



HAL
open science

Maintien des soins des patients de la PASS de Cayenne atteints d'hypertension ou de diabète à l'entrée dans le système de soin de droit commun : PASSyDroit

Sarah Letourneux

► To cite this version:

Sarah Letourneux. Maintien des soins des patients de la PASS de Cayenne atteints d'hypertension ou de diabète à l'entrée dans le système de soin de droit commun : PASSyDroit. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04724484

HAL Id: dumas-04724484

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04724484v1>

Submitted on 7 Oct 2024

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

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

UNIVERSITE DES ANTILLES
2022-2023

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N°2023ANTI0920

**Maintien des soins des patients de la PASS de Cayenne atteints
d'hypertension ou de diabète à l'entrée dans le système de soin de
droit commun : PASSyDroit**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD

Des Antilles et de la Guyane

Et examinée par les Enseignants de ladite Faculté

Le 02 juin 2023

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

Sarah LETOURNEUX

Examineurs de la thèse :
Professeur Antoine ADENIS (Président du jury)
Docteur Alexandra JEAN-NOEL
Docteur Alexandra MVOGO
Docteur Greta CANTALUPI

Directrice de thèse :

Docteur Claire BOCENO



Le Président de l'Université des Antilles : Michel GEOFFROY

Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Suzy DUFLO

Vice-Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Christophe DELIGNY

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Antoine ADENIS

CH de CAYENNE

Tél. : 0594 39 50 50

Hématologie

Véronique BACCINI

CHU de Guadeloupe

Tel : 05 90 89 10 10

Chirurgie Urologique

Pascal BLANCHET

CHU de Guadeloupe

Tel : 05 90 89 13 95

Bactériologie & Vénérologie

Sébastien BREUREC

CHU de Guadeloupe

Tel : 05 90 89 12 80

Urologie

Laurent BRUREAU

CHU de Guadeloupe

Tel : 05 90 89 10 10

Maladies Infectieuses

André CABIE

CHU de Martinique

Tel : 05 96 55 23 01

Neurologie

Philippe CABRE

CHU de Martinique

Tel : 05 96 55 22 61

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie

Raymond CESAIRE

CHU de Guadeloupe

Tel : 05 96 89 10 10

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nadège CORDEL	Dermatologie & Vénérologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Pierre COUPPIE	Dermatologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39
CHERET Antoine	Thérapeutique-Médecine de la douleur CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Michel DE BANDT	Rhumatologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Bertrand De TOFFOL	Neurologie CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
Magalie DEMAR - PIERRE	Parasitologie et Infectiologue CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
Christophe DELIGNY	Médecine Interne CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 55
Félix DJOSSOU	Maladies infectieuses et tropicales CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 50
Moustapha DRAMÉ	Épidémiologie, Économie de la Santé CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Suzy DUFLO	ORL – Chirurgie Cervico-Faciale CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 93 46 16
Narcisse ELENGA	Pédiatrie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 77 37
Loïc EPELBOIN	Maladies infectieuses CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Karim FARID	Médecine Nucléaire CHU de Martinique Tel : 05 96 55 21 67
Jocelyn INAMO	Cardiologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38
Hatem KALLEL	Médecine intensive-réanimation CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
Annie LANNUZEL	Neurologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 14 13
Harold MERLE	Ophtalmologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Mathieu NACHER	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
Rémi NEVIERE	Physiologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Olivier PARANT	Gynécologie-Obstétrique CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Stéphanie PUGET	Neurochirurgie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Chantal RAHERISON-SEMJEN	Pneumologie, Addictologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Dabor RESIERE	Thérapeutique-médecine de la douleur CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Pierre-Marie ROGER	Maladies infectieuses et tropicales CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

François ROQUES	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
	CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 71
Jean ROUDIE	Chirurgie Digestive
	CHU de Martinique Tel : 05 96 55 21 01 - Tel : 05 96 55 22 71
Maturin TABUE TEGUO	Médecine interne : Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
André-Pierre UZEL	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
	CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 14 66
Magaly ZAPPA	Radiologie et imagerie médicale
	CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00

Professeurs des Universités Associés - Praticiens Hospitaliers

Stéphane AMADEO	Psychiatrie
	CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Jacqueline DELOUMEAUX-TYNDAL	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
	CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Papa Ngalgou GUEYE	Médecine d'Urgence
	CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Hossein MEHDAOUI	Médecine intensive-réanimation
	CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Stéphane PLAWEKI	Chirurgie Orthopédique
	CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Patrick PORTECOP	Médecine d'urgence
	CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Marc PUJO	Médecine d'Urgence
	CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Cindy BERAL	Ophthalmologie CHU de Guadeloupe Tél. : 0590 89 10 10
Romain BLAIZOT	Dermatologie-Vénérologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00
Moana GELU-SIMEON	Gastroentérologie hépatologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Clarisse JOACHIM-CONTARET	Épidémiologie, économie de la santé et prévention CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Marie-Laure LALANNE-MISTRIH	Nutrition CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 00
Amélie ROLLE	Anesthésie Réanimation CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Emmanuelle SYLVESTRE	Biostatistique, Informatique médicale et Technologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE	Endocrinologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 03

Maître de Conférences

Yoann GARNIER	Biologie Moléculaire et Cellulaire INSERM
----------------------	---

Maître de Conférences des Universités Associé - Praticiens Hospitaliers

Maïder FIRPION-COPPRY	Hygiène hospitalière CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
------------------------------	--

Professeur des Universités de Médecine Générale

Jeannie HELENE-PELAGE **Médecine Générale**
CHU de Guadeloupe / Cabinet libéral
Tel : 05 90 84 44 40

Professeur Associé de Médecine Générale

Franciane GANE-TROPLENT **Médecine générale**
Cabinet libéral
Tel : 05 90 20 39 37

Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale

Philippe CARRERE **Médecine générale**
Cabinet libéral

Maître de Conférence Associé de Médecine Générale

KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT Walé **Médecine générale**
Cabinet libéral

Franck MASSE **Médecine générale**
Cabinet libéral

Professeur émérite

Eustase JANKY **Gynécologie-Obstétrique**

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie le Professeur Antoine ADENIS de me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Un grand merci à toi, Docteur Claire BOCENO, de m'avoir fait confiance et de m'avoir accompagnée dans ce travail passionnant. Ta pratique de la médecine et ta dévotion sont assurément des modèles pour moi.

Merci aux membres du jury d'avoir accepté de jurer de mon travail de fin d'étude, qui je l'espère répondra à quelques questionnements de leur quotidien.

Merci au CIC, à Nicolas pour ton aide précieuse.

Je tire ma révérence à toute l'équipe de la PASS de Cayenne qui m'a accueillie chaleureusement comme collègue puis aidée dans mon ouvrage. Merci pour votre bonne humeur indéfectible et bravo pour le travail colossal que vous faites tous les jours auprès des plus précaires.

J'ai une pensée pour tous·tes mes ami·e·s et colocataires successif·ve·s depuis 10 ans. Merci de m'avoir accompagnée dans ce long voyage que furent les années de Médecine, de Bruxelles aux Antilles en passant par l'Andalousie et enfin, merci infiniment aux ami·e·s de Guyane.

Chacun sait comme les moments simples passés à vos coté me sont chers.

Merci à mes parents qui ont toujours cru en moi, à mon papy, à mes petites sœurs.

Merci à Pilou, pour tout.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	10
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	11
ABSTRACT	12
RÉSUMÉ	13
INTRODUCTION	14
MATÉRIEL ET MÉTHODE	18
I. TYPE D'ÉTUDE	18
II. DEMARCHE ETHIQUE ET AUTORISATIONS REGLEMENTAIRES	18
III. ÉCHANTILLONNAGE	18
IV. CRITERES D'ELIGIBILITE	18
V. MODE DE RECRUTEMENT	19
VI. RECUEIL DES DONNEES	19
VII. ANALYSE DES DONNEES	20
RÉSULTATS	22
I. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	22
II. CARACTERISTIQUES MEDICALES	24
III. COMPARAISON DU GROUPE « REPONDEUR » ET « NON-REPONDEUR »	26
IV. RESULTATS DE L'ENTRETIEN TELEPHONIQUE	27
V. CARACTERISATION DU MAINTIEN DES SOINS	29
VI. AUTRES CARACTERISTIQUES	31
DISCUSSION	33
I. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	33
II. ANALYSE DES RESULTATS ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE	33
UNE POPULATION PASS TRES PRECAIRE ET DES DIFFICULTES D'ACCES AUX DROITS	34
DES RESULTATS ENCOURAGEANTS : UN ACCES SATISFAISANT AU SYSTEME DE SOIN LIBERAL	35
MAIS UNE COMPREHENSION DU SUIVI MOINDRE	35
L'IMPORTANCE DE L'ACCOMPAGNEMENT	35
III. PERSPECTIVES ET INNOVATIONS	36
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXES	44
SERMENT D'HIPPOCRATE	54
IMPRIMATUR	55

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD	Affection Longue Durée
AM	Assurance Maladie
AME	Aide Médicale d'État
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Assistant Social
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHC	Centre Hospitalier de Cayenne
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRF	Croix Rouge Française
CSS	Caisse Sécurité Sociale
DAAC	Développement Animation Accompagnement Coopération
DDB	Droits De Base (à l'assurance maladie)
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMU	Dossier Médical d'Urgence
DPD	Délégué à la Protection des Données
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
HbA1c	Hémoglobine glyquée
HTA	HyperTension Artérielle
IDE	Infirmier Diplômé d'État
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI	Protection Materno-Infantile
PRS	Projet Régional de Santé
Q1	Premier quartile
Q3	Troisième quartile

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population (n=133)	23
Tableau 2 : Caractéristiques médicales (n=133)	25
Tableau 3 : Comparaison du groupe « répondeur » au groupe « non-répondeur »	26
Tableau 4 : Résultats du questionnaire (n =88)	27
Tableau 5 : Comparaison du groupe « intégration complète » dans le système de droit commun aux « autres patients » (intégration partielle et pas d'intégration) en fonction des variables socio-démographiques, médicales et de la compréhension de la maladie	30
Tableau 6 : Comparaison de la variable « avoir consulté un médecin généraliste » en fonction des variables socio-démographiques, médicales et de compréhension de la maladie	30
Tableau 7 : Recherche d'association : présentation des résultats significatifs	32
Tableau 8 : Caractéristiques de la population des primo-arrivants (n=33) (Annexe)	45
Tableau 9 : Exemple de grille d'entretien de fin de suivi à la PASS : médical et social (Annexe)	46
Figure 1 : Schéma de la recherche	19
Figure 2 : Diagramme de flux	22
Figure 3 : Répartition de la durée de suivi à la PASS	Erreur ! Signet non défini.
Figure 4 : Répartition des patients répondeurs (n=88) selon le critère de jugement principal	Erreur ! Signet non défini.
Figure 5 : Schéma du nombre de consultations effectuées par les patients en médecine générale en fonction du temps écoulé depuis leur sortie de la PASS	28
Figure 6 : Répartition des nationalités chez les Francophones (Annexe)	Erreur ! Signet non défini.
Figure 7 : Répartition des patients sortis depuis plus de 3 mois (n=79) selon le critère de jugement principal (Annexe)	Erreur ! Signet non défini.

