



HAL
open science

Représentations de la médecine générale libérale par les patients anciennement suivis à la PASS hospitalière

Marie Fall

► **To cite this version:**

Marie Fall. Représentations de la médecine générale libérale par les patients anciennement suivis à la PASS hospitalière. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04074685

HAL Id: dumas-04074685

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04074685v1>

Submitted on 19 Apr 2023

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.

**Représentations de la médecine générale libérale
par les patients anciennement suivis à la PASS hospitalière**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 6 Avril 2023

Par Madame Marie FALL

Née le 31 août 1994 à Paris 14^{ème} (75)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Docteur KHOUANI Jérémy

Co-Directeur

Madame le MCU-MG JEGO-SABLIER Maeva

Co-Directrice

Madame le Docteur TABELLE Clémence

Assesseur

**Représentations de la médecine générale libérale
par les patients anciennement suivis à la PASS hospitalière**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 6 Avril 2023

Par Madame Marie FALL

Née le 31 août 1994 à Paris 14^{ème} (75)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Docteur KHOUANI Jérémy

Co-Directeur

Madame le MCU-MG JEGO-SABLIER Maeva

Co-Directrice

Madame le Docteur TABELLE Clémence

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Assesseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC	:	Pr. Gabrielle SARLON
➤ Développement DPC	:	Pr. Frédéric CASTINETTI Pr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PASS - LAS	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Pr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Patrick DESSI
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Lily BLANC-PACCHIONI

ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur	:	Pr. Bruno FOTI
Directeurs adjoints	:	Pr. Michel RUQUET
	:	Pr. Anne RASKIN
Chargés de mission		
▪ Formation initiale	:	Pr. Michel RUQUET
▪ Recherche	:	Pr. Anne RASKIN
▪ Formation continue	:	Pr. Frédéric BUKIET
▪ Relations internationales	:	Pr. Hervé TASSERY
▪ Internat et diplômes d'études spécialisées	:	Pr. Virginie MONNET-CORTI
▪ Affaires générales	:	Dr. Alain TOSELLO

ÉCOLE DE MAIEUTIQUE

Directrice	:	Madame Carole ZAKARIAN
Chargés de mission		
▪ 1 ^{er} cycle	:	Madame Estelle BOISSIER
▪ 2 ^{ème} cycle	:	Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur	:	Pr. Laurent BENSOUSSAN
Directrice Adjointe	:	Pr. Valérie AGHABABIAN

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur	:	Pr. Sébastien COLSON
------------------	---	-----------------------------

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUVE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

2020

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023
M. le Professeur	DEJOU Jacques	31/08/2023
M. le Professeur	HUE Olivier	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990		DOCTEURS HONORIS CAUSA
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991		
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992		
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994		
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995		
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997		
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998		
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999		
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000		
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001		
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002		
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003		
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004		
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
2005		
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006		
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007		
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre Surnombre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BELIARD-LASSERRE Sophie
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTRAND Baptiste
BERTUCCI François
BEYER-BERJOT Laura
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BOISSIER Romain
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETTELE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CERMOLACCE Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric

COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAUMAS Aurélie
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle Surnombre
DEVILLIER Raynier
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAURE Alice
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane disponibilité
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GONZALEZ Jean- Michel
GAILLON Thomas
GRANEL/REY Brigitte
GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent

HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HOUVENAEGHEL Gilles
HRAIECH Sami
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIELLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas disponibilité
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre disponibilité
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Héléne
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 et Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 DEVILLIER Raynier (PU PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 LOOSVELD Marie (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 JARROT Pierre-André (MCU PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903*BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804*AMBROSI Pierre (PU-PH) Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 BOISSIER Romain (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

Remerciements

A Monsieur le Professeur Gentile, président de ce jury.

Je vous remercie de faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

Au Dr Khouani, directeur de thèse

Je te remercie de m'avoir permis de réaliser cette thèse et de m'avoir guidée et encadrée dans sa réalisation.

Au Dr Jego, co-directrice de thèse

Je te remercie pour ton engagement lors de cette thèse. Merci pour le temps accordé lors de l'analyse puis lors de la rédaction. Merci pour ta bienveillance, ton aide et tes nombreuses relectures.

Au Dr Tabele, membre du jury

Je te remercie de faire l'honneur d'être membre de mon jury de thèse.

Aussi,

A Anne, merci pour ton investissement dans ce travail de thèse. Je n'y serais pas arrivé sans toi.

A l'équipe de la PMI de Brignoles, au Dr Colette Cotillec et Dr Nathalie Mandati, merci de m'avoir appris à ne plus avoir de crise d'angoisse à l'idée d'examiner un nourrisson. Merci pour votre gentillesse et votre implication dans la protection de l'enfance.

Au Dr Dies et Dr Guercia, merci pour votre rigueur et votre implication lors de mon stage en SASPAS. Vous m'avez énormément appris et transmis, je vous en remercie.

A la Clinique Sainte Elisabeth, au Dr Tesson, merci pour cette découverte des soins palliatifs qui restera le plus beau stage de mon internat. Merci pour cette humanité.

A ma famille,

Mes grands-pères, j'espère que vous êtes fiers de là-haut.

Mita et Cocole, mes deux grands-mères adorées, merci d'être les grands-mères les plus folles et les plus aimantes qui existent.

Maman, merci pour le soutien sans faille. Merci pour les bons petits plats en P1 qui m'ont sûrement aidé à avoir le concours. Merci d'être ma mère.

Papa, merci de m'avoir toujours poussée à être exigeante et persévérante. Merci pour cette enfance aux quatre coins du monde qui m'aura sans doute permis cette ouverture d'esprit.

Thomas, mon frerot, merci d'être un frère incroyable même si tu mets beaucoup trop de temps à répondre aux messages.

A mon Ryad, merci pour ton amour inconditionnel, merci de me supporter au quotidien depuis 5 belles années. Tu es la personne la plus incroyable que je connaisse. L'avenir nous tend les bras. Je t'aime, à la vie, à la mort, à la ligne verte oh.

A ma belle famille, merci de m'avoir accueillie à bras ouverts dans cette si grande et belle famille avec tant d'amour

A mes amis,

Mes copines de toujours, Cyrielle et Marie, merci pour cette belle amitié qui dure.

L'équipe Canard Party inclusif, Guilhem, Charlotte, Armand, Andy, Dodo, Elodie, Kevin, Manon, je suis tellement heureuse de vous avoir dans ma vie. Merci pour les rires, les soirées incroyables. Le meilleur est à venir.

L'équipe Beauf bis, Laura, Thomas, Bastien, Léo, Clotilde, merci d'être si beaux. Je vous aime.

Mes amis de Madagascar, Loyc, Aina, Maëva, Allia, Annita, Maya, Anaïs, merci pour ces belles années au LFT.

Sophia, merci pour cette amitié, pour cette joie de vivre que tu m'apportes. Merci pour ton rire qui ne change pas malgré les années.

Aux lyonnais, Loïc, Manon, Mathilde, merci pour cet externat à vos côtés.

Séverine, merci pour ces centaines d'heures de sport partagées et maintenant cette belle amitié.

Aux copines de Marseille, Agathe, Inès, Marie, merci pour cet internat passé ensemble.

A mes co-internes de Barjols, Johanna et Yacine, merci pour moments ensemble à rendre ce stage un peu moins tristounet en plein hiver au milieu de nulle part en plein début de pandémie covid.

