisse le seuil de l'urgence. Ainsi, l'enquêtée n°6 rapporte la compréhension de certains spécialistes qui sauront adapter leurs critères d'hospitalisation à la précarité du patient.

« Mais par contre, là aussi, comme je te disais, pour l'exemple de la rhumato, ils comprennent que ce n'est pas des pathologies lambda de la personne qui est dans sa maison. Ils comprennent qu'il y'a une notion d'urgence un peu plus quoi. » (Enquêtée n°6)

L'importance de l'offre de soin est bien sûr un avantage pour accéder à une prise en charge spécialisée. Par ailleurs, des consultations alternatives se sont développées, téléphoniques ou sur place directement à la PASS. Un contact avec le spécialiste est souvent préférable que de passer par le secrétariat. Enfin, quand une indication de consultation ou d'hospitalisation est justifiée, d'autant plus en urgence, elle rencontre, de manière générale, moins de refus.

3. Réseau

Le développement de réseaux de soins reste un des principaux leviers dans l'accès aux spécialistes. Qu'il soit intra ou extrahospitalier, l'existence de filières dédiées, le développement de liens professionnels voire personnels entre les soignants, ou encore des contacts externes avec des associations facilitent grandement la prise en charge spécialisée des patients.

a) Réseau intra-hospitalier

Liens avec les urgences

Un certain nombre de PASS ont un lien privilégié avec le service des urgences, du fait notamment de leur affiliation administrative aux urgences. De plus, il existe des contacts réguliers entre la PASS et les urgences, car les patients sont régulièrement adressés par les urgences, ce qui favorise les relations entre les deux services.

« Après, y'a certains services qui nous connaissent vraiment très bien. Par exemple, le service des urgences nous connaît vraiment très bien. » (Enquête n°8)

Par ailleurs, l'enquête n°3 rapporte la proximité géographique des deux services, facilitant les échanges avec les urgences, et notamment avec les spécialistes d'astreintes, qui seront plus enclins à venir à la PASS si ils sont aux urgences.

« La PASS [...] est rattachée aux urgences. Géographiquement, on est juste à côté, donc on peut demander l'avis des spécialistes qui sont d'astreintes pour les urgences. » (Enquête n°3)

De plus, on retrouve régulièrement des médecins dédiés PASS, initialement ou encore à temps partiel, urgentistes. Ceux-ci ont déjà créé un réseau au sein de l'hôpital, ils connaissent les différents médecins des services et auront plus de facilités à y accéder.

« En fait, nous, on est vraiment une petite PASS. Donc forcément, avec le médecin urgentiste, on va dire qu'il y'a pas trop de blocage quoi. Avec lui y'a pas trop de problèmes ! » (Enquête n°11)

« Nous on a quand même un avantage, c'est que le médecin de la PASS est médecin aux urgences. Donc déjà, c'est une belle ouverture pour certaines consultations. [...] Ça ouvre pas mal de voies dans les consultations et les hospitalisations. » (Enquête n°12)

L'enquête n°6 rapporte aussi l'accessibilité à l'UHCD quand une hospitalisation est nécessaire, en attente d'une place dans les services.

« Quand on n'arrive vraiment pas à trouver un créneau d'hospitalisation, soit sur le jour même, soit sur du programmé court, dans ces cas là, comme je suis urgentiste aussi, je fais passer par l'UHCD. » (Enquête n°6)

Filières dédiées

En psychiatrie, des filières ont été créées dans de nombreuses PASS pour faire face aux difficultés rencontrées. Cela nécessite cependant la proximité d'un centre hospitalier psychiatrique avec des professionnels disponibles, et ces dispositifs ne sont malheureusement pas accessibles partout. L'enquête n°3 évoque l'EMPP (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité) qui assure des permanences physiques hebdomadaires avec un IDE psychiatre et un psychiatre.

« On a un partenaire particulier qui est l'EMPP, qui vient faire des permanences à la PASS. C'est vraiment le frère jumeau de la PASS en psychiatrie ! Donc il vient faire des

permanences à la PASS régulières, hebdomadaires, donc on les sollicite facilement. En dehors de leurs permanences, quand on a besoin de les joindre, on a leurs coordonnées directes. On travaille vraiment en binôme, en collaboration étroite. Donc ça y'a pas de problèmes.[...] Mais il y a un lien privilégié avec la psychiatrie, ça c'est sûr ! » (Enquête n°3)

L'enquêtée n°12 nous parle du dispositif Cap'Lib, qui fonctionne globalement de la même manière, sans permanence dans ce cas.

« On fait intervenir le Cap Lib, c'est les urgences psy. Donc on appelle directement l'infirmier psychiatrique, qui vient en première intention, qui fait l'entretien. Si y'a besoin, il fait venir le psychiatre. Donc, on a la consultation psy qui est urgente, je dirais, on peut l'avoir dans la journée. » (Enquête n°12)

Un réseau plus spécialisé concernant la prise en charge psychiatrique en période périnatale existe aussi, appelé Réseau Mère-Enfant.

« Le Réseau Mère-Enfant, c'est le réseau de psychiatrie périnatal. Avec, d'une part des consultations, après un hôpital de jour, et une unité d'hospitalisation où il y'a quatre ou six lits d'hospitalisation au sein de Charles Perrens. Donc ça dépend de Charles Perrens. » (Enquête n°21)

Enfin, une filière dédiée d'addictologie a été créée au CHU, réduisant considérablement les délais de prise en charge.

« Nous on a mis en place une consultation coupe-file pour l'addicto, à Pellegrin[...] Donc l'équipe de lésion ELSA du CHU, on s'est entendu avec elle et on a la possibilité le mardi après de leur caler quelques patients comme ça, et du coup ça peut se faire d'une semaine sur l'autre. Donc c'est des délais très très rapides. Donc ça, ça fait partie des consultations coupes-fils. » (Enquête n°3)

On remarque cependant une grande inégalité de ces filières selon les zones géographiques et l'offre de soin.

Comme vu précédemment, on observe une carence dans l'offre de soin bucco-dentaire. Les partenariats intra-hospitaliers sont rares, mais l'enquêtée n°22 nous rapporte des rendez-vous facilités pour ses patients.

« On a un dentiste et un partenariat avec le dentiste aussi, qui fait des consultations spéciales pour la PASS. Ça c'est bien. Qui accepte de voir les patientes. Donc nous, on a la chance, elles peuvent avoir des soins, alors je vous dis pas du jour au lendemain hein, mais à un mois ou voilà. Parce qu'effectivement les problèmes de dentition... » (Enquête n°22)

Des consultations « coupe-files » peuvent ainsi être créées pour de multiples spécialités. L'enquêtée n°6 explique le travail de fond qui a été fait au sein de sa PASS pour créer des liens avec chaque spécialité.

« Donc voilà, on a essayé de cibler toutes les filières qui étaient vraiment importantes pour nous, celles qui revenaient le plus fréquemment pour nos patients. Et on a travaillé avec chaque spécialité. » (Enquêtée n°6)

Les consultations dédiées sont en général adaptées aux besoins des patients. L'endocrinologie est régulièrement sollicitée pour la prise en charge des patients diabétiques, nombreux dans les populations migrantes.

« Et quand on a un patient diabétique, et qu'on a besoin de mettre en place un suivi, et de remettre en route tout ça, du coup, on leur envoie un mail, et là aussi, ils nous dédient des consultations dans la semaine en générale. » (Enquêtée n°6)

Ou des spécialités où les délais, particulièrement longs, ne seront pas adaptés à l'urgence de la situation. L'enquêté n°3 nous parle ainsi du projet de consultations facilitées en MPR, pour permettre aux patients migrants d'accéder aux soins pour soins pour séquelles d'AVC, par exemple, et d'être pris en charge à temps.

« Et on a un projet de faire un peu la même chose pour les consultations en MPR [...] Du coup on a vu avec eux comment c'était possible d'avoir cet avis MPR en amont, tôt dans le parcours de soins, pour que les personnes qui migrent pour ce motif là aient quand même une réponse... » (Enquêté n°3)

Parfois, la filière va être centrée sur une pathologie, et non sur une spécialité. L'enquêtée n°2 prend comme exemple les consultations « Hépatite Préca » qui permettent le diagnostic et la prise en charge des hépatites virales. Ces consultations concentrent le même jour bilan biologique, examen radiologique et consultation avec un spécialiste, réduisant le nombre de perdus de vue entre chaque examen.

« Le service d'hépatite du CHU, dans le cadre du projet « Bordeaux sans hépatites », a mis en place une consultation accélérée pour les patients précaires, chez lesquels on détectait des hépatites. » (Enquêtée n°2)

Dans la PASS de l'enquêtée n°6, en plus de rendez-vous facilités pour des examens radiologiques, le service de radiologie a accepté de réserver leur stock de produits de contraste pour la PASS.

« On a fait une filière aussi avec la radiologie. Du coup, ils essaient, autant que possible mais c'est compliqué, de donner des créneaux pas trop éloignés [...] Et puis, comme les patients

extérieurs, normalement, doivent amener leur produit de contraste, en fait, on a vu avec la radiologie, ils ont quelques stocks de produits de contraste pour nos patients de la PASS.» (Enquêtée n°6)

Enfin, parfois, ce sont des filières avec des spécialités qui ne sont pas toujours présentes dans les centres hospitaliers de manière générale, permettant de pallier aux freins rencontrés dans l'orientation en ville. L'enquêtée n°2 donne en exemple la proctologie.