ABSTRACT

Retention in care of patients of the Permanent Access to care (PASS) in Cayenne, French Guyana, suffering from High blood pressure or diabetes in the common law system: PASSyDroit

Background: The problem of inequalities toward access to health care is major in French Guiana, especially the retention in care of precarious population with chronic pathologies. The Permanent Access to Health Care (PASS) in Cayenne, offers medical and social follow-up and accompanies the precarious population to the common law healthcare system. We suppose that the phenomenon of non-use of care is still present despite open rights. The main objective is to evaluate the continuity of care with the integration into the common law healthcare system of the PASS patients with open rights in Cayenne.

Method: It was a monocentric, cross-sectional, and observational research conducted at Cayenne hospital with structured interview with patients followed between January and November 2022. We included all the hypertensive and/or diabetic major patients, previously followed by the PASS, treated, and reoriented to the general practitioner. Data were collected by guided telephone interviews and by the review of medical records from January 9 to February 17, 2023. We looked the proportion of patients integrating the common law system, which was defined by resort to consultations with a general practitioner, use of the town pharmacy, the performance of additional examinations if requested.

Results: 133 patients were included, all of whom were foreigners, 1/4 newcomers, 1/2 French-speakers, 2/3 with AME. 7 out of 10 patients had “full integration” into the common law system one month after leaving PASS. 78.4% of patients had seen a general practitioner since leaving PASS. Despite an overall “good compliance”, 31.2% did not have a “good understanding” of chronic disease monitoring. The pathology was not stabilized at the end of the PASS for 42.4% of the patients. None of the variables tested significantly influenced integration into the common law care system.

Conclusions: The Cayenne PASS takes care of particularly precarious patients compared to the European French territory PASS. After discharge from the PASS, the population is fragile, and pathologies aren't stabilized despite a good observance and average understanding. Its role as a bridge is well fulfilled thanks to the systems already in place (health mediators). But the PASS needs a formalized follow-up procedure: early identification of predictive profiles of failure; setting up a systematic closing maintenance, the creation of workshops (understanding of chronic pathology, the healthcare system, and social approaches). This requires additional support from the institutions. The goal is to empower the patient to stay in the healthcare system.

Keywords: retention in care, delivery of health care, health services accessibility, vulnerable Populations, chronic disease, social security, French Guiana, PASS (Health Care Access Permanence).

RÉSUMÉ

Introduction : Les problèmes d'inégalité en santé, d'accès aux soins et de maintien des soins sont très importants en Guyane, en particulier concernant les maladies chroniques et la population précaire. Le dispositif de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du Centre Hospitalier de Cayenne (CHC) propose un suivi médical et social, ainsi qu'un accompagnement des plus précaires vers le système de droit commun. L'objectif de cette étude est d'évaluer le maintien des soins en regardant l'intégration dans le système de soin de droit commun des patients sortant de la PASS avec des droits ouverts.

Méthode : L'étude était observationnelle, transversale, menée au CHC avec entretiens dirigés auprès des patients de la PASS suivis entre janvier et novembre 2022. Étaient inclus les patients majeurs, hypertendus et/ou diabétiques suivis à la PASS du CHC, sortis depuis plus d'un mois et moins d'un an, avec un traitement. Étaient exclus les patients avec une pathologie psychiatrique ou orientés vers le dispositif « PASS de ville ». Le recueil par revue des dossiers et par entretiens téléphoniques s'est fait entre le 09 janvier et le 17 février 2023. Le critère de jugement était la proportion de patients intégrant le système de droit commun, défini par un recours aux consultations d'un médecin généraliste, un usage de la pharmacie de ville et la réalisation des examens complémentaires s'ils étaient demandés.

Résultats : 133 patients ont été inclus, tous les patients de l'échantillon étaient de nationalité étrangère, 1/4 primo-arrivants, 1/2 francophones, 2/3 bénéficiaires de l'AME. Le taux de participation au questionnaire était de 65%. 78,4% des patients avaient vu un médecin généraliste depuis leur sortie de la PASS. 7 patients sur 10 avaient une « intégration complète » dans le système de droit commun. Malgré une « bonne observance » globale, 31,2% n'avaient pas une « bonne compréhension » du suivi de la pathologie chronique. La pathologie était non-stabilisée à la sortie de la PASS pour 42,4% des patients. Aucune variable testée n'influçait significativement l'intégration dans le système de soin de droit commun.

Discussion : La PASS de Cayenne prend en charge des patients particulièrement précaires par rapport aux PASS hexagonales qui sortent encore fragiles. La PASS remplit bien son rôle de tremplin grâce aux dispositifs déjà en place (médiateurs en santé) mais nécessite une procédure formalisée de suivi : repérer précocement les profils prédictifs d'échec, mettre en place un entretien de fin de suivi systématique uniformisé et surtout créer des ateliers d'éducation (compréhension de sa pathologie, du système de soin et des démarches sociales). Cela nécessite un réel soutien des institutions, le but étant d'autonomiser le patient pour un maintien des soins réussi.

Mots clés : maintien des soins, système de soin, accès aux soins, population précaire, pathologie chronique, sécurité sociale, Guyane, PASS

INTRODUCTION

Les problèmes d'inégalités sociales de santé, d'accès aux soins et de maintien des soins sont des enjeux majeurs de santé publique à toutes les échelles [1,2]. En particulier, l'accès à un suivi des pathologies chroniques pour les populations précaires est une priorité en Guyane comme le rappelle l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans son Projet Régional de Santé (PRS) [3].

La Guyane est un Département-Région d'Outre-Mer (DROM) français qui a des indicateurs de précarité élevés. La dernière estimation de l'INSEE fait état de 301 099 habitants au 1^{er} janvier 2023 [4]. La croissance démographique est importante (+2,4%/an) [5]. Plus de la moitié de la population vit sous le seuil de pauvreté, soit 3 fois plus qu'en France hexagonale [5]. Le PIB par habitant y est deux fois moins élevé. La précarité est multidimensionnelle [6]. Ainsi, l'insécurité alimentaire est très marquée et l'accès à l'eau (potable) est limité [7,8]. La moitié de la population guyanaise est en situation de privation matérielle et sociale. La privation sévère touche 38% des guyanais, contre 7% en France hexagonale, avec une surexposition des étrangers [5]. Les situations d'isolement géographiques sont très fréquentes : 27% des guyanais n'ont pas de voiture, ce qui constitue un frein majeur pour accéder aux infrastructures. Cette précarité est illustrée par un taux de Complémentaire Santé Solidaire (CSS) très élevé à 31% pour une moyenne nationale à 9,9% en 2022 [9]. En 2022, la part de la population couverte par l'Aide Médicale d'État (AME) représente 13,1 % de la population guyanaise [10].

Par ailleurs, la situation géographique de la Guyane, entre Caraïbes et Amazonie, en fait une terre d'immigration. Plus d'un tiers (37%) de la population guyanaise est immigré [11]. Selon l'INSEE, 101 096 étrangers (86 156 immigrés) étaient présents en 2019 [12]. De fait, 3 étrangers sur 7 sont en fait nés en Guyane [11]. Alors que 2/3 des immigrés de Cayenne y résident depuis plus de 10 ans, 1 cayennais sur 7 est sans-papiers [13]. Tout ceci traduit l'immobilisme de la situation administrative des migrants sur ce territoire dont les difficultés pour obtenir la naturalisation.

Or les indicateurs de santé sont souvent plus dégradés chez les populations précaires. Ce lien entre les conditions sociales et l'état de santé est à double sens [14]. En France, l'espérance de vie des 5% les plus modestes est 13 ans inférieure pour les hommes et 8 ans inférieure pour les femmes aux 5% les plus riches. Cette différence est principalement imputable aux maladies chroniques. A titre d'exemple, le risque de développer un diabète est multiplié par 2,8 (3,5 pour les femmes) chez les personnes les plus modestes [15]. Ainsi les indicateurs guyanais de santé sont dégradés par rapport à la métropole. Il existe une mortalité prématurée (décès avant 65 ans) plus importante qu'en métropole [16]. Parmi ces décès précoces entre

30 et 50% seraient évitables. Les maladies cardiovasculaires sont des contributeurs majeurs à cette surmortalité [16]. Elles représentent à elles seules 19,5% de la mortalité générale en Guyane [17]. En comparant la Guyane par rapport au niveau national, cette différence de mortalité serait notamment attribuable à plus d'obésité (18% contre 11,7%), plus de sédentarité, plus de diabète (prévalence 1,6 fois supérieure) et plus d'hypertension artérielle (41% contre 31%) [16–19]. L'intérêt des interventions ciblant les principaux facteurs de risque sur la mortalité n'est plus à démontrer.

De plus, il est établi qu'en Guyane, les inégalités sociales et sanitaires touchent davantage les immigrés, qui plus est, sans-papiers. Ils ont plus de pathologies chroniques avec « des pathologies avancées, meurent plus jeunes de causes évitables » par rapport à la population native de Guyane [13,16]. Ces inégalités en matière de maladie chronique, notamment les pathologies cardiovasculaires, creusent fortement les différences d'espérance de vie.

Malgré un besoin accru de suivi des pathologies chroniques, la population précaire se heurte à de multiples difficultés d'accès aux soins.

Il existe une relation entre précarité et accès aux soins, la précarité pouvant être la cause comme la conséquence des problèmes de santé ou de mode de vie [6]. L'accès aux soins correspond aux recours aux soins et à l'accessibilité des soins [14]. Le non-recours aux soins est défini par le fait d'avoir des besoins de santé avérés qui ne sont pas satisfaits. Il englobe le renoncement aux soins [14]. Le phénomène de non-recours aux soins est plus important chez les personnes en situation de précarité. Ce phénomène est bien étudié en France et en Guyane [20,21]. Les freins à l'accès aux soins des patients précaires sont en lien avec trois types de situations : le manque de ressources financières, la pauvreté matérielle et l'isolement social [21]. Appartenir aux 20% de la population avec le niveau de vie le plus faible multiplie par 1,9 le risque de renoncer aux soins en France [21]. Il est également lié aux conditions matérielles d'existence puisque le fait d'être « pauvre en condition de vie » (insuffisance de ressource, notion de retard de paiement, restriction de consommation, difficulté de logement) multiplie par 3,3 le risque de renoncer aux soins [21]. La population avec des conditions d'existence difficiles, a également plus de mal à contourner les problèmes logistiques (contraintes liées à l'accessibilité, aux contraintes spatio-temporelles, la charge familiale, etc.). Enfin, l'isolement social est corrélé avec un fort taux de renoncement aux soins. Une personne seule renonce plus souvent aux soins qu'une personne en couple sans enfant. La responsabilité familiale, l'absence de réseau mobilisable, la faible attention portée à soi, la méfiance à l'égard d'un savoir qui nous échappe, ou encore la peur du jugement jouent un rôle dans le phénomène de renoncement aux soins. La précarité et la pauvreté aboutissent à une rupture des liens sociaux, participant au phénomène de renoncement aux soins.