A ceux que j'oublie, que j'ai pu croiser professionnellement ou personnellement, je ne serai pas là où je suis aujourd'hui sans toutes ces rencontres. Merci aux patients d'être nos premiers formateurs.

Table des matières

Introduction	2
Méthodologie.....	4
1) <i>Type d'étude</i>	4
2) <i>Population</i>	4
a. <i>Population cible</i>	4
b. <i>Population source</i>	4
c. <i>Recrutement et échantillonnage pour la partie qualitative.....</i>	5
3) <i>Recueil de données.....</i>	5
4) <i>Analyse des données.....</i>	6
5) <i>Aspects éthiques et réglementaires.....</i>	7
Résultats	8
1) <i>Données générales.....</i>	8
a. <i>Caractéristiques de l'échantillon.....</i>	8
b. <i>Arbre de codage.....</i>	10
2) <i>Un rapport stratégique dans l'usage de la santé qui influe sur le recours au soin de ville</i>	10
3) <i>Le rendez-vous : un bon exemple de la complexité perçue du recours au soin et d'une ambivalence entre logique de suivi et d'anticipation versus logique d'urgence.....</i>	12
4) <i>Le recours au soin : le rôle essentiel des référents pour s'orienter dans un univers abscons .</i>	14
5) <i>La PASS : un recours à la PASS hétérogène selon le profil des patients - un rôle de référent central pour certains patients</i>	16
Discussion	20
1) <i>Résultat principal.....</i>	20
2) <i>Forces et limites</i>	20
3) <i>Perspectives</i>	21
Conclusion.....	24
Bibliographie	25
Liste des abréviations.....	27

Introduction

Le non-recours aux soins est une des problématiques majeures chez les personnes en situation de précarité et les populations migrantes.(1) Une étude de la DREES en 2017 montre que les personnes pauvres ont trois fois plus de risques de renoncer aux soins que les autres. Ces problèmes de démographie médicale (2), qui limitent l'accès aux soins de la population dans sa globalité, ont un impact d'autant plus important sur les populations précaires. (3)

Selon un rapport de l'ONU datant de 2020 (4) le nombre de migrants internationaux a augmenté dans toutes les régions du monde mais particulièrement en Europe et en Asie. En Europe le nombre de migrants est passé de 49,6 millions dans les années 90 à 86,7 millions en 2020. Néanmoins, la récente crise sanitaire liée au COVID-19 a ralenti les migrations internationales de 27% en lien principalement avec la fermeture des frontières ainsi que les différents confinements. En ce qui concerne la France le solde migratoire, qui est la différence entre les entrées et sorties du territoire, a tendance à légèrement augmenter sur les dernières années et a connu un ralentissement avec la pandémie de 2019.

Ces mouvements de population majorent et créent des besoins de santé spécifiques qui requièrent une adaptation du système de santé. (4–6)

L'accès au système de santé de droit commun sans coût financier pour le patient implique d'être couvert par une assurance ou une assistance. Si ce n'est pas le cas, il existe des dispositifs spécifiques. En France, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dispensent des soins pour les personnes en situation de précarité qui n'ont pas de couverture maladie et de ce fait n'ont pas accès au système de santé de droit commun. Les PASS sont localisées dans les hôpitaux et suivent les patients jusqu'à ce qu'ils obtiennent une couverture maladie. (7) Lorsque les assistantes sociales ont fait les démarches nécessaires pour s'assurer que les patients suivis à la PASS ont une couverture maladie, ils sont orientés vers le droit commun pour continuer leur suivi médical.

Cette transition de l'hôpital au système de droit commun peut induire une rupture dans la continuité des soins. En 2009 une étude interventionnelle américaine s'est

intéressée à un programme spécifique qui incluait un rendez-vous avec un envoi du compte rendu hospitalier au médecin généraliste a montré une réduction de 30% du recours à l'hôpital dans les 30 jours suivant la sortie d'hospitalisation. (8) Une méta-analyse récente a également montré une réduction des ré-hospitalisations ainsi qu'une réduction de la mortalité avec un programme de transition renforcé. (9) Une étude Française en 2022 a montré que deux tiers des PASS ne suivaient pas de protocole formalisé pour orienter les patients dans le droit commun. Cette même étude a constaté que l'orientation vers le soin primaire, pour les patients pouvant en bénéficier, n'était systématique que dans 34% des cas, en lien avec des difficultés d'accès au soin malgré des droits de santé ouverts. (10)

L'étude PASS-MULTI réalisée étudie l'impact d'un dispositif de PASS multidisciplinaire avec entretien pharmaceutique en sortie d'hospitalisation sur le taux de ré-hospitalisation non programmée à 12 mois chez des patients en situation de précarité. Les résultats de l'étude quantitative ancillaire évaluant un protocole d'orientation vers le droit commun retrouvent que la PASS est un élément essentiel dans l'orientation et l'intégration des patients précaires dans le droit commun. En effet 68,8% des patients qui ont bénéficié d'un entretien lien ville-hôpital ont consulté un médecin généraliste contre 40% dans le groupe contrôle.

Plusieurs études se sont intéressées à la prise en charge des populations précaires et leur vécu(11). Néanmoins, des informations plus spécifiques sur la transition hôpital-ville et l'impact sur le recours aux soins sont manquantes. Nous ne savons donc pas si, chez les populations vulnérables, l'expérience de soin diffère selon qu'elles aient été prises en charge par un dispositif spécifique d'accès au soin ou par le système de droit commun ni comment elles vivent cette transition entre ces deux systèmes d'accès au soin.

Cette étude qualitative a pour objectif principal d'explorer les représentations de la médecine générale des patients anciennement suivis à la PASS ainsi que de comprendre les logiques de recours aux soins. Les objectifs secondaires sont de mieux explorer la place de la médecine générale dans le droit commun ainsi que d'explorer le vécu de la transition hôpital-ville par les patients.

Méthodologie

1) Type d'étude

Pour réaliser cette étude le choix s'est porté sur une étude qualitative avec entretiens semi-dirigés réalisés à la PASS suivant une approche par théorisation ancrée avec une analyse inductive. Cette approche devait permettre de mieux comprendre des phénomènes complexes que sont les représentations et logiques de recours aux soins de patients en situation de précarité. Les entretiens ont été menés de janvier 2022 à avril 2022. Cette étude qualitative devait permettre d'expliquer les résultats de la phase quantitative, dans une approche mixte séquentielle quantitative-qualitative.

2) Population

a. Population cible

La population cible de cette étude est constituée d'hommes et de femmes en situation de précarité socio-économique ayant eu recours à la médecine générale de ville après leur suivi à la PASS. Nous avons pour ce faire sélectionnés des patients préalablement inclus dans l'étude quantitative PREPS.

b. Population source

L'étude princeps PREPS s'est intéressée à l'impact du dispositif PASS multidisciplinaire sur le taux de ré-hospitalisation à 12 mois des patients précaires. Le recrutement des patients a été effectué initialement par un repérage soit par le bureau des entrées soit par un professionnel du service de soins lorsque le patient est hospitalisé dans un service de l'AP-HM. L'assistante sociale du service vérifiait l'absence de couverture sociale complète et l'absence de mise sous tutelle/curatelle.

Les patients inclus dans cette étude étaient :

- Majeurs de plus de 18 ans
- Hospitalisés plus de 24h
- En situation de précarité socioéconomique (score EPICES \geq 48 et absence de prise en charge complète par l'assurance maladie ou prise en charge dans le cadre de soins urgents vitaux).