« En fait, y'a des protologues qui interviennent en privé dans leur cabinet, et qui viennent faire une consultation à Haut Lévéque, pour voir des patients. [...] Je pense qu'il y'a une convention entre ces cabinets de proctologie et le CHU. » (Enquêtée n°2)

Intégration de la PASS au sein de l'établissement

Comme le dit très bien l'enquêté n°10, la première condition pour le bon fonctionnement de la PASS au sein de l'hôpital et qu'elle soit connue des professionnels hospitaliers. Sans reconnaissance des services, aucun dialogue n'est possible.

« Ça se passe, je dirais, plutôt bien, maintenant que le dispositif est connu. » (Enquêtée n°10)

Pour cela, l'existence d'un poste médical est nécessaire pour exister auprès des autres services et permettre un dialogue. L'enquêté n°5 a ainsi constaté une nette amélioration depuis la création d'un poste médical dédié PASS.

« Le fait d'avoir créé un poste médical au sein de cette PASS, ça a amélioré sa visibilité. » (Enquêté n°5)

L'intégration de la PASS peut aussi être corrélée à son ancienneté. Les professionnels de santé finissent par être connus des services, des protocoles ont été mis en route, etc.

« La PASS est assez ancienne. [...] Et moi, quand je suis arrivée dans l'équipe de la PASS, tout était déjà bien structuré. Ça roulait si vous voulez. » (Enquêtée n°22)

Pour se faire connaître, le travail de communication à travers l'hôpital est primordial. L'enquêtée n°12 raconte les démarches qu'elle a effectuées auprès des services, et encore une fois, auprès des secrétaires, pour se faire connaître : aller se présenter,

expliquer ce qu'est la PASS, rassurer les personnes. Cela est bien sûr facilité quand le professionnel de l'hôpital travaille depuis un certain temps dans la structure.

« On a fait un travail de fond énorme sur l'hôpital. On s'est présenté partout. On a été très très proactives. Travaillant aux urgences en plus, étant de l'hôpital, connaître l'hôpital, toutes les secrétaires et compagnie, c'est vrai que c'est un réel avantage. » (Enquête n°12)

Ce travail nécessite du temps et une certaine motivation, qui sont un investissement pour le bon fonctionnement de la PASS comme nous le dit l'enquête n°12.

« Enfin tu vois, y'a eu un gros boulot de communication et d'information avec les autres services. Après, c'est un gros travail ! C'est très chronophage, mais derrière ça permet de mieux travailler. C'est rentable. » (Enquête n°6)

Les méthodes de sensibilisation peuvent prendre plusieurs formes. Se présenter dans les services en est une première, comme vu précédemment. Certaines PASS concentrent leurs efforts sur une journée pour faire découvrir aux autres professionnels de l'hôpital de la PASS et les sensibiliser à leurs problématiques.

« Après, on essaie, normalement chaque année, d'organiser des journées de sensibilisation du personnel à la PASS. On fait des sessions de demi-journées, et on fait ça un peu sous forme ludique, sous forme de quizz, pour justement présenter le service de la PASS, se présenter, dire que s'ils ont des problématiques qu'ils peuvent nous solliciter également. » (Enquête n°8)

L'enquête n°3 met cependant en avant les limites de ces « journées portes ouvertes » qui doivent être répétées pour devenir percutantes.

« On avait fait une présentation à l'AG des cadres supérieurs, pour que ça redescende aux cadres des services, etc... Ça a été fait qu'une fois, et je pense que c'est quelque chose qui doit être entretenu, parce que c'était nouveau. Bon voilà, après ça peut vite tomber dans l'oubli si on le remet pas au travail régulièrement. » (Enquête n°3)

D'autres PASS tentent de créer du lien avec les urgences, en organisant des staffs, pour mettre en commun et uniformiser les pratiques.

« Alors voilà, nous, on a essayé de demander à participer à des réunions périodiques avec le personnel des urgences, pour qu'encore une fois, petit à petit, les usages se banalisent dans leur pratique. Mais bon, ça ne s'est pas encore fait. » (Enquête n°10)

Cela peut aussi passer par la formation des internes, souvent premier maillon de la prise en charge médicale. L'enquête n°2 organise ainsi des réunions en début de semestre.

« Moi au début du semestre, je briefe les internes des urgences à ces parcours un peu particuliers. Ils sont aussi informés, mais c'est pas forcément par la PASS, de l'existence de la PASS et du parcours du patient précaire, de l'existence de l'accès à l'interprétariat,...au début de leur semestre. » (Enquête n°2)

Enfin, l'enquête n°4 profite des commissions médicales d'établissements pour tenter de mettre en avant le service de la PASS auprès des autres services, ou encore via les professionnels paramédicaux.

« Nous, ce qu'on va faire, c'est en parler en CME et également en commissions des paramédicaux, pour essayer d'améliorer les liens entre les différents services et la PASS. » (Enquête n°4)

Plusieurs enquêtés rapportent le travail de sensibilisation fait auprès des secrétaires en particulier, qui peuvent être un frein à l'accès aux spécialistes. Expliquer la démarche de la PASS ainsi que les solutions apportées pour répondre aux freins organisationnels permet en premier de lieu de rassurer les secrétaires, qui seront donc plus à l'écoute lors des prochaines demandes.

« En fait, on a surtout fait du travail avec les secrétariats, pour leur expliquer un peu comment ça se passait, pourquoi on insistait. Et du coup, comme on les a sensibilisés, on a toujours des petits créneaux facilités en fait. » (Enquête n°6)

« Voilà, donc, c'est leur expliquer, que tout est pris en charge par le bureau des entrées, qu'il ya une attente du dossier, que ça va se faire, ça va se régulariser,... Enfin, tout ce travail là quoi, travail d'assistante sociale, qu'on est obligé de faire aussi. Education de toutes les secrétaires par rapport à tout ça. Après, elles peuvent être facilitantes pour avoir des délais moins longs. » (Enquête n°12)

Lorsqu'un blocage est repéré, l'enquête n°8 prend immédiatement les devants en allant voir la personne concernée. Elle rapporte un changement radical d'attitude après avoir expliqué à la secrétaire ce qu'était la PASS.

« Là, y'a pas longtemps, on a eu des soucis avec une secrétaire. Bah j'y suis allée deux jours après me présenter, avec les papiers de la PASS, voilà ! Et du coup, après elles disent : « Ah ouais ! Et bien on ne savait pas que ça existait, on savait que c'était comme ça. C'est super ! ». » (Enquête n°8)

Bien sûr, les relations personnelles sont un atout majeur au sein d'un hôpital. Un spécialiste qui connaît un professionnel de la PASS sera plus sensibilisé aux problématiques rencontrées et donc plus aidant.

« Il se trouve que y'a des collègues qu'on connaît, avec lesquels ça pose aucun problème, et ça se passe très bien. Parce qu'au contraire, ils connaissent bien la fonction de la PASS, les difficultés qu'on rencontre. Ils peuvent être plutôt facilitants, êtres sensibles aux problématiques qu'on rencontre à la PASS. » (Enquêtée n°2)

Dans le cas de l'enquêté n°3, médecin, c'est grâce à ses stages d'internat effectués dans l'hôpital qu'il a pu développer son réseau personnel.

« Le fait d'avoir fait ton internat ici, si tu connais des gens, tout de suite ça détend tout. Quand les relations sont distantes entre professionnels, de manière anonyme, c'est là que ça ne peut pas forcément bien se passer. Quand y'a des contacts directs et qu'on se connaît, globalement ça se passe bien. Un numéro de portable ça aide toujours. » (Enquêté n°3)

Pour d'autres enquêtées, c'est leur longue expérience au sein de la même structure, parfois dans des services différents, qui a permis de tisser des liens.

« Alors, oui, on travaille pas mal avec les urgences, mais comme j'y ai travaillé 33 ans, donc du coup, j'ai encore des relations avec des gens qui sont aux urgences, le bureau des entrées. Donc, tout ça, c'est facile, parce que moi, j'y ai déjà travaillé. Donc du coup, c'est quand même plus fluide. » (Enquêtée n°12)

« Et moi ça fait 25 ans que je travaille là, donc je connais tout le monde, donc ça aide ! » (Enquêtée n°14)

« Et après, comme j'ai été sage-femme à la maternité [...] Et donc du coup, c'était assez facile, pour moi de me mettre en lien, parce que je faisais partie de l'équipe aussi. Donc je connaissais toute l'équipe. » (Enquêtée n°20)

Enfin, l'intégration de la PASS au sein d'un établissement passe en premier lieu par sa reconnaissance par la direction, voire de l'ARS. L'enquêté n°17 explique l'importance de l'appui de la hiérarchie et des aides financières, nécessaires à la création de postes pour que la PASS devienne fonctionnelle au sein de l'hôpital.

« En fait on a eu un dernier comité de pilotage là, fin décembre, où on nous attribué un médecin en même temps. Et je ne sais pas, y'a eu l'ARS. On les avait pas vu jusqu'à maintenant. Et à partir de là, on a eu l'impression que y'a eu une espèce d'engouement pour la PASS. [...] Et puis là, oui, y'a eu des demandes de fonds supplémentaires. Donc bon...on commence à exister un peu, j'ai l'impression. » (Enquêté n°17)

Place dans l'hôpital selon la structure

Les enquêtées n°14 et 15 mettent en avant l'avantage de la petite taille de l'hôpital. Bien que l'offre de soins soit souvent moins intéressante, un centre hospitalier à échelle humaine permet de meilleures relations entre professionnels et une meilleure visibilité.

« C'est tout petit [...] donc on est quand même connu, bien repéré. C'est tout petit donc ça aide. » (Enquêtée n°14)

« Après, l'hôpital [...] est un petit hôpital, mais on est connu, ça, y'a aucun problème. Ils savent très bien qui on est, dans quel cadre on intervient. » (Enquêtée n°15)

Un autre facteur facilitant, intrinsèque à la structure, est sa mentalité par rapport aux prises en charge sociales. Si la sensibilité face à un problème social est variable selon les professionnels, cela peut se retrouver à l'échelle d'un hôpital. Les enquêtés n°12 et 20 évoquent le caractère social de leur établissement ainsi que la mentalité qui en résulte.