En Guyane, le taux de renoncement à une consultation médicale était plus élevé qu'en France hexagonale en 2014 (12,2 % vs 7,6 %) et 8% des guyanais avaient renoncé à une consultation chez un médecin généraliste par manque de ressource financière au cours des 12 derniers mois [20]. En se focalisant sur la population précaire porteuse d'une maladie chronique dans l'Ouest guyanais, la thèse du Docteur KIEFFER s'intéressait à ce phénomène en questionnant les causes de rupture de soin [22]. La première cause évoquée était l'absence de couverture sociale en lien avec la complexité des démarches administratives pour l'obtention des droits ou leur renouvellement. Deuxièmement, les difficultés financières étaient citées, puis l'éloignement géographique couplé au défaut de transport. Au-delà des facteurs liés à la précarité et au territoire guyanais, des facteurs liés à la maladie chronique semblaient influencer grandement le maintien en soins. Il convient de rappeler que vivre avec une maladie chronique reste difficile, impliquant chez le patient un vécu émotionnel, des effets sur le corps, des contraintes liées au suivi. Par ailleurs, la notion de subjectivité complique l'appréhension de la maladie, d'autant plus en Guyane où la population est multiculturelle. Le ressenti par rapport à la maladie et au traitement était mitigé chez les patients de la PASS de l'Ouest guyanais. Il existait une mauvaise observance thérapeutique : pauses volontaires de traitement, schémas de prise incompris et un tiers des patients ne ressentaient pas leur maladie. Surtout, il existait une méconnaissance du système de soin. Malgré tout, il en ressortait une réelle volonté de soin de la part des patients avec une demande spontanée d'un suivi et d'un accompagnement.

Toujours est-il que l'offre médicale globale en Guyane est encore faible. Le premier janvier 2022, la Guyane comptait 133 généralistes selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Les effectifs et la densité des professionnels sont bien inférieurs au niveau national (38 généralistes libéraux pour 100 000 habitants contre 79 en métropole) [23]. Ainsi, les délais de rendez-vous trop longs expliquaient plus de 20% des renoncements aux soins [20].

Face à ces constats, il semble difficile pour un patient précaire avec une pathologie chronique d'avoir un suivi en Guyane.

Dans ce contexte d'inégalité en santé, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont été créées en 1998 par le Code de la Santé Publique (CSP) pour répondre à ces problématiques [24]. Effective depuis l'an 2000, la PASS de Cayenne est un dispositif médico-social intégré à l'hôpital. Elle accueille uniquement les patients sans sécurité sociale (ou incomplète). Plus de 5000 patients se présentent annuellement tous sites confondus et tous professionnels confondus dont près de 3000 patients au site principal du Centre Hospitalier de Cayenne (CHC). La PASS de Cayenne est une « PASS généraliste » qui comprend une équipe de médecins, d'infirmiers, d'assistants de service social et de médiateurs en santé. Le

service propose un accompagnement social, de la médiation en santé, des consultations de médecine générale, des soins infirmiers et un accès à l'ensemble du plateau technique de l'hôpital via le système de « Bon PASS ». La PASS permet donc un accès gratuit à un suivi des maladies chroniques. Dans les PASS parisiennes, la moitié de la fréquentation se fait pour une maladie chronique [25].

La circulaire du 18 juin 2013 de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) relative à l'organisation des PASS rappelle que ce dispositif doit permettre à tout patient d'être accompagné dans son parcours, dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun [26]. Les objectifs sont de permettre l'autonomisation du patient quant à sa maladie, la compréhension et l'intégration dans le système de soin de droit commun français. À Cayenne, les patients nécessitant un suivi sont revus tous les mois. Le suivi est assuré jusqu'à l'ouverture des droits de sécurité sociale. Tous les patients dont les droits ont été ouverts sont orientés vers la médecine libérale lors d'une consultation dédiée.

Une fois les droits de sécurité sociale acquis, la volonté des pouvoirs publics est de proposer un parcours de soin national où le médecin généraliste occupe une place centrale. En Guyane, la faible densité de l'offre de soin libérale et le terreau de la précarité font craindre un maintien des soins dans le système de droit commun compliqué pour les patients sortant de la PASS. En effet, l'absence de droits de sécurité sociale ne semble pas être le seul obstacle au maintien en soins des personnes précaires. Nous supposons que des phénomènes de non-recours sont encore présents et qu'il existe des déterminants socio-démographiques, médicaux et de compréhension en santé associés à un maintien des soins réussi vers le système de droit commun après l'ouverture des droits.

Dans ce contexte d'incertitudes sur le devenir des patients de la PASS, nous avons décidé de mener une étude quantitative. Nous proposons d'étudier l'effectivité du retour au droit commun des patients de la PASS de Cayenne, particulièrement les patients atteints d'hypertension artérielle (HTA) et/ou de diabète. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le maintien des soins via l'intégration au système de soin de droit commun des patients hypertendus et/ou diabétiques pris en charge à la PASS de Cayenne. Les objectifs secondaires sont d'étudier les relations entre l'intégration dans le système de soin, notamment le fait d'avoir vu un médecin généraliste, et les caractéristiques socio-démographiques, médicales et de compréhension du suivi en santé des patients. Le but de la présente étude est de rassembler des éléments factuels sur la santé des patients précaires et d'émettre des suggestions concrètes pour pallier les éventuelles difficultés d'accès aux services de santé du droit commun. Nous essaierons *in fine* d'identifier des profils prédictifs d'un échec d'intégration au système de soin de droit commun pour mettre en place un accompagnement adéquat.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Type d'étude

Nous avons mené une étude observationnelle descriptive, transversale, monocentrique au Centre Hospitalier de Cayenne avec réalisation d'entretiens dirigés auprès des patients reçus dans le service de la PASS entre le 1^{er} janvier et le 31 novembre 2022. Pour donner suite à l'étude qualitative dans l'Ouest guyanais investiguant le phénomène de renoncement aux soins, nous avons choisi de réaliser une étude quantitative pour caractériser de manière chiffrée le maintien des soins des patients de la PASS de Cayenne et de réaliser des mesures d'association.

II. Démarche éthique et autorisations réglementaires

Cette étude a été enregistrée le 28/10/2022 sous le numéro national ID RCB : 2022-A02346-37 auprès de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicaments (ANSM). Le Comité de Protection des Personnes (CPP) Ouest III a émis un avis favorable pour cette étude en date du 29/12/2022. L'étude a élargi à la méthodologie de référence n°003 du Conseil National de l'Information et des Libertés (CNIL), garantissant le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

III. Échantillonnage

Nous avons décidé de constituer notre échantillon d'utilisateurs de la PASS de Cayenne (pôle principal uniquement) qui est une structure majeure sur le territoire pour le suivi du public précaire. Nous avons décidé de cibler deux maladies chroniques, l'hypertension artérielle et le diabète, compte tenu de leur fort impact en termes de santé publique en Guyane. Dans le cadre de cette étude exploratoire, nous nous sommes intéressés à tous les patients répondant aux critères d'éligibilité suivants.

IV. Critères d'éligibilité

Les patients inclus devaient répondre aux critères suivants :

- Avoir 18 ans ou plus
- Avoir été suivi à la PASS du CHC pour au moins une pathologie chronique suivante identifiée et traitée : HTA, diabète.
- Être sorti du service de la PASS depuis plus de 1 mois et moins de 1 an.

N'ont pas été inclus les patients :

- atteints d'une pathologie psychiatrique
- orientés vers le dispositif de « PASS de ville » porté par Médecin du Monde

- dont le suivi a été transféré dans un autre centre
- sans diagnostic établi (suspicion non confirmée à la sortie de la PASS).

Ont été exclus, les patients refusant l'étude ou décédés.

V. Mode de recrutement

Selon le schéma de la recherche suivant, il s'agissait d'une étude observationnelle transversale (Figure 1). Un délai de 1 mois depuis la sortie de la PASS était nécessaire pour l'inclusion et les patients sortis depuis plus d'un an n'étaient pas inclus, correspondant respectivement à un temps jugé acceptable pour instaurer un nouveau suivi (nécessité de renouvellement d'ordonnance par exemple) et ne dépassant pas la période de validité des droits, c'est-à-dire, 12 mois pour l'AME. Au-delà de cette validité des droits, nous risquons d'être confrontés au problème initial déjà identifié : l'absence de droit ouvert comme premier frein à l'usage du système de soin par la population précaire.

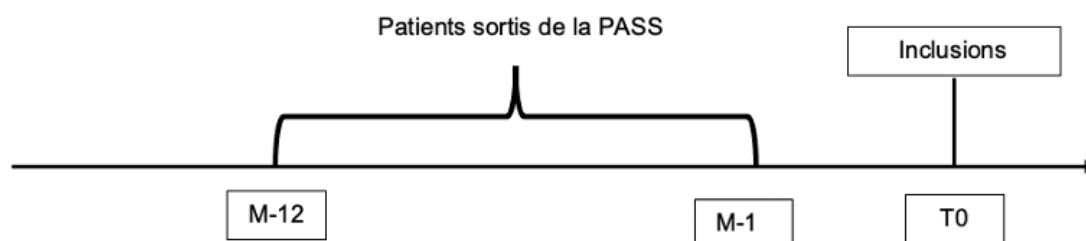


Figure 1 : Schéma de la recherche

Les participants qui correspondaient aux critères ont été identifiés via les dossiers-patients (DMU-PASS) datant de janvier à novembre 2022. Les patients ont été contactés par téléphone par l'investigateur principal pour expliquer les informations relatives à l'étude, recueillir la non-opposition, proposer et passer le questionnaire. Les patients identifiés mais non répondants après 3 tentatives d'appel, ont été classés en « non-répondeurs ».

VI. Recueil des données

La première partie des données a été recueillie lors des entretiens téléphoniques. Une grille d'entretien dirigé (annexe 1) contenait des données médicales telles que le recours à une consultation de médecine générale, l'usage de la pharmacie de ville, la réalisation d'examen complémentaires et des données de compréhension du suivi d'une maladie chronique. Les données socio-démographiques et médicales ont été recueillies à partir des logiciels Dossier-Patient (DMU) et des dossiers médicaux papiers. Il s'agissait de données socio-démographiques telles que le sexe, l'âge, les langues parlées, la situation familiale, la nationalité, le régime d'affiliation à la sécurité sociale et des données médicales telles que la pathologie chronique identifiée (hypertension artérielle et/ou diabète), la durée du suivi à la PASS, etc. La pathologie était considérée comme stabilisée si les objectifs de tension et d'hémoglobine glyquée (HbA1c) cibles étaient atteints à la sortie. L'observance à la PASS

était considérée comme mauvaise si deux rendez-vous n'étaient pas honorés pendant le suivi ou si une mauvaise observance thérapeutique était notée dans le dossier. Les appels téléphoniques et les revues des dossiers ont été effectués au sein des locaux de la PASS au CHC. Un médiateur en santé était présent en cas de problème de communication ou de compréhension. Les entretiens ont été réalisés dans la langue choisie par le patient. Les entretiens ont été réalisés par échange écrit pour l'essentiel des patients arabophones. Les réponses aux questionnaires et les données personnelles ont été encodées anonymement sur l'outil numérique de collecte KoboToolBox[®]. Concernant les patients « non-répondeurs », les données socio-démographiques et médicales existantes dans les dossiers médicaux ont été recueillies.