Les patients exclus de l'étude étaient :

- Hospitalisés moins de 24h
- Mineurs de moins de 18 ans
- Ayant refusé de participer
- Présentant une vulnérabilité majeure (curatelle, tutelle, privation de liberté).

Les patients ont signé un consentement éclairé dans une langue comprise et parlée après information délivrée si besoin avec l'aide d'un interprète.

c. Recrutement et échantillonnage pour la partie qualitative

Parmi les patients inclus dans l'étude princeps PREPS, ont été sélectionnés pour cette étude les patients qui ont pu bénéficier d'une couverture sociale dans les suites du suivi à la PASS et ayant eu recours au minimum une fois à la médecine générale de ville. L'échantillon de patients a été diversifié sur les critères d'âge, de sexe, de langue (allophone et non allophone) et de couverture sociale (assurance maladie, PUMA, CSS, AME). Les inclusions ont été poursuivies jusqu'à suffisance des données, qui correspond au moment où le phénomène étudié a été suffisamment décrit et caractérisé. Pour confirmer la suffisance des données, un entretien supplémentaire a été réalisé.

3) Recueil de données

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été menés par deux enquêteurs : Marie FALL, interne en médecine générale et Anne DESRUES, sociologue.

Ils ont été majoritairement réalisés en présentiel dans un bureau à la PASS médico-sociale de Marseille et quelques-uns par entretien téléphonique. Les entretiens réalisés par téléphone l'ont été pour des raisons pratiques avec des patients rencontrant des difficultés à se déplacer. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et entièrement anonymisés lors de la retranscription.

Les entretiens ont été réalisés avec l'aide d'un service d'interprétariat téléphonique « ISM interprétariat » lorsque les patients étaient allophones.

Un guide d'entretien a été réalisé après rencontre des différents acteurs impliqués dans la prise en charge à la PASS pour mieux appréhender les thématiques à aborder ainsi que les enjeux à explorer. Il a été testé préalablement lors d'un entretien puis a évolué lorsque les analyses ont mis en lumière des thématiques à préciser ou d'autres thématiques à explorer.

Il abordait 4 grandes thématiques :

- Le suivi à la PASS médico-sociale et l'expérience vécue
- L'orientation PASS médico-sociale et médecine de ville : récit du déroulé, mise en œuvre pratique, résultat
- Les différences entre le suivi à la PASS hospitalière et la médecine de ville : soin, administratif, organisationnel
- La consultation en médecine de ville : expérience, représentations, rôle, choix du médecin généraliste, difficultés rencontrées

Initialement les entretiens étaient axés sur le récit de la première consultation en médecine générale de ville puis étaient abordés la PASS médico-sociale et la transition ville-hôpital. Au fil des entretiens il a été mis en évidence une certaine confusion entre les différents acteurs de santé et avec le risque de potentialiser cette dernière. Le guide d'entretien a alors été modifié pour suivre la chronologie du suivi et le parcours de chaque individu.

4) Analyse des données

Une analyse inductive a été menée, avec triangulation par les 2 enquêtrices (MF et AD), supervisée par les investigateurs principaux. La méthode d'analyse suit celle décrite par Christophe Lejeune dans son ouvrage « Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter ni classer ». Une micro-analyse a d'abord été menée permettant d'explicitier les témoignages des acteurs. Ensuite lors du codage ouvert des étiquettes expérientielles ont émergé permettant de conceptualiser et caractériser le vécu. Ces étiquettes ont été regroupées progressivement en propriétés puis en catégories lors du codage axial.

Un journal de bord était réalisé en parallèle pour consigner le ressenti, les impressions et certaines réflexions des enquêtrices.

Le codage axial et la construction du modèle explicatif ont été réalisés à l'aide du logiciel Nvivo version 1.6.2®.

5) Aspects éthiques et réglementaires

Une information claire et loyale a été fournie aux participants avant le début de chaque entretien sur l'anonymisation des données, la retranscription des résultats, l'enregistrement audio ainsi que la possibilité de se rétracter à tout moment. Un consentement oral a été recueilli avant la réalisation des entretiens.

Les entretiens sont anonymisés lors de la retranscription. Tous les noms propres (lieux, entreprises, personnes, professionnels) ont été supprimés ainsi que d'éventuels traits particuliers. A la fin du travail de thèse les fichiers audios seront supprimés. Le PREPS PASS-MULTI a reçu un avis favorable du Comité de protection des personnes (CPP) Sud-Ouest et Outre-Mer (avis n° 2019-A02740-57) et de la Commission nationale de l'information et des libertés (CNIL) (avis n° DR-2021-143), garantissant le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD).

Résultats

1) Données générales

a. Caractéristiques de l'échantillon

11 entretiens ont été réalisés pour obtenir la suffisance des données et qui a été confirmée par le 12^{ème}. La moyenne d'âge des participants était de 40 ans avec des âges allant de 22 à 65 ans. Les entretiens duraient entre 24 minutes et 1h20 avec une moyenne de 56 minutes. 11 entretiens ont été réalisés en face à face dans un bureau de la PASS, 1 entretien a été réalisé par téléphone. Le bureau de la PASS mis à disposition est un bureau calme, de petite taille permettant un échange facile. Les interprètes ont été contactés par téléphone et mis sur haut-parleur. Les participants étaient majoritairement des hommes (8 hommes et 4 femmes). La majorité étaient originaires d'Afrique sub-saharienne, 3 des pays du Maghreb et 2 d'Europe de l'Est. Parmi les 12 participants 8 étaient bénéficiaires de l'aide médicale d'état, 4 de la CSS dont 2 en affection longue durée. Concernant la situation sur le territoire, la plupart des participants était en situation irrégulière sur le territoire (8 participants), 2 bénéficiaient d'un visa et 2 d'un titre de séjour (tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Entretien	Durée	Tranche d'âge	Sexe	Couverture sociale	Situation sur le territoire	Logement	Nationalité	Francophone
1	24 minutes	40-50	M	CSS et ALD	Visa	Oui, stable	Algérienne	Oui
2	50 minutes	50-60	M	AME	Situation irrégulière	Hébergé par un ami	Bulgare	Non
3	45 minutes	30-40	F	AME	Situation irrégulière	Précaire, hébergé parfois par des amis	Nigérienne	Non
4	1 heure	60-70	M	AME	Situation irrégulière	Stable, chez un ami	Algérienne	Oui
5	1 heure	20-30	M	AME	Situation irrégulière	Inconnu	Sénégalais	Oui
6	55 minutes	30-40	F	AME	Situation irrégulière	Précaire, chez sa belle-sœur	Comorienne	Oui
7	50 minutes	30-40	F	AME	Situation irrégulière	Précaire, chez des amis	Comorienne	Oui
8	1h10	40-50	F	AME	Situation irrégulière	Foyer	Cap verdienne	Oui
9	1 heure	20-30	M	CSS et ALD	Visa	Stable	Comorienne	Oui
10	1 heure 20	30-40	M	AME	Situation irrégulière	Rue/voiture	Algérienne	Non
11	1h02	40-50	M	CSS	Titre de séjour	Stable	Cap verdienne	Oui
12	58 minutes	30-40	M	CSS	Titre de séjour	Précaire, chez un ami	Arménienne	Oui

b. Arbre de codage

Représentations de la santé	La PASS hospitalière	Recours au soin	Rôle du Médecin généraliste
<ul style="list-style-type: none">• Représentation professionnel de soin• Enjeu de prise en charge• Première expérience	<ul style="list-style-type: none">• Condition antérieure• Perception du suivi• Confusion des acteurs• Transition ville hôpital	<ul style="list-style-type: none">• Orientation difficile• Présence de référents• Autonomie/capital social• Enjeu du rendez-vous	<ul style="list-style-type: none">• Attentes médicales• Attentes relationnelles• Champ de compétence• Freins à la consultation

Figure 1 : arbre de codage

2) Un rapport stratégique dans l'usage de la santé qui influe sur le recours au soin de ville

Les patients effectuaient un choix entre différents modes de recours au soin à leur disposition (renoncement au soin, non recours au soin, automédication, spécialistes, urgence). Tout d'abord il existait une forme de **logique instrumentale** selon laquelle le retentissement du problème de santé sur la vie quotidienne et sur les autres priorités du patient (comme de ne plus pouvoir travailler) déterminait le recours au soin. Le recours était fait alors dans l'urgence et selon le besoin perçu de soin plutôt que sur la gravité de la pathologie elle-même.