« C'est vrai, je pense que [...] est un hôpital un peu social. Enfin, je pense, j'espère que ça va continuer ! » (Enquêtée n°12)

« Après, je pense qu'aussi, c'est plus une question de l'investissement médical. C'est-à-dire qu'un centre de santé, c'est déjà quelque chose où y'a pas de dépassements d'honoraires...C'est un centre de santé, c'est quand même social. Y'a un état d'esprit ! Donc les médecins qui sont au centre de santé, déjà, ils ont quand même une petite vocation sociale. » (Enquêtée n°20)

b) Réseau inter-hospitalier

Quand l'offre de soin est limitée, une solution est d'orienter les patients sur d'autres centres hospitaliers plus importants, voire au CHU de Bordeaux, et de faire jouer le réseau inter-hospitalier.

« C'est un hôpital un peu plus important, qui est à une trentaine de kilomètres, avec lequel on correspond facilement. Et là, y'a des spécialistes. » (Enquêté n°7)

« Sinon, on sollicite beaucoup, nous, le CHU de Bordeaux, avec qui pour le coup, on n'a jamais eu de souci, pour orienter les patients. On en oriente beaucoup surtout vers les tropicalistes. Et avec des rendez-vous plutôt assez rapides. Et avec aucune réticence de leur part, en tout cas, quant à prendre nos patients en charge. » (Enquêtée n°8)

c) Réseau PASS

Un autre réseau régulièrement utilisé par les enquêtés est le réseau des différentes PASS du secteur. Ainsi, quand la spécialité n'est pas disponible sur place, l'enquêté n°17 oriente ses patients vers les spécialistes du CHU en passant par la PASS du CHU, pour s'assurer du suivi et de la bonne orientation

« C'est-à-dire que, si on n'a pas de spécialité sur le CH, on s'appuie forcément sur les autres PASS. Et les PASS qui ont des spécialités, on va dire, très larges, c'est celles du CHU quoi. Donc après, on fait relai avec des collègues des PASS du CHU. » (Enquêté n°17)

A Saint-André, la PASS bucco-dentaire reste la seule solution dans de nombreuses situations, et de nombreux enquêtés ont évoqué cette solution. Faut-il encore que le patient puisse s'y rendre.

« Soit on s'appuie sur la PASS dentaire de Saint André. Donc ça, c'est très bien, parce que ça fonctionne plutôt bien. » (Enquêté n°17)

Dans certaines PASS, une sage-femme dédiée PASS est présente et permet une orientation facilitée pour les problématiques gynécologiques.

« On a maintenant une sage-femme à la PASS, donc elle, elle a une filière, elle met en place son réseau. » (Enquêtée n°8)

De même, la présence d'un temps psychologue est une vraie chance pour quelques PASS. Elle permet une première évaluation, parfois un suivi. L'enquêté n°10 met en avant le fait qu'elle pallie souvent aux délais inadaptés des CMP, en attendant d'une prise en charge psychiatrique.

« En augmentation de la MIG, on a prévu une augmentation du temps de psychologue. Parce que le problème c'est ça, elle s'en défend beaucoup, mais elle finit un peu par être la salle d'attente du CMP. » (Enquêtée n°10)

Parfois, les psychologues ont leur propre réseau et peuvent intervenir auprès des CMP.

« On a une psychologue à la PASS, qui du coup, elle aussi, active les réseaux des CMP. » (Enquêtée n°6)

d) Réseau de ville

Si l'orientation en ville est moins courante, certains professionnels possèdent cependant leur réseau et ont su trouver les professionnels et les structures vers qui orienter leurs patients. Bien connus en gynécologie, les PMI (Protection Maternelle et Infantiles) permettent un suivi gratuit et accessible à toutes. L'enquêtée n°20, sage-femme met en avant le partenariat qu'elle a créé avec la PMI de son secteur pour faciliter le suivi des patientes, entre échographies et prises de sang.

*« Parce que les PASS, on est hyper en lien avec les sages-femmes de PMI, pour les suivis et tout ça. C'est surtout la PMI qui suit ces patientes là. Parce que, du coup, en PMI, c'est le département qui paye tout ce qui est biologie. Donc moi, comme j'étais coincée à ce niveau là, j'ai beaucoup travaillé avec elles. Moi, je leur rendais service dans les échos, parce que j'avais l'accès facile aux échos. Donc on travaillait vraiment ensemble, on essayait de faire un peu une toile d'araignée pour que les suivis puissent être le plus optimal possible. »
(Enquêtée n°20)*

L'enquêtée n°21, sage-femme aussi, évoque la facilité des rendez-vous dans les PMI par rapport aux consultations à l'hôpital, du fait d'une plus grande proximité.

*« Pour les patientes qui n'ont pas de couverture sociale, sur les débuts de grossesse, je les oriente vers les sages-femmes de PMI. Ce qui permet dès le début de la grossesse, de faire un lien avec les sages-femmes de PMI, qui vont pouvoir étayer ces patientes, les accompagner au plus proche de chez elles, plutôt que les patientes aient à se déplacer jusqu'à chez nous. »
(Enquêtée n°21)*

Concernant la psychiatrie, les CMP restent une des seules solutions pour orienter les patients sur des soins psychiatriques en ambulatoire malgré leurs nombreux inconvénients.

« Et quand c'est plus un soin qui va être inscrit sur du long terme, et toujours sur de la psychiatrie bien sûr, j'oriente sur les dispositifs de secteur, c'est-à-dire les centres médico-psychologiques. » (Enquêtée n°24)

La MDSI (Maison Départementale des Solidarités et de l'Insertion) peut être une alternative. C'est une structure institutionnelle départementale regroupant des acteurs sociaux et médico-sociaux. L'enquêtée n°24, psychologue, oriente notamment ses patients vers ces structures pour des soutiens psychologiques.

« Et sinon, on fait avec les structures des pôles sociaux, ou médico-sociaux qui existent, ou associatifs. Moi, je travaille beaucoup avec la MDSI, qui s'appelle maintenant MDS de

Coutras. Vous avez des Maisons Départementales des Solidarités dans pratiquement toutes ces grandes villes. [...] Donc moi, quand c'est un soutien psychologique ponctuel, je vais orienter vers le psychologue de la MDS. » (Enquête n°24)

D'autres solutions externes, propres à chaque PASS, existent. C'est aux professionnels de trouver les spécialistes en ville qui répondront aux spécificités des patients de la PASS. Par exemple, avoir un carnet d'adresse de professionnels qui accepteront de prendre en charge des patients précaires et donc souvent sous CMU.

« Et après, je sais que y'a un dentiste dans le secteur qui prend les gens à la CMU, qui fait pas, apparemment, avancer les frais. » (Enquête n°9)

Ou encore savoir où envoyer son patient pour avoir un rendez-vous dans des délais raisonnables.

« Après, nous, on a l'habitude pour l'ophtalmo d'envoyer à Point Vision, parce qu'il y a des délais de consultations qui sont très courts. » (Enquête n°2)

e) Réseau associatif

De même que pour l'interprétariat, les associations possèdent parfois plus de ressources que les PASS, et permettent une plus grande proximité avec les patients qui ne sont pas obligés de revenir à l'hôpital. Plusieurs structures associatives existent, concernant différentes spécialités. L'enquête n°8 évoque le CACIS, centre de planification et d'éducation familiale, composé d'une équipe pluridisciplinaire, permettant des avis gynécologiques gratuits, notamment pour les femmes sans couverture médicale.

« On a l'habitude d'envoyer des personnes qui n'ont pas de couvertures sociales, pour des avis gynéco, au CACIS. Pour de la contraception, pour des demandes d'interruption de grossesses, des débuts de grossesses aussi. Donc on fonctionne bien avec le CACIS, qui est une association qui reçoit gratuitement des patientes pour de la gynéco. » (Enquête n°8)

Pour les soins dentaires, l'enquête n°18 nous parle d'un projet de bus dentaire mobile, en lien avec la Croix Rouge, composé de dentistes retraités.

« Au niveau dentaire, on avait un bus dentaire qui était en train, peut-être, de se mettre en place avec la Croix Rouge. » (Enquête n°18)

Certaines structures accueillant des MNA (Mineurs Non Accompagnés) sont pourvues d'un psychologue, même si cela est largement insuffisant.

« Et par contre, les centre de MNA ont embauché une psychologue, mais qui n'est qu'à 10%, donc pas grand-chose quoi, par rapport au nombre de jeunes. » (Enquête n°15)

Un autre pan de l'action des associations est l'accompagnement des patients, notamment dans leurs prises en charge médico-sociales. Cela peut être de l'accompagnement physique à des rendez-vous sur Bordeaux.

« On a eu quelques fois des bénévoles de la Croix Rouge, ceux qui font leur service civique, qui acceptent de faire l'accompagnement jusqu'au CHU de Bordeaux. » (Enquête n°1)

« Y'a, après, le CAMINA de Biganos, qui est un autre centre d'accueil, qui appartient au PRADO aussi. [...] Et le rôle des éducateurs, ça va être l'accompagnement des jeunes vers différents rendez-vous, que ce soit médicaux ou non médicaux. » (Enquête n°2)

Parfois, l'accompagnement est encore plus poussé, avec le passage de paramédicaux pour permettre un suivi optimal, comme l'explique l'enquête n°20 à propos des CADA (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile).