VII. Analyse des données

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R[®]. Les données préalablement codées ont été analysées quantitativement et statistiquement. Les variables catégorielles ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages. Les variables continues ont été décrites en termes de moyennes et d'écart types ou de médianes et de quartiles. Une comparaison du groupe « répondeur » et « non-répondeur » a été effectuée.

Concernant le maintien des soins, le critère de jugement principal était la proportion de patients intégrant le système de droit commun, qui était défini par un recours aux consultations d'un médecin généraliste, un usage de la pharmacie de ville et la réalisation des examens complémentaires s'ils étaient demandés. Ainsi, trois catégories ont été créées : « intégration complète » correspondant au critère de jugement principal, « intégration partielle » correspondant à minima à un des trois points honoré (consultation en médecine générale, usage de la pharmacie, réalisation des examens complémentaires) et « pas d'intégration » ne correspondant à aucun critère positif. L'étude statistique a été répétée avec les patients sortis depuis plus de trois mois.

Concernant les données de compréhension du suivi de la pathologie chronique, un catégoriel « bonne compréhension » a été créé. Il est défini par le fait de déclarer « avoir besoin de voir un médecin généraliste », lier correctement ce besoin à la pathologie chronique et déclarer « avoir besoin de traitement tous les jours ».

Pour répondre aux objectifs secondaires, la relation entre l'intégration au système de droit commun et les facteurs d'exposition (caractéristiques socio-démographiques, médicales, de compréhension du suivi en santé) a été étudiée à l'aide d'une analyse univariée. Les patients avec une « intégration complète » au système de droit commun ont été comparés aux autres groupes à l'aide du test du Chi² ou du test de Fisher pour les variables catégorielles, et à l'aide du test de Student ou du test de Mann-Whitney-Wilcoxon pour les variables continues selon les conditions d'application. Les tests étaient considérés significatifs au seuil de 5 %. Cette

analyse a été répétée pour la variable « avoir trouvé un médecin généraliste » par rapport aux facteurs d'exposition.

RÉSULTATS

Entre le 9 janvier et le 17 février 2023, 133 patients ont été inclus (Figure 2). Le taux de participation au questionnaire était de 65% (n=88). Les médiateurs sont intervenus au cours de 11 entretiens.

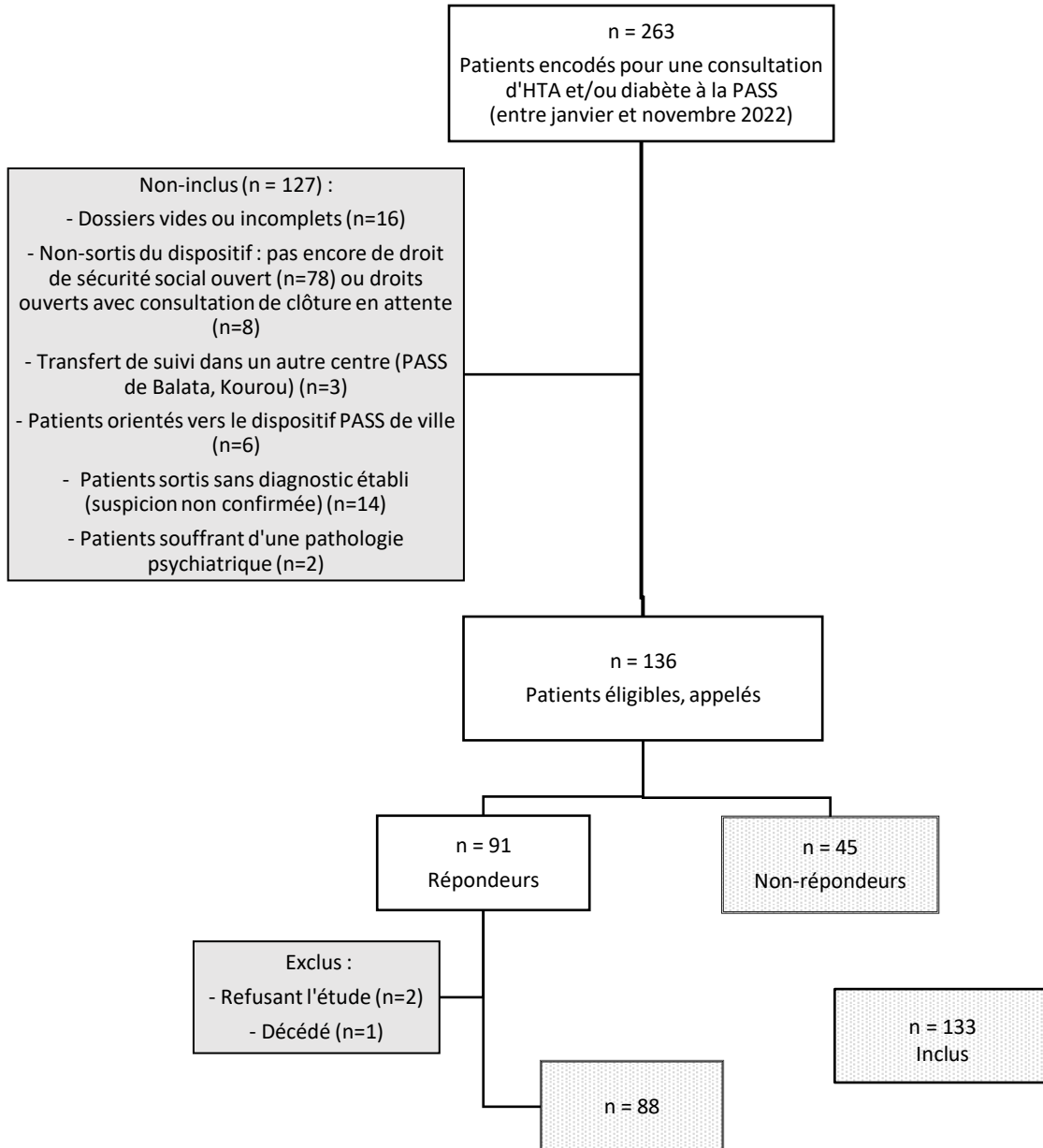


Figure 2 : Diagramme de flux

I. Caractéristiques socio-démographiques

La population d'étude était constituée majoritairement de femmes (58,6%), l'âge moyen était de 51 ans, avec des âges allant de 21 à 88 ans (Tableau 1). Tous les patients de l'échantillon étaient de nationalité étrangère. Les primo-arrivants, c'est-à-dire les patients présents sur le territoire depuis moins de 3 mois, représentaient 1/4 des patients. Un tableau avec les caractéristiques de la population des primo-arrivants (n=33) se trouve en annexe (Tableau 8).

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population (n=133)

	n	(%)	moyenne	écart type
<i>Age (année)</i>	133		50,7	12,5
<i>Sexe</i>				
Féminin	78	(58,6)		
Masculin	55	(41,4)		
<i>Nationalité</i>				
Haïti	87	(66,4)		
Syrie	15	(11,5)		
Brésil	12	(9,2)		
Guyana	6	(4,6)		
République Dominicaine	6	(4,6)		
Autre	4	(3,1)		
Suriname	1	(0,8)		
Donnée manquante	2			
<i>Langues parlées</i>				
Créole haïtien	74	(55,6)		
Français	55	(41,4)		
Espagnol	15	(11,3)		
Portugais	15	(11,3)		
Arabe	13	(9,8)		
Anglais	10	(7,5)		
Créole guyanais	3	(2,3)		
Nenge Tongo	1	(0,8)		
Néerlandais	1	(0,8)		
Autre	1	(0,8)		
Donnée manquante	14			
<i>Nombre de langues parlées</i>				
1	55	(46,2)		
2	59	(49,6)		
3	5	(4,2)		
<i>Francophone</i>				
Oui	55	(50)		
Non	55	(50)		
Donnée manquante	23			
<i>Situation familiale</i>				
Seul et enfants	41	(35,3)		
Conjoint et enfants	29	(25)		
Seul	28	(24,1)		
Conjoint sans enfant	18	(15,5)		
Donnée manquante	17			
<i>Statut administratif</i>				
Situation irrégulière	89	(66,9)		
Situation régulière	44	(33,1)		
Donnée manquante	0			
<i>Commune de résidence</i>				
Cayenne	110	(83,3)		
Matoury (Balata - Cogneau - Autre)	14	(10,6)		
Remire	5	(3,8)		
Roura	1	(0,8)		
Montsinery	1	(0,8)		
Autre	1	(0,8)		
Donnée manquante	1			

<i>Primo-arrivant</i>		
Oui	33	(25)
Non	99	(75)
Donnée manquante	1	
<i>Type de couverture sociale à la sortie</i>		
AME	89	(66,9)
Droits de base-CSS (Complémentaire de Santé Solidaire)	44	(33,1)
Droits de base	0	
<i>Antécédent de Droits ouverts</i>		
Oui	66	(52)
Non	61	(48)
Donnée manquante	6	
<i>Antécédent de suivi à la PASS</i>		
Oui	30	(23,3)
Non	99	(76,7)
Donnée manquante	4	
<i>Médecin généraliste connu avant la PASS</i>		
Oui	50	(39,7)
Non	76	(60,3)
Donnée manquante	7	

Les usagers de la PASS étaient pour 2/3 en situation irrégulière alors que les primo-arrivants étaient majoritairement (69,7%) en situation régulière. Tous les Syriens étaient en situation régulière, tout comme 2/3 des Dominicains et des Guyaniens, 25,3% des Haïtiens et 8,3% des Brésiliens.

La durée médiane de présence sur le territoire était de 2,1 ans (Q1 à 0,3 et Q3 à 6,1) quand ils arrivaient à la PASS. Un tiers des patients (33,1%) étaient en Guyane depuis plus de 5 ans, 15% depuis plus de 10 ans avec un maximum de 34,1 ans.

Un patient sur 2 était francophone. Plus de deux tiers (69,4%) des Haïtiens parlaient français contre seulement 16,7% des Brésiliens et 7,1% des Syriens. Parmi les 15 patients Syriens 8 parlaient soit espagnol, soit anglais, soit français.