«...parce que quand je descendu chez moi et je prends la voiture avec collègue et je cours j'ai dit qu'est-ce qu'il se passe je courrais pas. Et quelqu'un qui m'a dit qui notait comment je marche qui m'a dit et quand j'arrive du travail et que je descends de voiture je marche pas bien... Ça fait un an que quand j'ai commencé à tomber que j'ai parti {chez le médecin} ». (entretien 8)

« Oui, maintenant je commence à marcher plus qu'avant j'ai dit laisse tomber je suis content. C'est pour ça que j'ai dit laisse tomber maintenant je marche. » (entretien 8)

Il existait également une **logique d'efficacité**. Le patient était soumis à de multiples contraintes et le soin se devait d'être efficace à la fois sur le plan médical et pratique (proximité, temps de consultation, coût, facilité d'accès).

« Oui il y a beaucoup de monde. Il fallait patienter. Sinon tu vas aller de bon matin mais j'arrive pas à aller à 6h là bas. [...] mais maintenant il y a déjà un an, plus d'un an je vais pas là bas... à cause de ça. [...] Quand je suis malade je vais à l'urgence. » (entretien 7)

Enfin il existait une **logique de protection de l'estime de soi**. Les patients ont pu se sentir atteints en tant que sujet digne de considération et égal aux autres, notamment dans les cas de discrimination. En dépit des bénéfices directs sur la santé, les patients ont pu adopter des conduites d'évitement voire de renoncement au soin.

« Vous avez senti une différence.... ? Oui comme je suis étranger... ça je l'ai senti. Et le deuxième rendez-vous pour y aller j'ai dit non j'y vais pas. J'y vais pas. Parce que j'ai senti la différence de pas être français.... y'en a qui essayent pas de nous soigner comme il faut... » (entretien 11)

« Moi je sais pas ce que je veux, je sais pas ce que je souhaite parce que ce que je comprends pas c'est que j'ai une super prise en charge médicale mais ils me soignent pour me remettre à la rue et je me sens, comment vous dire, comme un vagabond là. Ma vie là je comprends même plus le principe des soins » (entretien 10).

Les représentations de la médecine de ville étaient façonnées par les expériences subjectives et circonstanciées des patients. Les patients avaient initialement des attentes centrées autour du relationnel avant qu'elles soient organisées autour d'une « bonne prise en soin. »

« Et il y a des généralistes que vous voyez et vous croyez que c'est des spécialistes. Dans la façon dont il aborde, dont il communique il vous met à l'aise. Parce que des fois c'est ça qu'on a besoin, de se sentir à l'aise et des fois lui il peut pas être un spécialiste mais la façon dont il vous parle et vous vous sentez à l'aise et après lui il dit vous allez voir ce médecin c'est un spécialiste. Mais après ça vous voulez retourner le voir, parce que lui il vous fait sentir bien. » (entretien 11)

En revanche, la représentation de la fonction et le spectre d'intervention du médecin généraliste dépendait principalement de la durée d'inscription dans le soin. Les patients ayant un médecin généraliste depuis longtemps (ayant une maladie chronique par exemple) avaient une représentation plus précise (suivi, prescription, orientation, auscultation...). Pour les patients qui découvraient la médecine générale, les premières expériences de soin étaient déterminantes pour construire leurs représentations.

« Je crois que c'était juste un médecin normal, généraliste, il connaissait pas trop ma maladie [la drépanocytose] donc il savait pas quoi faire. [...] Comme c'est généraliste je ne sais pas comme il n'a pas de spécialité, je sais pas trop ce qu'il doit faire. » (entretien 9).

Les patients se retrouvaient rarement confrontés à la nécessité de faire un choix entre deux médecins généralistes différents. Cela s'explique en majorité par la difficulté à trouver de nouveaux médecins dans un contexte de majoration de la désertification médicale. Le choix se faisait majoritairement entre un médecin de ville et d'autres recours.

« Oui moi quand je vois un médecin qui m'engueule c'est fini. Quand je le vois c'est fini, je retourne pas avec lui. C'est fini, même si je suis malade en mourant je vais pas aller là bas, parce qu'il ne m'écoute même pas. » (entretien 7)

3) Le rendez-vous : un bon exemple de la complexité perçue du recours au soin et d'une ambivalence entre logique de suivi et d'anticipation versus logique d'urgence

Le principe de rendez-vous représentait symboliquement une forme d'acceptation dans le système de soin français pour beaucoup de patients.

« mon médecin généraliste avant on partait sans rendez-vous mais maintenant avec rendez-vous et tout et il m'a accepté. » (entretien 1).

L'organisation du suivi médical à travers la fixation de rendez-vous par les médecins généralistes pouvait s'avérer rassurante et structurante pour les patients.

« j'ai arrêté d'avoir un rendez-vous régulier [depuis la fin de la PASS] et je dois me débrouiller seule. Et j'ai pas pris d'initiative pour aller consulter. Je sais c'est ma faute {rires} » (entretien 9)

Néanmoins cette organisation pouvait être une difficulté supplémentaire pour les patients. Le rendez-vous est une pratique exigeante dans laquelle il était difficile de s'inscrire. L'anticipation qu'impliquait le rendez-vous était en contradiction avec une logique instrumentale et un recours qui se faisait en majorité dans l'urgence.

« Il a donné un autre rendez-vous encore. Je vais aller pas de rendez vous encore. Parce que j'ai pas l'habitude d'aller le voir tout le temps tout le temps. Je vais le voir quand je suis malade et quand mon fils il est malade oui. » (entretien 6)

Les patients rencontraient des difficultés à prendre et à se rendre aux rendez-vous. Ces actions demandaient un capital culturel (maîtrise de la langue, capacité à exprimer son besoin, se repérer) et la maîtrise d'outils pratiques (téléphone, application, possibilité de déplacement...). L'aide d'une tierce personne était pour certains indispensables.

« Celui derrière la maison c'est sans rendez-vous. Et par contre avec rendez-vous c'était ma femme qui prenait par téléphone... comment ça s'appelle... médecin... sur un site.. médecin... j'ai oublié le nom. »(entretien 11).

Les patients percevaient dans la pratique du rendez-vous des attentes sociales d'engagement, de ponctualité et de présentation de soi. Or, les autres priorités, les difficultés sociales et individuelles auxquelles ils faisaient face rendait ces attentes sociales parfois difficiles à remplir.