« Mais après, dans les CADAs, elles sont accompagnées aussi : y'a des infirmières, y'a des assistantes sociales. Elles sont quand même vachement entourées les femmes dans les CADAs. Souvent, les travailleurs sociaux les accompagnent dans les rendez-vous. » (Enquête n°20)

D'autres associations existent et toutes n'ont pas été citées. On peut notamment évoquer l'association AIDES qui permet un accompagnement plus adapté des patients atteints du VIH, ou encore Médecins du Monde dont la pratique du terrain apporte une expertise différente de celle des professionnels des PASS.

f) Avec les institutions

Un dernier maillon possible dans le réseau de la PASS évoqué est celui des structures institutionnelles. L'enquête n°24 met en avant l'importance du lien avec les institutions

pour faciliter les prises en charge médico-sociales. Par exemple, créer des liens avec la MSA pour faciliter l'ouverture des droits.

*« Parce que c'est le travail de la PASS : être en lien avec le médical, avec les structures sociales existantes ou associatives, mais aussi avec tout ce qui est un peu classique : les écoles, les collègues, la CAF, les mutuelles,... Comme à Cadillac, y'a peut-être beaucoup d'ouvriers viticoles, donc du coup c'est important d'être en lien avec la MSA. Du coup, c'est tout ça qui est important. Mais le réseau, pour le coup, c'est vraiment important quoi ! »
(Enquête n°24)*

Enfin, à défaut d'accompagner les patients aux rendez-vous, certaines institutions vont au plus près des patients, sur leur lieu de vie. C'est le cas des médiateurs de squats qui travaillent pour Bordeaux Métropole et jouent le rôle d'intermédiaire entre les PASS et les patients.

*« Et malgré ça, y'a des personnes qui n'y arrivent pas. Et dans ces cas-là, moi, je les oriente vers des médiateurs de squats. Vous savez, ils se rendent sur le site, et accompagnent les personnes qui vivent dans les squats. Ils peuvent même les accompagner, physiquement je veux dire, sur le site et ils font aussi la traduction. Donc on a aussi cette aide là en plus. »
(Enquête n°18)*

Certaines PASS ont ainsi su développer un réseau, leur permettant de simplifier considérablement l'accès aux spécialistes et de raccourcir les délais d'attente. En intra-hospitalier, le développement de relations professionnelles, voire personnelles, permet la création de filières dédiées. Cela passe avant tout par un travail de communication et de sensibilisation de tous les professionnels de l'hôpital. Hors de l'hôpital, le réseau a aussi toute sa place, avec les professionnels de ville, les structures institutionnelles et associatives, et permet une prise en charge alternative à l'hôpital, parfois plus adaptée aux patients des PASS.

4. Face aux freins des patients

Quand les obstacles organisationnels ont été surmontés et que le professionnel de la PASS a su trouver un spécialiste coopérant, comment convaincre le patient d'adhérer aux soins ? Comment lui faire comprendre toutes les informations pour ne pas rater le rendez-vous ? Comment surmonter ses craintes ?

a) Absence de freins des patients

Pour certains professionnels, la question ne se pose pas. En effet, les enquêtés n°5 et 19 n'ont pas ressentis d'obstacles émanant des patients. Un patient qui consulte à la PASS est un patient qui veut voir un médecin, et par extension, acceptera une prise en charge par un spécialiste.

« Les patients qui ne veulent pas voir de médecin, ils ne viennent pas me voir. Enfin moi je pense hein ! Ceux qui sont là, ils sont contents d'être là. Ils sont compliants. » (Enquête n°5)

« Mais ils ne l'ont pas exprimé devant moi, et je n'ai pas senti de refus pour aller voir un spécialiste. Ils le comprennent très bien, que c'est pour leur santé...Donc non. » (Enquête n°19)

b) Accompagnement du patient

Un patient PASS va demander un accompagnement bien plus important qu'un patient lambda. Que cela soit avant, pendant ou après le rendez-vous, il va nécessiter souvent un suivi rapproché pour que la prise en charge spécialisée soit utile.

Avant le rendez-vous

Pour mettre toutes les chances de son côté pour que le patient honore son rendez-vous, l'enquête n°18 explique l'importance du temps consacré aux explications pratiques. Les indications peuvent être aidées de supports, traduits idéalement.

« C'est pour ça, on prend du temps, avec Google map, pour leur montrer, étapes par étapes. Quand on a une interprète, on essaie de traduire les étapes dans leur langue. Et puis, on écrit sur un papier, afin qu'ils puissent s'y rendre tout seuls. » (Enquête n°18)

L'enquêtée n°21 s'étonne du contenu des messages de rappels avant un rendez-vous, qui ne semblent pas du tout adaptés aux patients non francophones, qui ne connaissent pas le système de santé ni le CHU. Elle évoque encore une fois le manque de sensibilisation des professionnels à la précarité.

« Dans la transmission d'un message, il faudrait presque avoir un code. Qu'est-ce que le message doit contenir comme informations, pour que la personne, qui en plus n'est pas francophone, arrive à comprendre ce qu'il en ait ? Sensibiliser un peu les professionnels à ça. » (Enquêtée n°21)

Par ailleurs, la forme du message est aussi essentielle et elle donne des exemples concrets pour faciliter la compréhension du patient.

« Quand on écrit un rendez-vous, je dirais, plutôt que de marquer « avril » en lettres minuscules, marquer « 04 », c'est la base quoi ! Ou quand on marque l'heure, marquer « deux petits points » plutôt qu'un « h ». Et puis, écrire correctement, pour que ce soit lisible par quelqu'un. C'est le BABA quoi ! Le minimum du minimum ! » (Enquêtée n°21)

Certaines PASS prennent le temps de rappeler les patients avant le rendez-vous pour éviter des oublis. Ces rappels peuvent être téléphoniques.

« Donc, après, pour certains patients pour qui c'est vraiment compliqué, on va les rappeler pour leur dire « C'est tel jour le rendez-vous, oubliez pas... ». » (Enquêtée n°6)

Ou d'autres utilisent des rappels par courrier.

« Ce que j'essaie de faire maintenant, je renvoie systématiquement un courrier quelques jours avant. » (Enquêtée n°14)

En utilisant le mot « cocooning », l'enquêtée n°22 met ici bien en avant l'investissement qu'elle met dans l'accompagnement de ses patientes, en donnant même son numéro de téléphone direct.

« Donc faut extrêmement les cocooner quoi. Moi je sais que je leur fait tout : je leur prends leurs rendez-vous, si elles sont pas venues je les relance, je les appelle au téléphone... Voilà, je suis assez cocooning. Elles peuvent me joindre n'importe quand. » (Enquêtée n°22)

Une autre stratégie énoncée par l'enquêtée n°6 est la distribution d'agendas pour permettre aux patients de noter leur rendez-vous, notamment ceux qui nécessiteront un suivi prolongé avec de nombreux rendez-vous, comme les patients diabétiques.

« Ah oui ! On a fait un truc tout bête à la PASS, mais en début d'année on distribue aux gens les plus compliqués, on distribue des agendas en fait. Les diabétiques par exemple, ou ceux qui vont devoir revenir. » (Enquêtée n°6)

Enfin, pour pallier au problème du repérage géographique, de nombreux professionnels ont évoqué l'utilisation de plans de la ville ou de l'hôpital, notamment l'enquêtée n°13.

« Nous on essaie de bien indiquer, y a pleins de documents qui sont fait ici par les organismes sociaux : des petites fiches, des petits plans, y a pleins de choses qui sont déjà faites. » (Enquêtée n°13)

Au contraire, l'enquêtée n°21 s'indigne que cela ne soit pas encore le cas.

« On remet à peu de personnes un plan de la ville. Ne serait-ce que ça quoi ! Un plan de la ville ou un plan du tram, du réseau de bus et tram. » (Enquêtée n°21)

Accompagnement aux rendez-vous

Elles sont peu nombreuses à pouvoir le faire, mais quelques PASS ont la chance de pouvoir accompagner physiquement les patients à leurs rendez-vous. Avec leur véhicule personnel, l'accompagnement physique des patients aux rendez-vous permet de pallier au défaut de mobilité et s'assurer que le patient honore le rendez-vous.

« Ça m'arrive, quand c'est un secteur pas trop loin, je prends ma voiture et c'est moi qui les amène. Oui, parce que je peux faire l'accompagnement comme ça extérieur. C'est chouette ça ! » (Enquêtée n°14)

« Nous on le fait, l'infirmière elle vient chercher avec sa petite voiture le patient, et elle l'amène à son rendez-vous. » (Enquêtée n°24)

Education du patient

L'accompagnement du patient passe aussi par son éducation. Lui expliquer le système de soin, le fonctionnement de l'hôpital, les informations pratiques, pour lui permettre de prendre son autonomie et de retourner dans le soin courant.

« Nous on accompagne, on peut faire du soutien à cette perte d'autonomie, pour que, de plus en plus, la personne devienne autonome. » (Enquêtée n°24)

C'est aussi rassurer le patient, en lui expliquant la nécessité de la prise en charge spécialisée, pour lui permettre de surmonter ses craintes. Dans le cadre de la psychiatrie notamment, les enquêtés n° 23 et 24 mettent en avant la nécessité de l'accompagnement du patient dans les soins, pour déconstruire les représentations négatives qu'il a de cette spécialité.

« Après de la part des patients, souvent c'est un peu à reculons hein ! Mais bon...après c'est tout le travail de l'accompagnement de l'infirmière psy, ou de nous. On fait la médiation, on essaie de voir, on explique le pourquoi du comment. » (Enquêté n°23)

« Nous, notre travail justement, c'est d'être, et à la fois étiquette hôpital, mais pas dans les murs de l'hôpital. Ça permet justement d'accompagner, d'expliquer. Et moi, mon travail, effectivement, se situe beaucoup là-dessus. C'est d'un peu dédramatiser le psy de manière générale. [...] C'est ce travail là, d'être dans la réassurance. » (Enquêtée N°24)

Pour l'enquêtée n°6, l'accompagnement et l'éducation du patient passe aussi par la responsabilisation, pour que le patient s'implique dans sa prise en charge et éviter les rendez-vous ratés. Eviter une complaisance exagérée pour ne pas nuire au réseau.