Concernant la situation familiale, 60,3% des patients avaient des enfants dont 35,3% étaient en situation monoparentale, quand un quart vivait seul (majoritairement des hommes (67,9%), non primo-arrivants (64,3%)).

Les usagers de la PASS de Cayenne bénéficiaient pour 2/3 de l'AME à la sortie du dispositif. La moitié des patients avaient déjà eu des droits de sécurité sociale ouverts. Ainsi, 39,7% des patients avaient déjà un médecin généraliste identifié avant leur arrivée à la PASS. Cette part montait à 53,3% pour ceux présents sur le territoire depuis plus de 3 mois.

II. Caractéristiques médicales

Les caractéristiques médicales de la population globale sont détaillées dans le tableau suivant (Tableau 2).

Tableau 2 : Caractéristiques médicales (n=133)

	n	(%)	Médiane	Q1-Q3
<i>Type de maladie</i>				
Hypertension artérielle	77	(57,9)		
Diabète	32	(24,1)		
Hypertension artérielle et diabète	24	(18)		
<i>ALD chez les patients diabétiques à la sortie avec des droits de base (hors AME) (n=17)</i>				
Oui	6	(35,3)		
Non	11	(64,7)		
<i>Durée de la maladie (année)</i>			3,49	0,93-6,48
<i>Pathologies stabilisées à la sortie de la PASS</i>				
Oui	76	(57,6)		
Non	56	(42,4)		
Donnée manquante	1			
<i>Observance à la PASS</i>				
Bonne	103	(80,5)		
Mauvaise	25	(19,5)		
Donnée manquante	5			
<i>Durée du suivi à la PASS (mois)</i>			4,23	2,10-6,03
<i>Délai entre l'arrivée en Guyane et la 1^{ère} consultation à la PASS (mois)</i>			5,95	2,54-67,30

La majorité des patients (55,6%) arrivait en Guyane avec leur diagnostic connu. Un tiers des patients (n=44) avait été diagnostiqué depuis moins d'un an dont 26 patients durant leur suivi à la PASS. Alors que 52 patients (39,2%) étaient malades depuis plus de 3 ans, 30 patients (23,3%) l'étaient depuis plus de 5 ans.

La moitié des primo-arrivants mettaient plus de 44 jours après leur arrivée en Guyane pour se rendre à la PASS.

En outre, 22 patients (16,5%) ayant connaissance de leur pathologie et présents sur le territoire depuis plus de 5 ans, n'avaient jamais eu recours à la PASS avant 2022.

À la sortie de la PASS, 55,8% des hypertendus, 58,1% des diabétiques, 62,5% des hypertendus-diabétiques avaient leurs pathologies stabilisées. L'observance globale des patients était considérée comme bonne (80,5%).

Trente-sept patients (27,8%) étaient sortis sans courrier d'orientation vers un médecin généraliste.

La répartition de la durée du suivi est illustrée par la figure suivante (Figure 3).

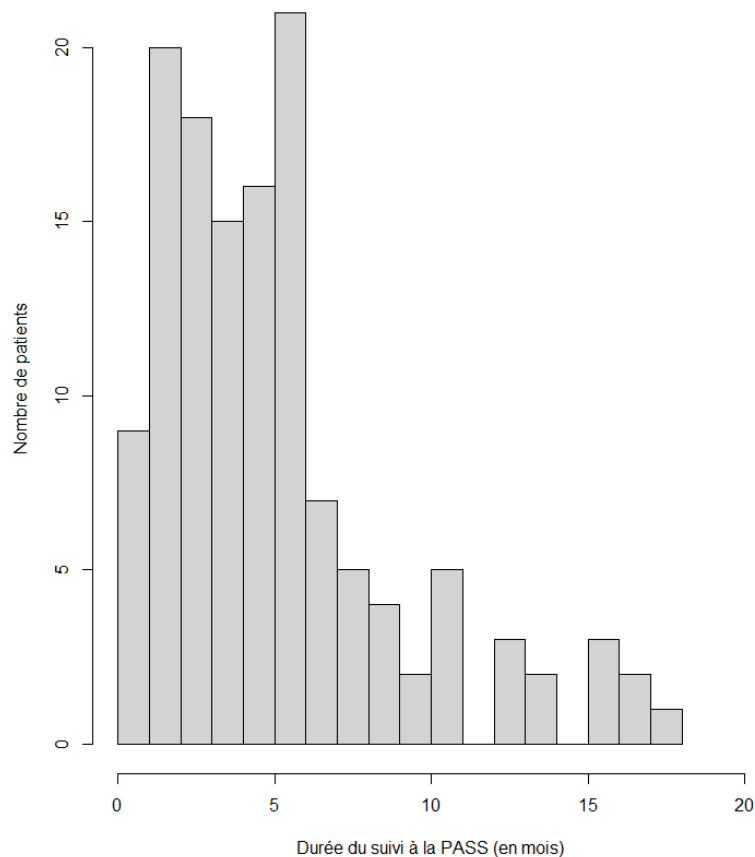


Figure 3 : Répartition de la durée de suivi à la PASS

III. Comparaison du groupe « répondeur » et « non-répondeur »

Soixante-cinq pour cent des patients étaient considérés comme répondeurs.

Tableau 3 : Comparaison du groupe « répondeur » au groupe « non-répondeur »

	« Répondeur » n = 88	« Non-répondeur » n = 45	p
Age (moyenne en année)	51,2	49,7	0,529
Sexe (% de femme)	53,4	68,9	0,086
Nationalité (non listée)			0,257
Francophone (%)	51,1	46,2	0,655
Primo-arrivant (%)	23,9	27,3	0,670
Situation familiale (% seul avec enfant)	29,4	51,6	0,027
Bénéficiaire de l'AME (%)	67	66,7	0,965
Antécédent de droits ouverts (%)	53,5	48,8	0,620
Médecin généraliste déjà connu	40	39	0,917
Type de maladie (% HTA + diabète)	25	4,4	0,012
Durée de la maladie (année)	4,32	1,75	0,034
Pathologie stabilisée (%)	61,4	50	0,213
Bonne observance (%)	82,6	76,2	0,394
Durée du suivi à la PASS (mois)	4,07	4,23	0,438
Délai arrivé Guyane/PASS (année)	3,04	1,10	0,141
Durée entre la sortie et l'appel (mois)	6,72	7,57	0,030

Après comparaison des groupes, la variable familiale, le type de maladie ainsi que la durée de cette maladie différaient entre les deux populations. Les patients monoparentaux ont moins

répondu au téléphone ($p=0,027$). Les polypathologiques (hypertendus-diabétiques) sont surreprésentés parmi les « répondeurs », de même que les patients ayant connaissance depuis longtemps de leur pathologie chronique.

IV. Résultats de l'entretien téléphonique

Tableau 4 : Résultats du questionnaire (n =88)

Partie 1 : usage du système de soin	n	(%)
<i>Avez-vous vu un médecin généraliste depuis la sortie de la PASS ?</i>		
Oui	69	(78,4)
Non	19	(21,6)
<i>Êtes-vous allé(e) à la pharmacie de ville chercher des médicaments ?</i>		
Oui	81	(92)
Non	7	(8)
<i>Le médecin vous a-t-il prescrit des examens au laboratoire, comme une prise de sang ?</i>		
Oui	45	(51,1)
Non	43	(48,9)
<i>Si oui, avez-vous fait les examens au laboratoire ?</i>		
Oui	39	(86,7)
Non	6	(13,3)
Partie 2 : compréhension du suivi de la pathologie chronique	n	(%)
<i>Avez-vous besoin de voir votre médecin généraliste régulièrement ?</i>		
Oui	77	(87,5)
Non	11	(12,5)
<i>Si oui, pour quel problème de santé ?</i>		
Pathologie chronique connue (total) :	61	(79,2)
(HTA)	(34)	
(Diabète)	(27)	
Autre	16	(20,8)
<i>Avez-vous besoin de prendre des médicaments tous les jours ?</i>		
Oui	83	(94,3)
Non	5	(5,7)

Parmi les 88 patients « répondeurs », 78,4% avaient vu un médecin généraliste depuis leur sortie de la PASS (Tableau 4). Cette part montait à 81% pour les patients sortis depuis plus de 3 mois. L'usage de la pharmacie de ville était acquis par la grande majorité (92%) des patients.

La figure suivante représente la répartition des patients répondeurs selon le critère de jugement principal (Figure 4). En somme, les patients hypertendus ou diabétiques pris en charge à la PASS de Cayenne avaient pour 7 patients sur 10 une « intégration complète » dans le système de droit commun. En outre, 1 patient sur 4 avait une « intégration incomplète » et 1 patient sur 20 ne l'avait pas intégré du tout. En regardant les patients sortis de la PASS

depuis plus de 3 mois, 72,2% avaient une « intégration complète » et seulement 3,8% n'avait pas encore eu recours au système de santé.

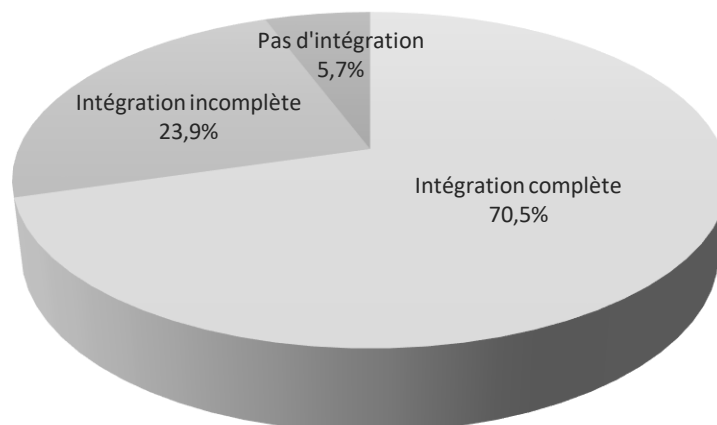


Figure 4 : Répartition des patients répondeurs (n=88) selon le critère de jugement principal

Intégration complète : recours à une consultation de médecine générale, usage de la pharmacie de ville et réalisation des examens complémentaires s'ils étaient demandés.

Intégration incomplète : à minima à un des trois points honorés (consultation en médecine générale, usage de la pharmacie, réalisation des examens complémentaires).

Pas d'intégration : aucun critère positif.

La Figure 5 compare un « suivi attendu à minima » pour des patients avec une pathologie chronique (qui serait de consulter trimestriellement un médecin généraliste) avec le nombre de consultations réalisées en médecine générale depuis la sortie de la PASS par la population de l'étude.