« Je peux pas m'engager... à chaque fois j'ai rien et je peux pas. Des fois je me rase mal, je peux pas me raser parce que j'ai pas d'endroit et je suis pas changé des fois de 3 ou 4 jours » (entretien 12)

La contrainte du rendez-vous occasionnait des ruptures de soin ou pertes de chance. Les patients rataient des rendez-vous, n'arrivaient pas à tenir le rythme du suivi ou encore ne réussissaient pas à aller faire les examens complémentaires ou voir les spécialistes vers lesquels ils étaient orientés. Les patients pouvaient perdre le lien avec le soignant ou devoir changer de mode de recours pour éviter l'attente d'un nouveau rendez-vous.

« Je vais à Noailles pour la voir et je ne peux pas la voir. J'y suis allée et ils m'ont dit qu'elle n'était pas là. Je ne sais pas quoi faire. [...] J'ai raté le rendez-vous parce que j'avais d'autres rendez-vous au même moment.» (entretien 3).

La contrainte du rendez-vous pouvait ainsi faire privilégier la médecine générale sans rendez-vous ou même les urgences, au détriment parfois d'un suivi optimal.

Les patients avaient tendance à s'attribuer la responsabilité du rendez-vous manqué ou pas pris alors même qu'ils faisaient état de difficultés bien concrètes : « *je sais, c'est ma faute* ».

La sensation de ne pas être conforme aux attentes sociales du rendez-vous faisait craindre le jugement et générait de la honte. Les patients adoptaient alors des conduites d'évitement voire de renoncement au soin.

« J'ai rencontré un pneumologue... il était {grand sourire}... et là aujourd'hui j'y vais pas parce qu'il va me prendre la tête... parce que je fumais je fumais avant... et là j'ai arrêté de fumer le shit mais quand même j'ai honte d'y aller parce qu'il m'a dit : si tu restes un an sans venir me voir ça vaut pas le coup... » (entretien 11)

4) Le recours aux soins : le rôle essentiel des référents pour s'orienter dans un univers abscons

Les patients rencontraient des difficultés à se repérer et à comprendre le système de santé dans sa globalité. Le soin est multidimensionnel (médical, administratif et pratique), avec plusieurs interlocuteurs et lieux différents. Les patients étaient renvoyés d'un endroit à l'autre et ne comprenaient pas nécessairement les tenants et aboutissants de chaque rencontre ni ne réussissaient à identifier la fonction de leurs différents interlocuteurs.

« Non non moi j'ai rien compris du tout, je fais ce qu'on me dit. On me dit d'aller à la Timone, hôpital Nord et ci et ça. Moi je fais ce qu'on me dit. Non non, j'ai pas trop compris comment ça marchait en France ». (entretien 10).

Le nombre d'interlocuteurs augmentait souvent avec le niveau de précarité rendant l'univers dans lequel les patients évoluaient complètement abscons. C'est alors que les patients se décourageaient.

« Non là j'ai plus rien. En fait je sais pas qui aller voir et on me propose souvent plein plein plein mais j'ai honte d'aller les voir alors je sais pas qui aller voir puisqu'il y en a tellement que je sais pas qui voir en fait. Et moi je voulais voir qu'une seule personne qui connaît tout en fait c'est mieux. » (entretien 12).

Pour pouvoir s'orienter au sein du système de soin, les patients s'appuyaient sur des référents, tant des individus que des structures. Nous avons identifié trois fonctions différentes aux référents. Il existait le **réfèrent « expert »** qui était principalement un professionnel personnalisant la prise en charge et permettant au patient de s'attacher à un individu ou une structure plutôt qu'une fonction propre.

« Depuis que je suis à la pass, vous vous êtes tous très fort pour prendre en charge les patients qui ont un niveau de sucre élevé » (entretien 3)

Ensuite il existait **« le guide »** qui était la porte d'entrée dans le système de soin et qui permettait de débloquer des situations. Les patients s'appuyaient majoritairement sur les assistantes sociales et le médecin généraliste mais d'autres peuvent assurer cette fonction.

« J'ai discuté avec mon sage femme là hier je lui ai dit que j'ai pas fait les examens parce que j'ai pas d'argent, mon AME n'est pas encore... elle a appelé là bas... elle m'a dit qu'ils sont fermés... apparemment ils sont fermés... du coup elle m'a dit elle va appeler en PMI pour voir que je vais aller faire là bas les analyses et il va nous envoyer là bas pour que je vais faire les examens là bas. Mais il m'a dit qu'il va me tenir au courant mais aujourd'hui je n'ai pas reçu d'appel de lui encore parce que je crois qu'il n'a pas encore trouvé une bonne réponse {rires}. » (entretien 7)

Enfin, nous avons identifié un **réfèrent pratique** qui était principalement un proche doté de plus de capital (social, culturel ou symbolique) pour contourner les freins d'accès au soin (traduction, déplacement, discrimination). Deux patients ont eu par exemple recours à un « blanc » pour être mieux pris en charge aux urgences.

« [le patient se rend 3 fois aux urgences sans succès] J'ai eu un ami à qui j'ai réparé la voiture, un français, quelqu'un de francophone, [...]il m'a amené à l'hôpital et il a parlé avec les membres du personnel en leur disant... « faites lui au moins une radio ou un scanner ou n'importe quoi mais le monsieur ne va pas bien du tout, ça ne s'arrange pas et vous devriez vous poser des questions ». Et après cet échange avec cet ami les membres de l'hôpital du 14ème m'ont réorienté vers la Timone et à la Timone j'ai eu le diagnostic du cancer. » (entretien 10)

La dépendance aux référents était inversement proportionnelle à l'autonomie et au capital social, culturel et symbolique du patient. Cependant, même les patients les plus autonomes dans le renouvellement de leur droit ont été confrontés à des épisodes de rupture de droit dont la résolution nécessitait l'intervention d'un tiers.

Les patients se laissaient guider par leur référent. Or, la confiance que les patients accordaient à leur référent avait tendance à retarder la compréhension du système de soin et leur autonomisation. De plus, les référents étaient instables dans le temps et leur soutien et accompagnement pouvait prendre fin brutalement. La perte d'un référent pouvait conduire à de véritables ruptures de soin : il n'était plus possible pour certains d'aller en rendez-vous sans ce tiers aidant qui faisait la traduction ou le conduisait en voiture ; le lien était perdu avec le soignant « expert » à cause d'un rendez-vous manqué et c'est ainsi tout le suivi qui prenait fin.

« En fait j'avais la personne, une dame et je suis allé, elle m'a suivie et puis après je sais pas d'un coup elle m'a dit « c'est tout bon et tout ». J'ai dit « c'est bon comment ? » Elle m'a dit « bah moi je peux plus vous suivre » j'ai dit « ah vous pouvez pas me replacer » elle m'a dit « non non, il faudra revoir quelque chose d'autre » alors j'ai laissé tomber. » (entretien 12)

5) La PASS : un recours à la PASS hétérogène selon le profil des patients - un rôle de référent central pour certains patients

Les patients ayant eu recours à la PASS avaient des profils différents en termes d'ancienneté sur le territoire, de besoin de santé et d'inscription dans le système de soin. La prise en charge à la PASS était très hétérogène allant d'un rendez-vous unique à un suivi sur plusieurs mois. On pouvait ainsi distinguer trois types de représentations de la PASS selon le type de prise en charge et le type de patient.