« Et du coup, on essaie de les responsabiliser aussi. « Si tu ne viens pas aux rendez-vous, derrière on discrédite toute la filière, et c'est tous les autres qui ne pourront plus avoir de rendez-vous facilités ». » (Enquêtée n°6)

Cela peut passer par la menace d'arrêt du suivi, qui n'est finalement jamais exécutée.

« Mais parfois, on arrive à des extrêmes de dire « Terminé, t'auras plus rien de nous. Nous on ne peut pas, si nous on discrédite la filière ». Et puis bon, on y retourne ! » (Enquêtée n°6)

Orientation en zone rurale

Enfin, l'accompagnement du patient, c'est aussi écouter ses craintes et savoir s'y adapter. Pour les patients qui ne souhaitent pas aller sur la métropole, l'enquêté n°17 préfère souvent les adresser dans des zones plus rurales, même si l'offre de soin est moins développée. Cela permet de mettre le patient en confiance et favoriser son adhésion aux soins.

« S'ils ne sont pas à l'aise, ils préfèrent souvent, si c'est possible, qu'on les renvoie plutôt sur le Lot et Garonne, où ils se sentent plus en confiance. Et puis ce n'est pas beaucoup plus loin. » (Enquêté n°17)

c) S'adapter aux prises en charge

Comme nous l'avons vu précédemment, de nombreux facteurs liés à la précarité du patient viennent complexifier la prise en charge : absence de logement, désinsertion sociale, perte de la notion du temps, addictions,... Autant d'obstacles qu'il faut tenter de surmonter pour soigner le patient. L'enquêtée n°1 explicite très bien cette idée en insistant sur l'idée d'adaptation. C'est donc le médecin et le système de soin qui doit s'adapter au patient, car lui n'est pas en capacité de le faire.

« Donc il faut s'adapter, tout simplement. Il faut s'adapter à la pathologie, et puis à la précarité de la personne. » (Enquêtée n°1)

C'est, notamment, mettre en place des délais adaptés aux patients. En négociant avec les services spécialisés, l'enquêtée n°6 parvient à obtenir des délais raisonnables, qui limiteront le risque que le patient ne vienne pas. On revient ici à l'idée de favoriser les relations entre la PASS et les différents services.

« Du coup, ils essaient, autant que possible mais c'est compliqué, de donner des créneaux pas trop éloignés, voir des créneaux sur la journée quand vraiment on insiste. [...] Et puis, si les rendez-vous sont plus précoces, y'a moins de loupé. Donc tout dépend des liens avec les autres services. » (Enquêtée n°6)

Par ailleurs, les traitements administrés doivent aussi être simplifiés au maximum pour favoriser une bonne observance. L'enquêtée n°24 donne l'exemple de la prise de médicaments psychotropes, en favorisant une délivrance au CMP ou des formes retard. Elle nuance cependant son propos. Ces prises en charge adaptées nécessitent une certaine expérience, et sont envisageables quand les psychiatres connaissent leurs patients et exercent depuis un certain temps dans le secteur, ce qui n'est malheureusement pas souvent le cas.

« Donc certains médecins du CMP, qui connaissent les secteurs, qui connaissent le patient en amont, arrivent à ajuster ça. [...] Ou, au niveau du traitement, d'organiser, pour que la prise de traitement se fasse, par exemple, au CMP. Ou, si c'est des traitements plus lourds, que ce soient des injections retards. » (Enquêtée n°24)

Pour des pathologies plus lourdes, comme des prises en charge oncologiques, ou un projet de chirurgie, il est nécessaire d'anticiper la prise en charge pour envisager ce qui sera possible de faire en fonction du mode de vie du patient. L'enquêtée n°2 insiste sur la nécessité de cette concertation préalable avec le spécialiste, pour permettre un suivi optimal.

« Et du coup, ça nous fait penser très en amont les prises en charge, discuter avec les spécialistes de la durée de la prise en charge, de la durée du post-op, de la kinésithérapie post-op si nécessaire, ou par exemple pour une chimiothérapie, du nombre de cures, des intercures, etc.... Avant de mettre les choses en place, de réfléchir au projet de soins, au projet thérapeutique, complètement, avant de l'enclencher. [...] L'expérience nous a montré ça en fait, qu'il fallait vraiment faire une planification de la prise en charge très précise, avant de mettre en route le truc. » (Enquêtée n°2)

Enfin, l'enquêtée n°24 évoque la médecine transculturelle dans le suivi des patients, pour pallier aux freins culturels et aux incompréhensions entre patients et soignants. Ces pratiques, parfois peu connues des professionnels de santé, peuvent être un atout dans la prise en charge.

« Y'a beaucoup de chose à développer du côté des pratiques transculturelles. » (Enquêtée n°24)

La prise en charge spécialisée des patients de la PASS, et notamment l'organisation des consultations, nécessitent des explications détaillées, claires et adaptées. Certains professionnels sont aussi amenés à accompagner leur patient aux rendez-vous. Il est aussi nécessaire de s'adapter au patient et à son mode de vie dans la stratégie thérapeutique, pour optimiser les chances de réussites. Cela peut aussi passer par de l'éducation thérapeutique.

IV. QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

A. **Mise en perspective des résultats**

Les PASS de Gironde, en raison de leur taille et de leur population, possèdent des caractéristiques très différentes les unes des autres, et cette hétérogénéité entraîne des difficultés diverses face à l'accès aux spécialistes. Si de nombreuses idées se recoupent, on peut voir dans une PASS une absence totale de frein concernant certaines problématiques, quand cela représente un problème majeur dans une autre. Nous pouvons réaliser une typologie des PASS avec deux grands types de PASS. D'un côté les PASS urbaines, de plus grandes tailles, liées à des services hospitaliers plus variés, avec une représentation importante de patients migrants et des difficultés qui vont avec. De l'autre côté, les PASS rurales, de moindres importances en termes d'effectifs, mais aussi de file active, avec une offre de soin plus limitée, des freins liés à sa localisation, des patients de profils plus variés (travailleurs saisonniers, population d'origine française en situation de précarité ou encore sans domicile fixe) et une représentation moins importante de migrants.

Cependant, de nombreux consensus sont retrouvés. L'absence de droits ouverts et les difficultés de facturation en font partie. Cela concerne les consultations externes mais aussi parfois au sein de l'hôpital, malgré des solutions d'ouverture de droits en urgence. Dans certaines situations, on note des refus de soins, à des patients détenteurs d'une CMU ou AME, notamment en ville. Ainsi, un rapport avait été demandé en mars 2014 au Défenseur des droits par le premier ministre sur « *les pratiques actuelles de refus de soins opposés aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle Complémentaire (CMU-C), de l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS) et de l'Aide médicale d'Etat (AME)* ». (30) Ce travail a permis de mettre en évidence la persistance d'inégalités concernant le droit à l'accès aux soins pour les patients en situation de précarité. En effet, une étude de la mission France de Médecins du monde avait été réalisée en novembre 2002 afin de quantifier les refus de soins dentaires opposés à des bénéficiaires de la CMU et de l'AME dans 11 villes. Dans 35,3 % des cas, un refus de soins était opposé aux bénéficiaires de la CMU et, dans 52,6 % des cas, aux bénéficiaires de l'AME. Les refus émanaient principalement des spécialistes, des

dentistes, et dans une moindre mesure des médecins généralistes. Ces refus vont à l'encontre de notre éthique professionnelle, mais aussi de l'intérêt général, puisqu'ils nuisent aux mesures de prévention et de détection précoce des pathologies. Suite à ce rapport, plusieurs propositions ont été développées sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement.

La barrière de la langue est un frein commun à toutes les PASS accueillant de nombreux patients étrangers. On remarque cependant au cours des entretiens une certaine inégalité de moyens entre les PASS, nécessitant de développer des stratégies alternatives. La HAS a publié un rapport en octobre 2017 concernant le recours à l'interprétariat en santé. (31) Elle considère l'interprétariat professionnel comme seul recours permettant *« de garantir d'une part, aux patients/usagers les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical. »* Elle exclue ainsi les méthodes alternatives, telles que le recours à des personnels hospitaliers ou aux proches des patients. On note cependant une discordance entre les directives de la HAS et la pratique. En effet, l'enquête DGOS-2018 relative aux PASS révèle que seules 49% des PASS ont recours aux services d'interprétariats professionnels, avec une grande hétérogénéité interrégionale. (15) Cette difficulté d'accès est corrélée au manque de moyens investis dans les systèmes d'interprétariat. La France, avec une dépense annuelle approximative de 6 millions d'euros, se place loin derrière plusieurs pays européens tels que l'Angleterre, la Suisse ou encore la Suède. (32)

De plus, la prise en charge de patients étrangers est régulièrement confrontée aux difficultés de compréhensions des patients, dues au manque d'éducation ou encore de connaissance du système de soins, exacerbées par une barrière culturelle, avec des représentations et des craintes qui leur sont propres.