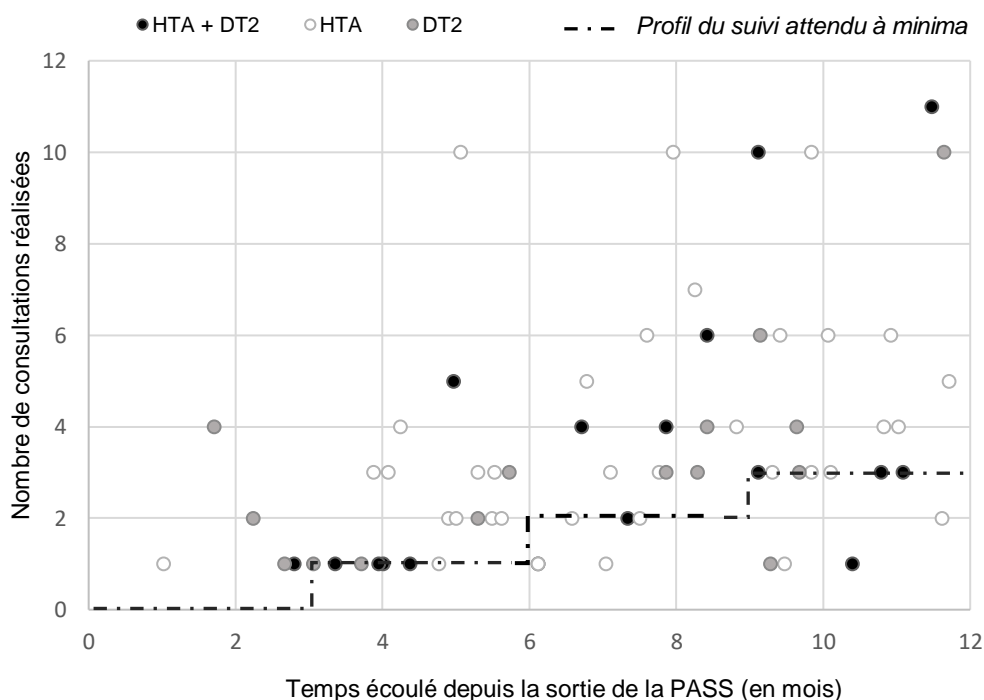


Figure 5 : Schéma du nombre de consultations effectuées par les patients en médecine générale en fonction du temps écoulé depuis leur sortie de la PASS

Ainsi, 6 patients (6,8%) consulteraient insuffisamment leur médecin généraliste. En revanche, la majorité des patients aurait un recours supérieur ou égal aux consultations de médecine générale par rapport au profil attendu.

D'après les dires des patients, la moitié d'entre eux avaient reçu une prescription pour des examens complémentaires et parmi eux 86,7% les avaient effectués. Notons que 31,4% des diabétiques sortis depuis déjà trois mois n'avaient pas eu de prescription d'examen complémentaire. Cette part tombe à 4 patients (18,2%) pour ceux dans le droit commun depuis 6 mois. Rappelons que 40% (n=22) des diabétiques sortaient non équilibrés.

Une « bonne compréhension » du suivi de la pathologie chronique était notable pour 68,2% (n=60) des patients. En effet, 87,5% (n=77) des patients déclaraient avoir besoin de voir régulièrement un médecin, plus de 79,2% (n=61) d'entre eux liaient cette nécessité à leur pathologie chronique connue. De plus, 94,3% avaient une « bonne compréhension » de la nécessité d'un traitement au long cours.

V. Caractérisation du maintien des soins

Afin de répondre aux objectifs secondaires, nous avons réalisé des comparaisons des groupes « intégration complète » dans le système de soin avec « intégration partielle » et « pas d'intégration », ainsi que des groupes « avoir consulté un médecin généraliste » et « ne pas avoir consulté de médecin généraliste » en fonction de toutes les variables explicatives recueillies (Tableau 5, Tableau 6).

Tableau 5 : Comparaison du groupe « intégration complète » dans le système de droit commun aux « autres patients » (intégration partielle et pas d'intégration) en fonction des variables socio-démographiques, médicales et de la compréhension de la maladie

	« Intégration complète » (n = 62)	« Autres patients » (n = 26)	p
Caractéristiques sociales			
Age (moyenne)	50,7	52,2	0,597
Sexe féminin (%)	54,8	50	0,856
Nationalité (non détaillée)			0,450
Francophone (%)	56,5	38,5	0,124
Nombre de langues parlées (%)			0,096
Monolingue	33,9	57,7	
Bilingue	61,3	42,3	
Trilingue	4,8	0	
Situation familiale (%)			0,286
• Seul	23,3	32	
• Conjoint	18,3	16	
• Seul et enfants	35	16	
• Conjoint et enfants	23,3	36	
Primo arrivant (%)	24,2	23,1	0,911
Délai d'arrivée à la PASS (année)	3,23	2,1	0,931
AME (%)	66,1	69,2	0,778
Être en ALD (%)	9,7	0	0,174
Statut administratif régulier (%)	33,9	30,8	0,778
Commune de résidence (non détaillée)			0,562
Caractéristiques médicales			
Antécédent de droits ouverts (%)	60	38,5	0,066
Médecin généraliste connu avant la PASS (%)	45,8	26,9	0,102
Antécédent de suivi à la PASS	27,4	16	0,260
Type de maladie			0,654
• Hypertendu	51,6	61,5	
• Diabétique	22,6	15,4	
• Hypertendu et diabétique	25,8	23,1	
Durée du suivi à la PASS (mois)	3,97	4,32	0,671
Durée de la maladie (années)	4,69	2,50	0,156
Avoir eu un courrier de sortie	77,4	73,1	0,871
Pathologie stabilisée à la sortie	58,1	69,2	0,326
Observance bonne à la PASS	83,6	80	0,930
Patient avec « bonne compréhension du suivi de la pathologie chronique »	67,7	69,2	0,891

Tableau 6 : Comparaison de la variable « avoir consulté un médecin généraliste » en fonction des variables socio-démographiques, médicales et de compréhension de la maladie

	Avoir consulté un MG n = 69	Ne pas avoir consulté de MG n = 19	p
Caractéristiques sociales			
Age (moyenne)	50,6	53,1	0,889
Sexe féminin (%)	56,5	42,1	0,265
Nationalité (non détaillée)			0,234
Francophone (%)	55,1	36,8	0,159
Monolingue (%)	36,2	57,9	0,089
Situation familiale (%)			0,054

• Seul	25,4	27,8	
• Conjoint	20,9	5,6	
• Seul et enfants	32,8	16,7	
• Conjoint et enfants	20,9	50	
Primo arrivant (%)	23,2	26,3	1
Délai d'arrivée à la PASS (année)	2,95	4,15	0,972
AME (%)	68,1	63,2	0,684
Être en ALD (%)	8,7	0	0,333
Statut administratif régulier (%)	31,9	36,8	0,684
Commune de résidence (non détaillée)			0,497
Caractéristiques médicales			
Antécédent de droits ouverts (%)	56,7	42,1	0,260
Médecin généraliste connu avant la PASS	42,4	31,6	0,395
Antécédent de suivi à la PASS	24,6	22,2	1
Type de maladie			0,337
• Hypertendu	50,7	68,4	
• Diabétique	23,2	10,5	
• Hypertendu et diabétique	26,1	21,1	
Durée du suivi à la PASS (mois)	3,97	4,87	0,194
Durée de la maladie (année)	4,66	2,43	0,297
Avoir eu un courrier de sortie	76,8	73,7	0,889
Pathologie stabilisée à la sortie	59,4	68,4	0,417
« Bonne observance » à la PASS	57	85,1	0,417
« Bonne compréhension du suivi de la pathologie chronique »	31,9	31,6	0,979

Aucune variable testée n'influçait significativement l'intégration au système de soin de droit commun ou le recours à un médecin généraliste. Cependant, certaines tendances étaient observables. Les patients francophones étaient plus représentés chez les patients ayant vu un médecin généraliste. Alors que, les patients monolingues étaient plus représentés chez les patients n'ayant pas trouvé de médecin généraliste. Concernant la situation familiale, les patients dans un foyer monoparental étaient deux fois plus nombreux en proportion dans le groupe « intégration complète ». En revanche, les patients avec conjoint et enfants sont moins présents dans le groupe ayant trouvé un médecin généraliste (78% d'hommes). En outre, les patients diabétiques sont plus représentés dans le groupe ayant consulté un médecin. Les patients avec un antécédent de droits ouverts étaient plus représentés dans le groupe « intégration complète ». Tout comme les patients avec une ALD déclarée puisqu'ils avaient tous une « intégration complète » au système de soin. De même, les patients avec une « intégration complète » étaient malades depuis plus longtemps.

VI. Autres caractéristiques

Dans un second temps, nous avons étudié des variables importantes (Tableau 7) pour la pratique à la PASS de Cayenne ou qui auraient pu influencer le maintien des soins.

Tableau 7 : Recherche d'association : présentation des résultats significatifs

	Nom du Test	p-valeur	OR [IC95%]
Durée du suivi à la PASS : - Statut « primo arrivant »	M-W-W	0.031	(médianes : 5,03 versus 3,97 mois)
Stabilisation de la pathologie à la sortie de la PASS - Observance « bonne » à la PASS - Statut « non primo-arrivant »	Chi2 Chi2	< 0,001 0.038	6.72 [2.45,18.38] 2.46 [1.04,5.82]
Bonne observance à la PASS : - Antécédent de suivi à la PASS	Chi2	0.033	0.35 [0.14,0.9]
Bonne compréhension du suivi de la pathologie chronique : - Francophonie - Être multilingue - Type de maladie (Diabète seul / HTA seule) (HTA-Diabète / HTA seule)	Chi2 Chi2 Chi2	0.014 0.035 0.017	3.17 [1.23,8.16] 2.67 [1.06,6.7] 6.22 [1.29,30.11] 2.64 [0.84,8.34]

Les variables en gras (socio-démographiques et médicales) ont été testées pour expliquer les 4 variables : durée du suivi à la PASS, stabilisation de la pathologie à la sortie de la PASS, observance à la PASS et compréhension du suivi de la pathologie chronique.

M-W-W : Mann-Whitney-Wilcoxon ; OR : odds ratio ; IC : intervalle de confiance

Parmi les résultats notables, les primo-arrivants étaient plus longtemps suivis à la PASS que les non primo-arrivants (médianes : 5,03 versus 3,97 mois).

Avoir une « bonne observance » à la PASS multipliait par 6,72 la chance d'avoir une pathologie stabilisée à la sortie par rapport aux non-observants. Les patients présents sur le territoire depuis plus de trois mois (non-primo-arrivants) avaient 2,46 fois plus de chance d'avoir leur pathologie stabilisée à la sortie de la PASS par rapport aux primo-arrivants.

De plus, il existait plus de non-observants chez ceux qui revenaient à la PASS ($p = 0.033$).

Le fait de maîtriser plus d'une langue ou d'être francophone multipliait respectivement par 2,67 ou 3,17 la chance d'avoir une « bonne compréhension » du suivi de la pathologie chronique. Seulement 56,2% des hypertendus avaient une « bonne compréhension » contre 88,9% des diabétiques et 77,3% des diabétiques-hypertendus. Les polyopathologiques avaient 2,64 fois plus de chance d'avoir une « bonne compréhension » par rapport aux hypertendus et les diabétiques avaient 6,22 fois plus de chance par rapport aux hypertendus. Nous avons créé un modèle de régression logistique multivarié. Selon ce dernier la chance d'avoir bien compris sa pathologie chronique était 6,29 fois plus élevée chez les diabétiques que chez les hypertendus toute chose égale par ailleurs (le modèle est ajusté sur la francophonie et le nombre de langues parlées) ($p=0,021$; IC95% [1.26,31.53]).

DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

Notre étude est un premier état des lieux quantitatif sur l'efficacité du système de la PASS de Cayenne. Elle s'inscrit complètement dans la volonté d' « évaluer les dispositifs existants », de « compréhension des déterminants sociaux en santé en Guyane », de « repérer les problématiques dans les PASS et [d']élaborer des campagnes de prévention et de prise en charge » énoncée dans le Projet Régional de Santé (PRS 2) de l'ARS [3].

Malgré l'absence de données recueillies auprès de la population des communes plus éloignées du centre-ville ou rurales, minimisant l'impact de la situation géographique sur l'accès aux soins pourtant décrit en Guyane, nous avons mis en évidence que la population étudiée avait toutes les caractéristiques d'une population dite précaire [6,27,28].

Par ailleurs, il existe un biais de sélection des répondants que l'on suppose plus attentifs à leur santé et plus accoutumés au système de soin par rapport aux non-répondants. En effet, les répondants étaient représentés par plus d'hypertendus-diabétiques ayant une connaissance plus ancienne de leur pathologie. De plus, dans la construction du questionnaire, ces patients polyopathologiques étaient doublement concernés par la prise de médicament ou la nécessité de consulter. Cependant, nous avons tout de même soulevé une distinction à faire entre la population hypertendue et celle diabétique qui ne sont pas égales quant à leur compréhension du suivi de leur pathologie chronique.

La petite taille de l'échantillon due notamment à la non-réponse de 35% des patients provoque un manque de puissance statistique, alors que seulement 2 refus sont dénombrés et peu de données sont manquantes. Cette forte proportion de non-répondants est révélatrice des comportements liés à la précarité (changements fréquents de numéro de téléphone par perte ou vol d'appareil, partage des téléphones, pas d'unités pour rappeler, craintes dues à la situation administrative irrégulière, etc.)

Conscient qu'il s'agissait d'une étude déclarative, nous avons tenté d'atténuer les biais en adoptant une attitude neutre lors des appels, en insistant sur notre volonté de suivi des patients et d'amélioration du parcours. De même, les problèmes liés à la compréhension ont été minimisés par l'intervention des médiateurs en santé en cas de besoin.

II. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

Nos résultats ont montré qu'un mois après leur sortie de la PASS, 29,5% des patients avaient une « intégration incomplète » ou pas d'intégration dans le système de droit commun. Nos résultats confirment que des phénomènes de non-recours sont encore présents malgré l'ouverture des droits. Cependant, nous n'avons pas mis en évidence de déterminants socio-

démographiques, médicaux ou de compréhension en santé significativement associés au maintien en soin réussi après l'ouverture des droits.

Une population PASS très précaire et des difficultés d'accès aux droits

Le public étudié est représentatif du public de la PASS de Cayenne (hormis l'âge) [29]. Il correspond bien à une population précaire mais diffère des usagers des PASS hexagonales. Notre population est majoritairement féminine, à 50% francophone, entièrement étrangère, en majorité en situation irrégulière, ce qui diffère des usagers des PASS hexagonales composés majoritairement d'hommes, francophones, avec une proportion moindre d'étrangers et de primo-arrivants [25,30,31]. La population étudiée est plus âgée que la population globale de la PASS de Cayenne et des PASS hexagonales en général. De même, nos résultats de durée moyenne de prise en charge (4,2 mois contre 2,3-3,7 mois) sont plus importants [31,32]. Cela s'explique par le ciblage des pathologies chroniques dans notre étude.

On remarque que notre population est particulièrement précaire par rapport aux PASS hexagonales avec des situations administratives défavorables (66,9 % de patients avec une situation administrative irrégulière à Cayenne contre 42,2% à Paris [25], 46% à Lyon [31]), donnant accès majoritairement à l'AME, précaire elle aussi. Ces différences avec l'hexagone ne semblent pas être imputables à la population primo-arrivante (25% de notre effectif contre 7,5% à Paris). En effet, celle-ci était en fait très largement en situation régulière car constituée de demandeurs d'asile. *A contrario*, la population étrangère présente sur le territoire guyanais depuis longtemps restait en situation de grande précarité, en lien avec ses difficultés d'accès à la régularisation.

Le maintien dans la précarité est illustré par le fait que 15% des patients inclus étaient sur le territoire depuis plus de 10 ans, 23,3% était malades depuis plus de 5 ans mais continuaient à venir à la PASS. Le problème de « nombreux retours de patients vers les PASS » déjà rapporté par une étude réalisée dans plus de 200 PASS françaises [33] se posait pour un quart des consultants à Cayenne.

La moitié des patients consultait à la PASS à la suite d'une rupture de droits dénotant un problème dans le renouvellement de l'ouverture de leur droits par eux-mêmes. Alors même qu'un patient sur quatre comme dit précédemment, avait déjà eu recours au dispositif spécifique de la PASS de Cayenne. Une part importante de l'effectif n'était donc pas devenue autonome pour son renouvellement de sécurité sociale après un premier passage à la PASS. Bien qu'on ait montré que les patients qui reviennent à la PASS correspondaient aux moins observants, une autre cause de cet échec reste la complexification ou les changements de procédures par les institutions.

Si la moitié des patients avait déjà un médecin connu avant la PASS, ce qui est comparable aux PASS parisiennes, en revanche le type de couverture sociale différait [25]. En effet, deux

tiers des usagers sortant de la PASS de Cayenne avaient une AME contre seulement 30% pour les patients sortis de la PASS de Créteil et 50% à Lyon [31,32]. Or on sait que l'AME n'est valide que 12 mois et induit plus de rupture de soin.

Finalement, on constate qu'une grande partie de la population précaire n'est pas autonome dans le système de santé malgré des points d'accroches. Les problèmes d'ouverture ou de renouvellement des droits de sécurité sociale restent un frein majeur au maintien en soin et oblige le recours itératif au dispositif spécifique de la PASS.

Des résultats encourageants : un accès satisfaisant au système de soin libéral

Malgré les caractéristiques de la population précaire, nos résultats montrent que 81% des patients sortis depuis plus de 3 mois ont vu un médecin généraliste, ce qui est supérieur aux chiffres de la littérature ne ciblant pas les hypertendus et diabétiques (plus à même de consulter). À Créteil en 2018, 78% des patients déclaraient avoir consulté un médecin généraliste 3 mois après leur sortie de la PASS [32]. Une autre étude menée à la PASS de Saint Etienne depuis les données de la CPAM rapporte que 64% des patients sortis depuis 6 mois de la PASS avaient consulté au moins une fois en médecine générale [34].

Notre étude confirme une sous-utilisation des examens complémentaires notamment pour les patients diabétiques, imputable essentiellement à une sous prescription en libéral en Guyane déjà décrite dans la littérature [35].

Mais une compréhension du suivi moindre

Par ailleurs, les patients de la PASS de Cayenne restent fragiles à la sortie du dispositif. Malgré une bonne observance relevée (hormis les patients avec un antécédent de PASS), on constate que seulement 68,2% ont compris le suivi de la pathologie chronique. De plus, 42,4% des pathologies des patients n'étaient pas stabilisées à la sortie (surtout les primo-arrivants et les non-observants), bien que notre chiffre d'hypertendus traités ayant une pression artérielle contrôlée soit supérieur au chiffre de la littérature (55,8% versus 39,8%) [17].

Notre étude confirme un problème de compréhension de la part des usagers des PASS en Guyane déjà décrit et soulève des questions de littéracie en santé. La perception est différente en fonction de la maladie avec des difficultés retrouvées surtout pour les patients hypertendus.

L'importance de l'accompagnement

À Cayenne le « choix » de remettre les patients dans le système dès l'ouverture de leur droit (contrairement à beaucoup d'autres PASS [33]) ne semble pas induire de plus mauvais chiffres d'intégration dans le droit commun. Nous supposons que c'est grâce à l'accompagnement

déjà mis en place à Cayenne par une équipe de médiateurs en santé et une consultation médicale de clôture. Cela confirme le rôle clé des médiateurs en santé dans l'orientation réussie en libéral [33].

Face à ces résultats encourageants, nous notons l'intérêt de systématiser encore plus les pratiques à Cayenne. On remarque que 27,8% des patients sont sortis sans courrier d'orientation. Or la littérature rapporte son importance dans l'orientation réussie [32]. Bien souvent, les patients ont été mis au courant de l'ouverture des droits de sécurité sociale et ont basculé seul vers le système de droit commun, sans bénéficier de la (ré)explication du système de soin. Un autre point soulevé est que l'ALD pour les patients diabétiques reste insuffisamment demandée alors qu'elle facilite une continuité des soins (seulement 1/3 des patients pouvant y prétendre sortaient de la PASS avec un protocole de soin). Rappelons que l'admission en ALD d'une validité de 5 ans n'est possible que pour des patients bénéficiant des droits de bases à l'assurance maladie (ne concerne pas l'AME). Les droits de base peuvent être interrompus à la suite des rejets de demande d'asile. Outre ces deux points d'amélioration simples de l'exercice actuel (courrier et demande d'ALD), de nouvelles pratiques sont à envisager à la PASS de Cayenne.

III. Perspectives et innovations

Les points forts de Cayenne sont le couplage systématique des consultations médicales et sociales au cours du suivi et une équipe de médiateurs en santé très présente. En imitant des structures existantes, les modifications des pratiques envisagées à Cayenne pourraient être l'ajout d'une procédure formalisée de suivi, comme 35% des PASS françaises [33]. Elle comprendrait un repérage précoce des profils à risque d'échec, un entretien de fin de suivi systématique et plus complet avec un volet médical et un volet social, ainsi que la création d'ateliers d'éducation à la santé auxquels participeraient les patients durant leur suivi.

Premièrement, une évaluation socio-démographique et médicale à l'entrée de la PASS est déjà systématiquement réalisée. Grâce à cette étude, cette évaluation initiale pourrait permettre de repérer les patients les plus à risque d'échec de maintien des soins dans le droit commun (Tableau 9). Ce ciblage permettrait de proposer un accompagnement individuel et/ou en petit groupe plus adéquat. En intégrant les tendances retrouvées dans notre étude et les facteurs significatifs décrits dans la littérature française, les facteurs prédictifs positifs d'un maintien des soins réussi pourraient être : être multilingue ou francophone (Créteil 2018 [32]), avoir déjà eu des droits ouverts (l'identification d'un médecin généraliste déjà connu multipliait par 3 le retour au droit commun, Chambéry 2011 [30]), avoir une ALD déclarée, connaître son diagnostic depuis longtemps. Dans la littérature, avoir un entourage (enfants, conjoint) est reconnu comme facteur prédictif positif d'un recours plus important au système de soin. Or

dans notre étude, les patients avec conjoint et enfants tendaient à moins consulter, ce qui pourrait être expliqué par le profil quasi exclusif de père de famille, les hommes étant plus intégrés au marché du travail (formel ou informel) en Guyane que les femmes donc moins à même de consulter.