Tout d'abord la « **PASS anonyme** » : La prise en charge était courte voire anecdotique, le patient était autonome et déjà engagé dans un parcours de soin. La PASS intervenait à un moment de rupture des droits de santé temporaire et l'impact sur son parcours de soin était perçu comme minime.

Ensuite, la « **PASS ponctuelle** » : Le patient avait d'autres référents et d'autres ressources qui le guidaient dans le soin. Le passage à la PASS s'inscrivait dans la continuité entre l'hôpital et la médecine de ville, sans rupture ni distinction particulière d'avec les autres prises en charge.

Enfin, la « **PASS référente** » : La prise en charge était longue. Le patient n'avait pas ou peu d'autres référents. Il découvrait le système de soin français ou en avait de mauvaises expériences. Il pouvait être également éloigné du système de soin. La

dépendance envers la PASS était importante. Le patient distinguait la PASS des autres structures et y était fortement attaché.

« J'ai été suivi un mois ou deux mois, je suis pas sûr. C'était pour tout tout tout, les pansements, les prises de sang. J'ai vu des médecins pour la mâchoire, pour la cheville et le sang. Parce que j'ai eu une embolie pulmonaire ça fait 4 ans, j'ai eu une embolie pulmonaire. Ils m'ont pris en charge les examens et tout ça. Grâce à dieu j'ai eu la PASS, la vérité. » (entretien 11)

Les patients pour qui la PASS était référente étaient très reconnaissants envers cette dernière et soulignaient la différence avec d'autres modes de recours : la prise en charge était pluridimensionnelle, le suivi organisé rassurait et leur assurait une prise en charge de qualité, les professionnels y faisaient preuve d'une empathie et écoute qu'ils qualifiaient comme rare. Un patient résumait ainsi sa perception de la PASS :

« Ici c'est comme si ils sont programmés à vous servir. C'est différent. Vous venez et vous vous sentez à l'aise. Vous sentez que vous allez sortir d'ici avec la réponse.[...] Quand je suis rentré à la maison le lendemain je suis venu ici et c'était impeccable. On te donne tout. Les médicaments.. » (entretien 11)

Pour les patients déjà inscrits dans le système de soin, le suivi à la PASS était un moment d'interruption et l'orientation à la fin de la PASS avait peu d'impact sur leur mode de recours aux soins.

En revanche, pour les patients pour qui la PASS était référente, la fin de la PASS était un moment charnière. Cette fin de prise en charge était différemment interprétée. Pour certains il s'agissait de l'obtention effective des droits de santé pour d'autres la fin du besoin de prise en charge ou encore un abandon.

«Je n'ai pas d'explications, mais je pense que ils ont terminé leur travail avec moi» (entretien 2).

Plus les patients étaient dépendants de la PASS et méconnaissent le fonctionnement de la médecine générale de ville, plus l'orientation était déterminante pour la continuité des soins. En effet, une orientation vers un médecin négligeant ou encore une orientation sans rendez-vous pour des patients peu autonomes pouvait conduire à une rupture de soin tandis qu'une orientation réussie favorisait le suivi.

« Oui ils ont dit que je devais me faire suivre par un médecin et ils m'ont donné la liste de ces médecins que je pourrais peut-être aller voir... mais comme je suis pas allée voir... » (entretien 9).

Les patients déjà en rupture avec le système de soin de ville avant leur arrivée à la PASS semblaient se réinscrire dans le même processus. La fin de la prise en charge à la PASS pouvait alors signifier la fin des soins.

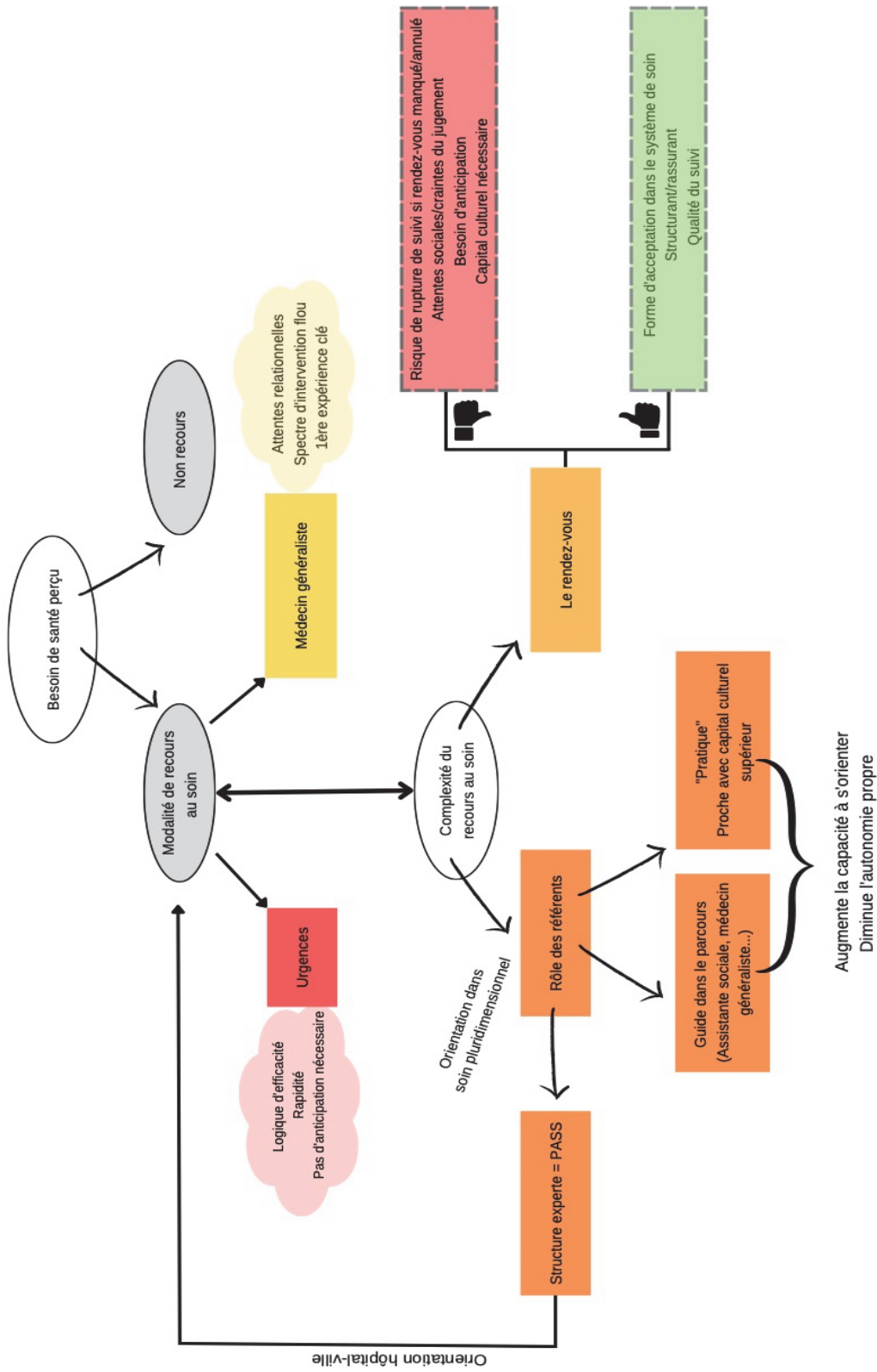


Figure 2 : Logiques de recours aux soins et sa complexité

Discussion

1) Résultats principaux

Les patients interrogés lors de cette étude avaient une expérience multiple de la médecine générale qui allait de la consultation unique avec un médecin généraliste « anonyme » au suivi répété avec un médecin généraliste identifié comme référent et médecin de famille dont le rôle était connu.