De nombreuses difficultés pratiques liées à la précarité sont évoquées, telles que l'absence de logement ou de moyen de transport. La précarité se manifeste aussi par un isolement social et une difficulté des patients à respecter des consignes, des horaires, ou

encore à entrer dans logique d'institutionnalisation. Ces particularités, liées à la précarité des patients, limitent leur adhérence au parcours de soin. Elles sont la cause de rendez-vous manqués, engendrant un agacement chez les professionnels concernés. Ceux-ci ne sont probablement pas toujours conscients des contraintes vécues par les patients. L'anthropologue Caroline Desprès s'est ainsi intéressée, à travers le suivi d'une patiente en situation de précarité, aux obstacles rencontrés, en premier lieu desquels l'obstacle financier. « *Les choix individuels pour une personne précaire s'opèrent dans un contexte de fortes contraintes matérielles et symboliques. Lui reconnaître une position de sujet, acteur de son histoire, ne revient pas pour autant à dénier les contraintes qui pèsent sur ses conduites et ses choix — les plus précaires subissent plus que d'autres le poids des déterminations économiques.* » (33)

Concernant les freins liés aux professionnels de santé, plusieurs enquêtés ont évoqué une stigmatisation, voire un racisme dans l'accueil des patients. Cette situation ne semble cependant pas avoir été vécue par tous les enquêtés. Ces freins restent liés à des craintes et des représentations qu'ont les professionnels des patients précaires. Craintes probablement liées à un manque de sensibilisation des professionnels à la précarité et aux enjeux qui en découlent, mais aussi à une méconnaissance du système de soin ou encore de l'existence des PASS. Une thèse réalisée à Marseille sur les connaissances des internes de médecine générale concernant les inégalités sociales de santé (ISS) révélait de nombreuses lacunes dans leur formation. (34) Un grand nombre d'entre eux minimisaient le poids socioculturel dans l'apparition des inégalités, et au contraire surestimaient l'importance du système de santé et des comportements individuels. Il existait une méconnaissance des systèmes d'accès aux soins, notamment de la CMU et de l'existence des PASS. Enfin, 2/3 des internes interrogés avaient des représentations négatives des patients bénéficiant de la CMU. Ce pourcentage était moins important chez les internes ayant une bonne connaissance des systèmes d'accès aux soins.

Souvent, c'est aussi l'insuffisance de l'offre de soin qui limitera l'orientation des patients vers les spécialistes. La psychiatrie est ainsi largement pointée du doigt. En effet, avec en moyenne 22 psychiatres pour 100 000 habitants en 2011, la France reste, certes, parmi les mieux dotés des pays européens, mais les disparités sont grandes et la demande en hausse. (35) L'offre de soin ambulatoire est représentée majoritairement par les CMP et

les psychiatres libéraux. Les CMP, structures particulièrement présentes dans les zones rurales, représentent 22,2% de la prise en charge ambulatoire. Elles enregistrent cependant des listes d'attente considérables et 18% des centres ont une liste d'attente d'au moins un mois avant un premier rendez-vous médical. Ces délais sont souvent inadaptés à l'urgence de la situation, d'autant plus chez des patients dont la vulnérabilité ne leur permet pas d'attendre aussi longtemps.

Enfin, plusieurs enquêtés expriment le sentiment de ne pas être reconnus et valorisés, et par conséquent de manquer de moyens humains et financiers pour remplir leurs missions de manière optimale. Manque de reconnaissance des services hospitaliers, mais aussi de la part de leur hiérarchie. Les PASS sont des structures médicosociales, qui défendent une prise en charge intégrant des déterminants sociaux, psychologiques et médicaux. Cette mentalité va à l'encontre de l'hôpital moderne, caractérisé par un cloisonnement en spécialités et des contraintes financières, qui valorisent les actes techniques et la recherche. Les PASS tentent ainsi de sortir de ce cloisonnement, hors de la spécialité, voire hors de l'hôpital, dans une logique de travail en réseau. Un obstacle à la valorisation des PASS, non cité dans les entretiens, réside dans la difficulté à faire reconnaître la valeur de l'activité du service de la PASS dans l'hôpital. (36) D'une part, peu d'actes techniques sont réalisés, mais il existe aussi une difficulté à quantifier le travail social, limitant, par conséquent, l'augmentation des budgets.

B. Forces et limites

Cette étude repose sur 23 entretiens, retranscrits intégralement. La lecture des derniers entretiens n'a pas apporté d'éléments nouveaux à l'analyse thématique, indiquant un nombre suffisant d'entretiens. Il existe une grande variété de profils interrogés : médecins, infirmiers, psychologues, assistants sociaux ou encore sages-femmes. Les enquêtés, du fait de leur rôle et de la position qu'ils occupent dans la prise en charge du patient, vont être confrontés à des obstacles différents. De plus, la diversité des formations et des expériences professionnelles permet une lecture différente des difficultés rencontrées selon le professionnel interrogé. Une autre force de l'étude réside dans l'hétérogénéité des structures dans lesquelles les enquêtés travaillent. Au moins un

professionnel de chaque PASS de Gironde a pu être interrogé. De l'hôpital public rural, au CHU, en passant par la structure privée à but non lucratif, l'enquête dresse un tableau complet et une vision large, globale et représentative des problèmes rencontrés.

Cette hétérogénéité des structures peut aussi être vue comme un frein, car elle ne permet pas une généralisation des difficultés rencontrées à toutes les PASS, et des professionnels pourraient ne pas se retrouver dans certains points évoqués. De plus, concernant une PASS, on note une grande variabilité des réponses des enquêtés, pouvant être vue comme une interprétation différente des difficultés rencontrées, du fait de la profession, de l'expérience ou encore de la sensibilité du professionnel interrogé.

Une autre limite identifiable est la réalisation des entretiens par téléphone et non en face à face, du fait de la crise sanitaire. Cela se ressent sur l'hétérogénéité de durée des entretiens, allant de 6 à 48 minutes. On peut l'expliquer par un manque de disponibilité ou encore d'investissement de certains professionnels, et des difficultés de relance au cours de l'entretien du fait de l'absence de contact visuel. Il aurait pu être intéressant de réaliser les entretiens en visioconférence.

C. Solutions proposées

Malgré toutes ces difficultés, les professionnels de santé travaillant dans les PASS font preuve d'ingéniosité et de ténacité pour pallier à ses freins. Certains obstacles demeurent infranchissables et les professionnels n'ont pas toujours la capacité de passer au-dessus, mais de nombreuses solutions existent et doivent être partagées.

Les difficultés d'accès aux droits sont, par exemple, une de celles qui limitent grandement la prise en charge des patients et leur orientation vers des spécialistes ; et il est compliqué de les surmonter. Cependant, les PASS et les directions hospitalières savent trouver des solutions. Dans certaines PASS, les facturations des consultations spécialisées sont mises en attente le temps que les droits s'ouvrent, d'autres ouvrent une AME pour soins urgents, ou encore un budget PASS est parfois alloué pour financer les

consultations et les examens des patients. Les orientations vers des spécialistes sont en majorité intra-hospitalières pour permettre l'application de ces systèmes de facturation.

Les patients sont orientés en ville quand ils ont une couverture sociale, majoritairement une AME ou PUMA, mais des refus de soins sont encore présents. L'article L. 1110-3 du code de la santé publique qualifie le caractère illégal de tels refus : « *aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins* ». (37)

Le Défenseur des droits a ainsi proposé des solutions dans son rapport sur le refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. (38) Il propose de simplifier les droits, notamment en reconsidérant la dualité CMU et AME pour simplifier le système de remboursement des professionnels en ville et faciliter l'accès en ville des bénéficiaires ; de promouvoir les droits des usagers en organisant des campagnes d'informations pour sensibiliser les professionnels sur l'illégalité du refus de soins ; ou encore de prévenir et détecter les refus de soins en créant des organisations de représentations d'usagers.

Concernant l'interprétariat, si les professionnels ont su trouver des alternatives à travers l'utilisation d'applications, d'une personne tierce ou de fiches types traduites, le recours à l'interprétariat professionnel reste la meilleure solution pour une traduction fidèle et neutre. Malheureusement, toutes les PASS interrogées ne sont pas pourvues de tels systèmes. Le recours à l'interprétariat professionnel est recommandé par la HAS et le PRAPS de Nouvelle Aquitaine 2018-2023 a pour objectif un accès à l'interprétariat pour toutes les PASS de la région. (17) Une étude qualitative menée dans les PASS de Calais, Grande-Synthe et Rennes par l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique) étudie les difficultés d'accès à l'interprétariat dans les PASS et propose des solutions pour développer l'interprétariat professionnel. Tout d'abord, il paraît nécessaire d'organiser l'offre d'interprétariat en mutualisant les ressources à travers des organisations comme les Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) qui permettent une coopération interterritoriale, ou encore les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) destinées plus aux médecins libéraux. Il est aussi intéressant de profiter des ressources en dehors de l'hôpital, notamment avec des associations. Cette solution avait d'ailleurs été évoquée par plusieurs des enquêtés. De plus, les auteurs proposent de mettre en place une formation nationale reconnue pour développer une éthique de l'interprétariat

et formaliser la place de l'interprète dans la prise en charge médico-sociale. Enfin, il existe un besoin de sensibiliser les professionnels de santé et les usagers au recours à l'interprétariat, à travers des formations, dans tous les services hospitaliers, voire à la médecine de ville. Le développement de l'interprétariat professionnel au sein des hôpitaux nécessite un financement. Il est donc nécessaire de démontrer le gain lié au recours de l'interprétariat professionnel à travers des études fiables et rigoureuses.