La première expérience de consultation en médecine générale était aussi un élément clé de l'accroche au soin. Une première mauvaise expérience était à risque d'augmentation de rupture de soin et ainsi un recours plus fréquent aux urgences en cas de besoin de santé urgent ressenti. Le fait que le rendez-vous soit fixé par un professionnel apparaissait comme un facteur d'adhésion au soin lorsqu'un rendez-vous à fixer par le patient était plutôt un frein. L'efficacité de l'accroche au soin reposait à la fois sur la façon dont était réalisée la transition hôpital-ville et sur la présence d'un « référent » guidant le patient dans son parcours, que ce soit un professionnel ou un proche. Nous avons identifié principalement 3 différentes représentations de la PASS hospitalière par les patients : une expérience anecdotique et mal identifiée par les patients, une PASS ponctuelle et transitoire, et enfin une PASS référente avec un rôle central dans le parcours de soin. L'orientation dans le droit commun était une étape charnière pour les patients pour qui la PASS était « référente ». Ce profil de patient nécessiterait un accompagnement supérieur lors de la transition hôpital-ville.

2) Forces et limites

L'approche qualitative permet d'étudier un phénomène en ne cherchant pas seulement à décrire mais à obtenir des explications plus approfondies sur ce dernier. En ce sens elle apporte des éclairages supplémentaires en comparaison d'une étude quantitative seule.

La triangulation des données a permis de réduire la subjectivité de l'analyse par l'enquêtrice. Certains entretiens ont été réalisés avec un traducteur permettant de recueillir les expériences de patients allophones. Néanmoins la présence d'un traducteur comme tierce personne a pu à plusieurs reprises limiter la fluidité du discours et interférer sur la qualité de l'échange. Il a pu exister également un biais de

désirabilité sociale de la part de patients se refusant à critiquer le système et à n'exprimer que le côté positif de certaines situations.

Le manque de diversité de l'échantillon est questionnable, en effet une majorité des patients étaient originaires d'Afrique subsaharienne et du Maghreb, aucun n'était français et moins de femmes ont été interrogées. Toutefois l'analyse qualitative ne cherche pas extrapoler des résultats à l'ensemble d'une population mais à essayer d'apporter des éclairages sur un phénomène dans son contexte.

3) Perspectives

a. Le renforcement de la pluridisciplinarité en soins primaire

Nous avons souligné précédemment l'importance d'un « référent » dans le parcours permettant de guider le patient et de réduire le non-recours aux soins. La médiation en santé pourrait être une solution intéressante (11). La médiation en santé désigne une interface de proximité permettant de faciliter l'accès aux droits, à la préventions, aux soins et de sensibiliser les acteurs en santé sur les obstacles liés à l'accès au soin(12). Lors de l'étude quantitative s'intéressant à l'évaluation du protocole d'orientation vers le droit commun des patients ayant été suivis à la PASS seulement 30% des consultations ont pu être réalisée en présence de la médiatrice en santé contre un objectif initial de 100%. L'offre nationale de formation des médiateurs en santé est faible, elle implique des enseignements spécifiques et nécessite d'être développé dans les structures de soins (13,14). Le déploiement de médiateurs en santé dans les PASS, et autres structures de soin, pourrait être l'un des pivots de l'orientation et de l'ancrage dans les soins de ville. (10,11)

Le développement de l'accès à l'interprétariat apparaît comme l'une des clés du développement de soins de qualité pour les populations allophones. (15) « Il n'y a pas de médecine sans récit, il n'y a pas de soins sans échanges entre malades et soignants » selon l'avis du comité consultatif national d'éthique. (16). Lors de notre étude certains patients, principalement allophones, se sont heurtés à la barrière de la langue et à des difficultés de compréhensions multiples lors de consultation en médecine générale. Depuis 2017 dans les pays de la Loire un système d'interprétariat professionnel a été mis à disposition des médecins généralistes. En 2019 ce système

tendait à être de plus en plus utilisé par les professionnels de santé qui présentaient un besoin spécifique d'interprétariat. (17) Le non-recours à l'interprétariat est considéré par l'inspection générale des affaires sociales comme un facteur de non-qualité et une source potentielle de soins non pertinents. (18) L'interprétariat téléphonique semble correspondre à une solution plus accessible à la fois pour le professionnel et pour le patient, assurant un échange anonyme et une crainte de la stigmatisation moindre. (19,20) L'utilisation de l'interprétariat nécessite néanmoins une adaptation de la part des médecins généralistes.

b. Quelle adaptation de la médecine de ville face à ces problématiques d'accès aux soins ?

Il a déjà été décrit dans la littérature les qualités attendues par les populations précaires du médecin généraliste. Nous les avons également retrouvées dans notre étude, elles sont principalement relationnelles. Les patients attendent d'être écoutés, en confiance, guidés et face à un médecin faisant preuve d'humanisme(21). L'approche centrée patient peut être définie comme une complémentarité entre l'expertise du professionnel de santé et l'expérience propre du patient. Ainsi cette approche doit être privilégiée par le médecin généraliste, permettant de mieux repérer et mieux intégrer les populations précaires dans les soins primaires(22,23).

Une étude qualitative datant de 2019 (24) a identifié différentes catégories de médecins généralistes, allant de ceux sensibilisés à l'accueil des populations précaires et qui recueillaient en consultation les caractéristiques des patients (habitations, revenus, entourage familial) à d'autres non sensibilisés qui ne recueillaient pas ces caractéristiques-là concernant leurs patients. Il paraît important que les médecins généralistes soient sensibilisés à la prise en charge des populations précaires de façon à adapter leurs pratiques allant de la prise de rendez-vous à la prise en charge médicale de ces populations. Néanmoins tous les médecins généralistes sont-ils en mesure de prendre en charge les populations précaires ?

Une étude de 2022 (25) s'est intéressée à la prescription de médicaments des médecins généralistes prenant en charge de nombreux patients précaires. Une sur-prescription de thérapeutiques avec une prise facile a été observée et à l'inverse une

sous prescription de thérapeutiques plus complexes telles que les traitements du diabète. Cette sous prescription est justifiée dans l'article par un manque d'empathie et une tendance à la négligence de la part des médecins. Toutefois l'adaptation de la médecine générale n'est pas la seule alternative et d'autres structures se développent également.

- c. Le développement de nouvelles interfaces entre la PASS hospitalière et la médecine de ville : La PASS de ville

Le relai en médecine de ville après la PASS hospitalière représente une réelle transition pour les patients et un risque de rupture dans les parcours. Le concept des PASS de ville a été développé pour répondre aux besoins de soins et d'accompagnement pour les populations précaires face à la saturation des PASS hospitalières. De plus certains patients ne relèvent pas du plateau technique hospitalier et donc pas de la PASS hospitalière. Une PASS de ville a été créée à Marseille comme passerelle vers le droit commun. Elle permet aux patients précaires d'avoir une prise en charge à la fois sur le plan des droits sociaux et une prise en charge médicale pluridisciplinaire en soins premiers. L'orientation est faite vers des professionnels « partenaires » du dispositif (26,27).

Ce système pourrait permettre une meilleure intégration des patients précaires dans le système de soins primaires.