De nombreux enquêtés ont insisté sur l'importance des relations entre professionnels des PASS et les différents services spécialisés. Cela nécessite un travail préalable assez chronophage d'information auprès des médecins, des paramédicaux et des secrétaires sur l'existence de la PASS, son rôle et ses missions. Cette sensibilisation semble être la clé pour surmonter un grand nombre de difficultés. Il est donc important d'être reconnu de ses confrères, mais aussi de la direction hospitalière, qui gère les financements et supervise les projets. Une thèse de sociologie étudie ainsi les tensions et les enjeux de la conception du soin entre les PASS et le système hospitalier. (36) Cette étude montre que plus la conception de la prise en charge de la précarité est présente au sein de la structure hospitalière, plus la PASS pouvait se développer. De plus, il existait souvent un rôle important de médecins bien implantés dans le centre hospitalier, qui, grâce à leur réseau personnel, avaient pu obtenir des soutiens, notamment financiers. Il propose par ailleurs une stratégie pour légitimer la PASS au sein de l'hôpital. Tout d'abord, il est nécessaire de faire reconnaître la valeur de l'activité de la PASS au sein de l'hôpital. Cela peut notamment passer par les rapports d'activités des PASS qui ont été récemment nationalisés. Il peut être intéressant de créer une association PASS de France, ou d'organiser des journées de rencontres inter-PASS, pour permettre un décroisement hors de l'hôpital, mais aussi une meilleure visibilité et un poids institutionnel plus important. Enfin, la valorisation scientifique de la conception du soin au sein des PASS à travers des publications d'articles de sciences sociales, mais aussi d'articles médicaux, peut apporter une plus-value et être une autre solution au manque de reconnaissance.

La légitimation de la PASS au sein de l'hôpital et la création d'un réseau intra-hospitalier permet alors la création de filières dédiées aux patients PASS dans certaines spécialités dont les besoins sont récurrents. Ces filières que l'on peut appeler aussi « coupe-file » permettent de diminuer grandement les délais d'attente ou peuvent aussi faciliter les

difficultés de facturation. Certaines PASS ont ainsi su étendre leur réseau et organiser un grand nombre de partenariats avec les différents services de l'hôpital. Les enquêtés insistent cependant sur l'importance de ce travail et du temps consacré à cela. L'EMPP fait partie de ces filières et est établie dans presque toutes les PASS, avec une disponibilité assez hétérogène. Un des objectifs du PRAPS 2018-2023 est ainsi de viser une couverture régionale territoriale de l'ensemble de la région d'ici 2023. (17)

Le réseau doit aussi s'étendre au-delà de l'hôpital, en ville, à travers des associations et des structures médico-sociales. Le PRAPS promeut ainsi un décloisonnement entre les acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, de l'insertion et du logement sur le territoire, en organisant des formations croisées entre les différents professionnels. (17)

Un dernier volet sur les difficultés dans la prise en charge spécialisées des patients PASS concernent les freins émanant des patients eux-mêmes, liés en grande partie à leur situation de vulnérabilité. Il est primordial de prendre le temps d'expliquer aux patients les choses de manière simple et adaptée, si possible dans leur langue natale. On peut s'aider de fiches traduites, de plans de la ville ou du tramway, ou d'un fléchage visible. Certaines PASS distribuent aussi des agendas pour éviter les oublis de rendez-vous, ou rappellent les patients avant leur consultation. Ces astuces pratiques sont simples mais demandent encore une fois du temps de consultation. L'accompagnement du patient doit être plus important que pour un autre patient, il doit prendre en compte ses particularités, ses craintes et ses incompréhensions.

L'accompagnement peut être aussi physique, en allant aux rendez-vous avec les patients. Cela permet de pallier à l'isolement géographique, aux problèmes de mobilité, aux rendez-vous manqués et maintient un lien de confiance entre le patient et la PASS. Cette solution est effectivement idéale et fait partie des objectifs du PRAPS. Certaines PASS l'ont déjà mise en pratique, mais reste difficilement réalisable dans la plupart des centres.

La prise en charge spécialisée des patients en situation de précarité doit être adaptée aux profils des patients, à leurs contraintes matérielles et à leur identité culturelle. Les prises en charge doivent ainsi être réfléchies et anticipées. Cela est d'autant plus vrai

dans les maladies chroniques où le patient sera amené à revenir régulièrement en consultation. Une étude qualitative sur la prise en charge de maladies chroniques chez les patients en situation de précarité souligne l'importance de la relation de confiance entre le médecin et le patient, où le médecin a une meilleure connaissance du patient et de son environnement, permettant des explications adaptées et répétées au fil du temps. (39) De même, une thèse effectuée à la PASS de Saint-André étudiait l'intérêt d'une consultation dédiée aux patients diabétiques de type 2 en situation de précarité, avec la mise en place d'éducation thérapeutique des patients. (40) Elle prônait le développement de l'éducation thérapeutique en formant des professionnels, en s'aidant par ailleurs d'interprètes ou de « malades relais », qui sont un moyen de pallier aux barrières culturelles. En effet, la médecine transculturelle est une solution pour surmonter les divergences culturelles et les incompréhensions qui peuvent exister entre le médecin et le patient, permettant une prise en charge plus adaptée.

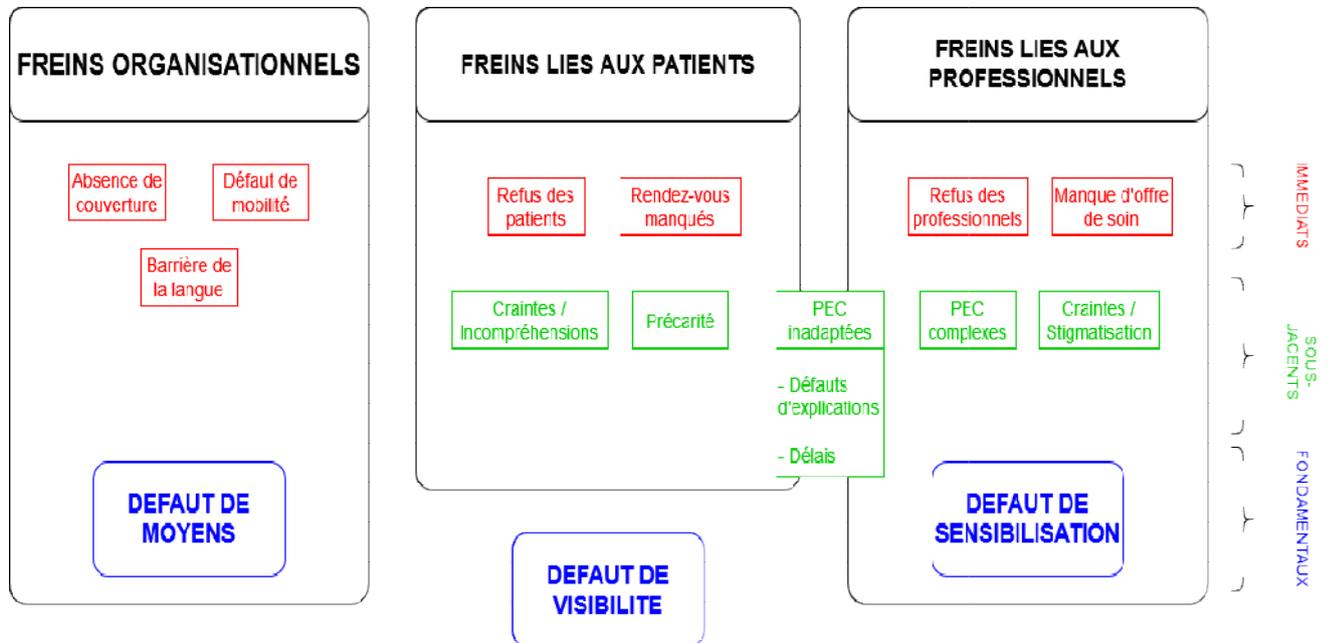
Enfin, une solution qui a trouvé sa place dernièrement dans le contexte de la crise sanitaire réside dans la télémédecine. Elle permet de faire face à plusieurs obstacles dans l'accès aux consultations spécialisés. Tout d'abord, elle pourrait réduire les temps d'attente de consultations pour certaines spécialités saturées. On peut aussi imaginer un système d'interprétariat par télémédecine, à l'image de l'interprétariat téléphonique. Enfin, elle peut être un outil pour suivre des patients isolés nécessitant des consultations répétées dans le cas de maladies chroniques.

CONCLUSION

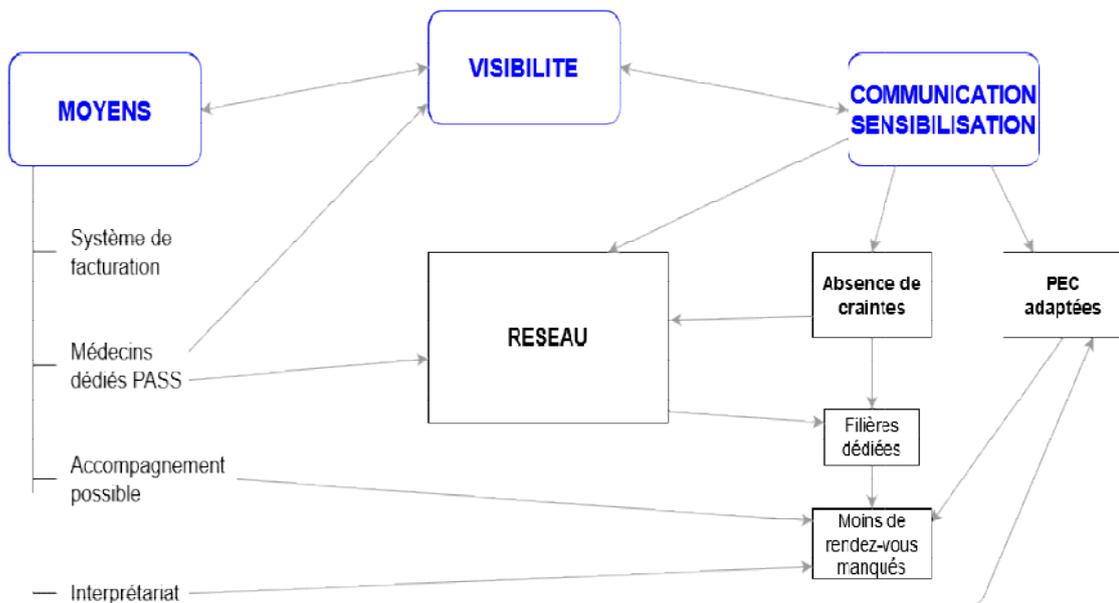
L'accès aux spécialistes pour les patients issus des PASS peut donc être un chemin semé d'embûches, variables selon les situations, les patients rencontrés, et les structures dans lesquelles on se trouve. L'enquête réalisée a montré plusieurs types d'obstacles. Tout d'abord, on note des difficultés organisationnelles, en lien avec l'absence de couverture, la barrière de la langue ou encore l'isolement géographique des patients. L'absence de relation ou un réseau peu développé au sein même de l'hôpital, ou avec des structures de ville, met souvent en échec certaines orientations vers des spécialistes. Il existe, parfois, une réticence des professionnels de santé dans la prise en charge de patients précaires, par manque de sensibilisation et de communication. Enfin, de nombreux freins sont liés aux patients eux-mêmes, à travers leurs contraintes personnelles, leur vulnérabilité, leurs appréhensions et incompréhensions de leur pathologie, face à des prises en charge parfois peu adaptées à leur situation. Toutes ces difficultés sont la cause de rendez-vous fréquemment manqués par les patients, qui mettent à mal la relation entre la PASS et les spécialistes.

Ainsi, les professionnels ont su développer des stratégies pour pallier à ces difficultés. La valorisation de la PASS au sein de sa structure et le développement de relations avec les différents services semble être primordiale pour faciliter les orientations vers les spécialistes. Il est aussi important d'accompagner de manière plus personnalisée le patient, en adaptant la prise en charge à son mode de vie et ses appréhensions, et en prenant le temps de fournir des explications claires et détaillées. Le recours à l'interprétariat est dans ce sens indispensable, et doit encore être développé dans certaines PASS. Sur le plan de la couverture médicale et de la facturation, des solutions ont été développées en accord avec les directions des hôpitaux, mais restent encore imparfaites, et ne permettent pas notamment une orientation extrahospitalière.

Annexe 1 :



DEFAUT DE RECONNAISSANCE



BIBLIOGRAPHIE :

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. [Internet]. 1946 [cité 19 janv 2020]. Disponible sur: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
2. Geeraert J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Soins. nov 2014;59(790):14-8.
3. de La Blanchardière A, Méouchy G, Brunel P, Olivier P. Étude prospective des caractéristiques médicosychosociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux soins de santé en 2002. Rev Médecine Interne. 1 avr 2004;25(4):264-70.
4. Monteil C, Robert-Bobee I. Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. INSEE Première. Juin 2005, N° 1025. [Internet]. [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/245/1/ip1025.pdf>
5. InVS | BEH n°02-03 (23 janvier 2007). Numéro thématique - Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux [Internet]. [cité 19 janv 2020]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2007/02_03/index.htm
6. Immigrés, étrangers | Insee [Internet]. [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
7. Décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019 relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leurs frais de santé. 2019-1531 déc 30, 2019.
8. Circulaire n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.
9. Saulière J, Hemous C, Latournerie J-Y, Bartoli F, Rey J-L, Fellingier F. L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions. :204.
10. Lebas J. Permanences d'accès aux soins de santé : dix ans d'expérience méconnus. Rev Médecine Interne. juin 2009;30:S8-9.
11. Kaoutar B, Gatin B, de Champs-Leger H, Vasseur V, Aparicio C, de Gennes C, et al. Analyse du profil socio-démographique et médical des patients de 5 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) parisiennes. Rev Médecine Interne. 1 nov 2014;35(11):709-14.
12. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
13. LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. 98-657 juill 29, 1998.
14. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : tradition d'hospitalité et modèle d'organisation innovante. Rev Médecine Interne. 1 janv 2015;36(1):38-41.

15. Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). [Internet]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/cir_37144.pdf
16. Georges-Tarragano C, Grassineau D, Astre H, Gaillard J. Soigner les migrants dans les PASS. *Laennec*. 13 févr 2017; Tome 65(1):25-37.
17. PRAPS Nouvelle Aquitaine 2018-2023 [Internet]. 2018 mars. Disponible sur: http://www.sevre-environnement.fr/wp-content/uploads/2018/04/PRAPS_NA_consultation_mars2018.pdf
18. Rapport PIRAMIG d'activité 2018. PASS : CHU Hôpitaux de Bordeaux généraliste. 2019 juin.
19. Trinh-Duc A, de la Blanchardière A, Porcher R, Agard C, Rouillard B, Schlienger I, et al. Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médicosociale des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). *Rev Médecine Interne*. 1 janv 2005;26(1):13-9.
20. Guisao A, Jangal C, Quéré M, Laporte A, Riou F. La santé des migrants primo-arrivants : résultats des bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(19-20):382-8. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_2.html. :66.
21. Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N, et al. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(19-20):396-405. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_4.html.
22. Vignier N. La santé des migrants en France. 15 juin 2019 [cité 15 oct 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.docelec.u-bordeaux.fr/article/1299368/resultatrecherche/5>
23. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. *Rev Econ*. 30 mars 2009;Vol. 60(2):385-411.
24. Comité pour la santé des exilés, Rapport d'activité et d'observation 2019 [Internet]. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.comede.org/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-Comede-2019.pdf>
25. Maignan M, Guenifa Y, Parenty C, Lievin T. Quel recours aux avis spécialisés en 2008 quand la Permanence d'accès aux soins de santé d'un CHU est gérée par des médecins généralistes. *Rev Médecine Interne*. 1 juin 2009;30:S135.
26. Agard C, Rouiller B, Fillaudeau S, Bacha D, Amelineau F, Plaçais C, et al. Le centre Jean Guillon du CHU de Nantes : exemple d'une permanence d'accès aux soins de santé rattachée à un service de médecine interne. XLVIIe Congrès de la Société Nationale Française de Médecine Interne. *Rev Méd Interne* 2002;23(Suppl 5):625s.
27. Héron M, Koné T. L'hospitalisation, une nouvelle terre inconnue pour le migrant. 9 août 2010 [cité 15 oct 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.docelec.u-bordeaux.fr/article/261743/resultatrecherche/32>
28. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. 1re éd. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2014. 152 p.

29. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2e édition. Paris: Armand Colin; 2015. 128 p. (128).
30. Dreyfus B. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME : les principaux constats et préconisations du Défenseur des droits. Regards. 2014;N° 46(2):41-9.
31. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante
32. Burnel P, Calmette P. Le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé. IGAS. 2019 avr.
33. Desprès C. Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité. Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé [Internet]. 29 juill 2013 [cité 5 juin 2020];6. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1078>
34. Meriaux I, Ernst S. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? 2013.
35. Coldefy M, Le Neindre C, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France: d'une vision segmentée à une approche systémique. Paris: IRDES; 2014.
36. Geeraert J. Une médecine de la précarité à l'hôpital: tensions et enjeux sur de la conception du soin. Le cas des Permanences d'Accès aux Soins de Santé. :18.
37. Code de la santé publique - Article L1110-3. Code de la santé publique.
38. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-c, de l'ACS et de l'AME. les défenseur des droits [Internet]. 2014 mars. Disponible sur: https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_r_20140301_refus_soins.pdf
39. Pikus A-C, Deschamps J-P, Boissonnat H. Maladies chroniques et précarité : obstacles à la prise en charge et préconisations. Sante Publique (Bucur). 26 mars 2015;S1(HS):13-6.
40. Dorothee Falkowski. Patients précaires diabétiques de type 2: intérêt d'une consultation dédiée. Étude à la Permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôpital Saint-André de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2015. <dumas-01237842>.

RESUME

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont pour principale mission la prise en charge médicosociale des personnes précaires, dont l'accès aux soins reste difficile. Malgré un système de santé qui tente de pallier à ces inégalités, il persiste de grandes disparités concernant l'état de santé des patients les plus vulnérables. Les professionnels des PASS sont ainsi régulièrement amenés à orienter leurs patients auprès de spécialistes.

L'objectif principal est de mettre en avant les obstacles ressentis par les professionnels des PASS dans l'accès aux spécialistes. L'objectif secondaire est de déterminer les leviers pour y faire face.

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, auprès des professionnels des PASS (médecins, IDE, assistantes sociales, psychologues et sages-femmes).

23 entretiens ont été réalisés. Les principaux freins mis en avant étaient les problèmes organisationnels: absence de couverture médicale, barrière linguistique ou encore difficultés de mobilité. Certains obstacles émanaient directement des professionnels de santé, par stigmatisation, ou prises en charge inadaptées au mode de vie du patient ; ou encore des patients eux-mêmes. Enfin, l'absence de reconnaissance des PASS au sein de l'hôpital était un frein régulièrement rapporté. Parmi les facteurs facilitant ont été cités le développement de réseaux, une meilleure sensibilisation des professionnels de santé, des alternatives à la facturation, le développement de systèmes d'interprétiariats, ou encore un meilleur accompagnement des patients. Malgré de nombreuses convergences, on note une certaine hétérogénéité dans les obstacles rapportés.

Le nombre important des enquêtés, la diversité des professionnels, ainsi que l'hétérogénéité des structures étudiées, ont permis une vision large et représentative des problèmes rencontrés. Une des principales limites concerne les modalités des entretiens, majoritairement téléphoniques, du fait du contexte épidémique. De plus, on note parfois une variabilité des réponses au sein d'une même structure, pouvant être vue comme des interprétations différentes des difficultés rencontrées.

Mots clés : Déterminants sociaux de la santé, sociologie médicale, pauvreté, accessibilité des services de santé, marginalisation sociale, disparité d'accès aux soins