Conclusion

L'adhésion à la médecine générale de ville par les patients anciennement suivis à la PASS dépend à la fois de la manière dont est réalisée la transition hôpital-ville (prise de rendez-vous ou non, consultation dédiée ou non...), de la présence de référents accompagnant le patient dans ses démarches (sociales ou concernant les soins) ainsi que du premier contact avec un médecin généraliste (un premier mauvais contact pouvait induire un non-recours dans les suites). La transition hôpital-ville est un des éléments clé dans l'ancrage dans le système de soins premiers. Il serait intéressant d'identifier les patients pour qui la PASS est « référente » pour les orienter au mieux dans le droit commun en leur prenant, par exemple, rendez-vous avec un médecin généraliste. De nouvelles études semblent importantes pour affiner le repérage des populations à risque de rupture de soin en sortie de PASS et optimiser leur inscription dans le droit commun.

Bibliographie

1. Berchet C. Le recours aux soins en France : une analyse des mécanismes qui génèrent les inégalités de recours aux soins liées à l'immigration. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. juin 2013;61:S69-79.
2. Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 12 nov 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/renoncement-aux-soins-la-faible-densite-medicale-est-un-facteur>
3. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>
4. Organisation internationale pour les migrations (OIM),. État de la migration dans le monde 2020. OIM Genève. 11 juill 2019;536.
5. SPF. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. Numéro thématique. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique. :396-405.
6. Lebano A, Hamed S, Bradby H, Gil-Salmerón A, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, et al. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*. déc 2020;20(1):1039.
7. Ministère des solidarités et de la santé. Instruction N° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières. avr 2022;20.
8. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, et al. A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization. *Ann Intern Med*. 3 févr 2009;150(3):178-87.
9. Al Sattouf A, Farahat R, Khatri AA. Effectiveness of Transitional Care Interventions for Heart Failure Patients: A Systematic Review With Meta-Analysis. *Cureus*. 14(9):e29726.
10. Khouani J. Etat des lieux des pratiques d'orientation des patients vers le système de santé de droit commun, à la suite d'une prise en charge en permanence d'accès aux soins de santé / current practices of patient orientation directed to mainstream health services, following free medical assistance through the health service access points. 2020;
11. Sharma N, Harris E, Lloyd J, Mistry SK, Harris M. Community health workers involvement in preventative care in primary healthcare: a systematic scoping review. *BMJ Open*. déc 2019;9(12):e031666.
12. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins
13. Haschar-Noé N, Bérault F. La médiation en santé : une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins. *Santé Publique*. 2019;31(1):31-42.
14. Association pour l'Accueil des Voyageurs. Évaluation du Programme national de médiation sanitaire. 2016;109.

15. Ellahham S. Communication in Health Care: Impact of Language and Accent on Health Care Safety, Quality, and Patient Experience. *Am J Med Qual.* sept 2021;36(5):355-64.
16. Avis 127 du CCNE santé des migrants et exigence éthique | Comité Consultatif National d'Éthique [Internet]. [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/node/176>
17. Bigot R, Dallet N, Rousseau R. Mise à disposition d'interprétariat en médecine ambulatoire dans les Pays de la Loire. *Santé Publique.* 2019;31(5):663-82.
18. Le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé [Internet]. [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-128R.pdf>
19. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev MCCR.* juin 2005;62(3):255-99.
20. Tattevin DF. Prise en charge des patients allophones en consultation de médecine générale : Place de l'interprétariat professionnel.
21. Jégo-Sablier M, Touati S, Vergan S, Thery D, Gentile S, Gentile G. Représentations et expériences des soins premiers chez les migrants bénéficiaires de l'aide médicale de l'état. *Exercer.* (154):244-9.
22. Lognos B, Carbonnel F, Million E, Badin M, Boulze I, Bourrel G, et al. L'approche centrée patient améliore et facilite la détection de la vulnérabilité sociale. *Analyse qualitative phénoménologique. Éthique Santé.* 1 déc 2016;13(4):228-34.
23. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi
24. De Oliveira A, Chavannes B, Steinecker M, Denantes M, Chastang J, Ibanez G. How French general practitioners adapt their care to patients with social difficulties? *Fam Med Community Health.* 2019;7(4):e000044.
25. Birault F, Le Bonheur L, Langbour N, Clodion S, Jaafari N, Perault-Pochat MC, et al. Exposure to High Precariousness Prevalence Negatively Impacts Drug Prescriptions of General Practitioners to Precarious and Non-Precarious Populations: A Retrospective Pharmaco-Epidemiological Study. *Int J Environ Res Public Health.* 3 mars 2022;19(5):2962.
26. Reynaud T, Geffroy S. D'une PASS de ville aux soins primaires: expériences des patients pris en charge par le dispositif « "PASS de Ville" » de Médecins du Monde. :65.
27. La PASS de ville Marseille, service d'accès à la santé des plus fragilisés [Internet]. PASS de ville de Marseille. [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: <https://lapassdevillemarseille.fr/>

Liste des abréviations

DREES : Direction de la recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

ONU : Organisation des Nations-Unies

AME : Aide médicale d'Etat

PUMA : Protection universelle maladie

CSS : Couverture sociale solidaire

AP-HM : assistance publique – hôpitaux de Marseille

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

Introduction

Le non-recours aux soins est une problématique majeure chez les populations précaires. Cet accès aux soins est d'autant plus contraint par la démographie médicale actuelle. Les PASS permettent une prise en charge des personnes sans couverture maladie puis les orientent dans le droit commun une fois les droits de santé obtenus. L'objectif de l'étude est d'explorer les représentations de la médecine générale par les patients anciennement suivis à la PASS ainsi que de comprendre les logiques de recours aux soins.

Méthode

Nous avons mené une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée dans le cadre d'une étude mixte séquentielle quantitative puis qualitative. 12 entretiens semi-dirigés ont été réalisés jusqu'à suffisance des données. Les thématiques abordées étaient le suivi à la PASS et l'expérience vécue, l'orientation en médecine de ville, les différences perçues entre la médecine de ville et la PASS puis l'expérience de la médecine générale. Les entretiens étaient initialement enregistrés puis retranscrits puis l'analyse a été triangulée par les deux chercheuses.

Résultats et discussion

La première expérience de consultation en médecine générale était un élément clé de l'accroche au soin. Une première mauvaise expérience était à risque d'augmentation de rupture de soin et ainsi un recours plus fréquent aux urgences en cas de besoin de santé urgent ressenti. De plus la notion de rendez-vous apparaissait à la fois comme un facteur d'intégration dans le soin et à la fois une barrière supplémentaire. Les expériences de la PASS variaient allant d'une expérience anecdotique et transitoire à un ancrage dans le dispositif rendant alors la transition plus complexe. Le développement de la médiation en santé et de l'interprétariat apparaît comme une aide supplémentaire à la prise en charge des populations précaires en médecine générale.

Conclusion

L'adhésion à la médecine générale par les patients anciennement suivis à la PASS est régi par la manière dont est réalisée la transition, la présence de référents ou non guidant le patient ainsi que du vécu de la première consultation en médecine générale. La transition hôpital-ville est un des éléments clé dans l'ancrage dans le système de soins premiers. Il serait intéressant d'identifier les patients pour qui la PASS est « référente » pour les orienter au mieux dans le droit commun, par exemple en leur prenant rendez-vous avec un médecin généraliste.

Mots-clés : soins primaires, médecine générale, transition hôpital-ville.