Finalement, s'il fallait définir un profil type d'échec de maintien des soins pour un patient sortant du dispositif PASS de Cayenne, ce serait un patient non-francophone, qui ne maîtrise qu'une seule langue, avec une découverte récente de sa maladie et n'ayant jamais été intégré dans le système de droit commun. Une attention particulière pourrait être portée à sa compréhension du suivi à venir s'il est hypertendu.

Il y a un intérêt à affiner encore plus l'accompagnement des plus fragiles parmi les précaires. L'étude PASSReL (qualitative) en cours au CHOG permettra d'expliquer plus finement les logiques complexes qui sous-tendent les difficultés d'accès aux soins après la PASS. Il serait intéressant de la reproduire sur la population cayennaise afin d'explorer les critères extérieurs au patient (transport, etc).

Deuxièmement, un « entretien de fin de suivi » systématique aurait pour but de vérifier que les informations ont bien été délivrées et comprises, via une grille de compréhension comprenant un volet médical et un volet social (Tableau 9) (compréhension de base de la maladie, plan de soin, système de soin). Elle serait remplie lors d'un temps dédié spécifiquement à l'explication de la suite. Prendre ce temps d'explication était explicitement demandé par les patients et les professionnels interrogés à la PASS de Lyon [31]. De plus, comme dans 22% des PASS [33], il serait nécessaire de construire un annuaire des professionnels libéraux prenant en compte le lieu de résidence des patients et les langues parlées par le praticien. Le patient pourrait préalablement choisir un praticien, le relais nominatif semblant primordial.

Troisièmement, face au constat mitigé concernant la compréhension en santé, nous pensons que la création d'ateliers d'éducation « comprendre sa maladie », « explication du système de soin » et « comprendre les démarches sociales » serait nécessaire durant le suivi à la PASS. Notre étude rejoint celles des Docteurs KIEFFER et BEKOLO qui montraient que la population de la PASS avait des lacunes de compréhension des pathologies chroniques et aspirait à plus d'explication du système de soin. Cette solution d'ETP déjà avancée dans ces travaux de l'Ouest Guyanais, permettrait aux personnes de gagner en liberté, en autonomie et en dignité [22,36].

Comprendre sa maladie : Avec le public allophone de la PASS de Cayenne, il semble indispensable de faire cette promotion de la santé via des ateliers collectifs animés par les acteurs de la PASS toujours en binôme : soignants (IDE, médecin, diététicien) ou travailleurs sociaux et un médiateur en santé. La médiation en santé est au cœur du succès de la

compréhension (croyance en santé, histoire personnelle, etc.). Différents ateliers sont envisageables par thème : HTA, diabète, obésité, sédentarité, dans des locaux adaptés. Cela nécessiterait la formation des acteurs actuels de l'équipe de la PASS à la réalisation d'atelier d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) et de créer du temps de travail dédié. Ces projets viendraient s'ajouter à l'activité curative de la PASS. Le projet de formation d'une Infirmière en Pratique Avancé (IPA) spécialisée en maladie chronique est en cours. Le renfort récent de l'équipe par une diététicienne devrait permettre des ateliers en binôme avec un médiateur en santé. Au vu de l'importance des règles hygiéno-diététiques dans la prise en charge des pathologies chroniques, l'intérêt ici est d'accompagner les patients vers un régime adapté à leur pathologie, leurs habitudes culturelles et leurs ressources.

Comprendre le système de soin : Le parcours de soin étant mal connu des populations précaires, cette méconnaissance des structures et des droits explique un grand nombre de non-recours. Il y a plus de vingt ans, Médecins du Monde réclamait déjà « de l'État qu'il mène une campagne d'information ciblée, adaptée et multilingue vers les populations précaires sur leurs droits et l'utilisation du système de santé » [31]. Ce manque d'information est explicitement décrié par les patients de la PASS de l'Ouest guyanais dans une enquête de satisfaction récente [36]. Des schémas du système de soin (urgences, SAMU, médecine générale, spécialistes, paramédicaux, CRF, PMI, planning familial, etc.) pourraient être affichés dans la salle d'attente de la PASS. La création d'ateliers pour expliquer le système de santé français semble urgent à mettre en place à la PASS de Cayenne par un professionnel de santé et un travailleur social. En Guyane, pour pallier cela, des initiatives comme celle du Comede ont émergées. Ils ont créé un outil sous forme d'atelier « Qui paye les soins & Où et comment se soigner à Cayenne et en Guyane ? » animé par des médiateurs en santé et des professionnels de santé. Tout comme les vidéos libres d'accès du réseau Kikiwi (sur les IST) ou celles du réseau Guyane Promo Santé (sur le COVID, le diabète), des vidéos pourraient être déclinées sur les maladies chroniques et sur le système de soin. Elles pourraient être accessibles via un QR code dans la salle d'attente de la PASS par exemple.

Compréhension des démarches sociales : Des ateliers « renouvellement des droits » apparaissent également comme vitaux pour apprendre à constituer un dossier de demande de sécurité sociale, animés par les assistantes sociales et les médiateurs en santé. Cette anticipation des futures ruptures de soin permettrait de prévenir les nombreux retours à la PASS en apprenant où déposer le dossier et vers qui se tourner hors hôpital (CCAS, AS de secteur).

Les PASS sont confrontées à un défi quotidien de prise en charge d'un public toujours plus nombreux, d'information et d'explication des maladies chroniques et du système de soin français afin que les patients s'en saisissent au mieux et ainsi permettre une diminution des

inégalités dans le soin. Cet accompagnement nécessite de s'appuyer sur les réseaux de proximité associatifs existants, comme la DAAC pour l'accompagnement social, la CRF, MDM, le Comede, qui serviront de point de repère hors hôpital. Ce devoir de solidarité envers les plus précaires est impossible à assurer seul par les médecins libéraux. La veille territoriale en place en Guyane vise à proposer des réunions des acteurs de la précarité pour se rencontrer, décroiser, proposer des parcours.

Les PASS n'ont pas vocation à être des filières spécifiques mais bien des tremplins vers le système de soin. Le but ultime étant l'autonomisation du patient en lui apportant les outils pour naviguer dans le droit commun. En prenant en compte le parcours des populations précaires, cette autonomisation est progressive et demande de déployer des moyens adéquats. Ceci se confronte au budget alloué et au personnel disponible qui ne permet pas de couvrir les besoins d'accompagnement soulevés dans cette étude, quand bien même cela éviterait un retour d'un quart des patients à la PASS. Pourtant, la volonté de l'ARS d'améliorer les parcours de santé des populations précaires est affichée comme une priorité [37] : « renforcer les trois PASS hospitalières », « inscrire l'éducation thérapeutique des patients dans une logique de proximité », « accompagner les professionnels dans la mise en place de programmes au plus près des patients dans les zones déficitaires en offre ». À l'avenir, la Guyane devra faire face au vieillissement rapide et conséquent de sa population. Elle va devoir accentuer la prévention globale des pathologies cardio-neurovasculaires et métaboliques qui précipitent la dépendance des personnes âgées [38]. Ainsi, elle a tout intérêt à faciliter le maintien des soins de la population précaire pour prévenir la charge sociale et médicale à venir sur la société guyanaise.

CONCLUSION

Cette première évaluation du dispositif PASS du Centre Hospitalier de Cayenne met en évidence un public pris en charge particulièrement précaire et restant fragile à la sortie du dispositif. La PASS remplit bien son rôle de système temporaire de bascule vers le droit commun. Le maintien des soins avec l'intégration au système de droit commun est réussi pour 70,5% des patients hypertendus et/ou diabétiques sortant de la PASS, notamment grâce à la présence de médiateurs en santé et d'une consultation médicale de fin de suivi.

Il n'en reste pas moins que notre étude confirme un manque de connaissance globale en santé du public précaire, frein indéniable à la prise en main de sa santé et au maintien des soins réussis.

Au niveau de la PASS de Cayenne, nous proposons de développer des outils pour l'autonomisation et faciliter la transition vers le droit commun. Finalement, ces propositions pourraient permettre d'améliorer rapidement les indicateurs de santé en facilitant le maintien des soins. Cela éviterait les retours à la PASS et sur le long terme diminuerait les facteurs de risque de surmortalité. Ces objectifs ne sont atteignables qu'avec l'appui concret des institutions (recrutement, formation) et la collaboration de tous les acteurs de la précarité. L'impact de la mise en place de ces solutions nouvelles pourrait constituer un sujet d'étude pertinent.

BIBLIOGRAPHIE

1. Desenclos JC, Arwidson P. Inégalités sociales et territoriales de santé : des connaissances et des faits probants pour l'action ! Bull. Epidemiol. Hebd. 2016;274-5.
2. World Health Organization, World Bank. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2017 [en ligne] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259817>
3. Projet Régional de Santé (PRS) Guyane 2018-2028; 2018 [en ligne] <https://www.guyane.ars.sante.fr/media/92574/download?inline>
4. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2023 | Insee [en ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
5. L'essentiel sur... la Guyane | Insee; 2022 [en ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4313999#consulter>
6. Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Le score Epices: un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bull Epidemiol Hebd 2006;14:93-6.
7. Basurko C, Alcouffe L, Vignier N, Kpossou K, Proquot M, Huber F. Impact de la pandémie COVID-19 sur la précarité alimentaire en Guyane. Maux D'Exil Lett. Comede 2022;8.
8. Basurko C, Benazzouz B, Boceno C, Dupart O, Souchard E, Trepont A, et al. Hunger during the COVID-19 crisis in Cayenne (French Guiana) and its surroundings. Bull. Epidemiol. Hebd. 2020;582-8.
9. Lennep FV. Rapport annuel de la Complémentaire Santé Solidaire. Direction de la sécurité sociale; 2022.
10. Maitrel R, Elfort Y. Séminaire Accès aux droits et aux soins en Guyane. 2023;
11. Piantoni F. Trente ans d'immigration en Guyane. Un processus d'intégration sociale et économique sous contrainte. Après-Demain 2016;N ° 39, NF:27-31.
12. Population immigrée selon le sexe et l'âge en 2019 | Insee [en ligne] https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012700#tableau-TCRD_013_tab1_departements
13. Jolivet A, Cadot E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. Migrant health in French Guiana: are undocumented immigrants more vulnerable? BMC Public Health 2012;12:53-53.
14. Wicky-Thisse M. Causes de renoncements et de non-recours aux soins primaires des personnes en situation de précarité; 2017 [en ligne] <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02072157>
15. Samuel A, Vianney C. Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie | Direction de la recherche, des

études, de l'évaluation et des statistiques. DREES; 2022 [en ligne] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/les-maladies-chroniques-touchent-plus-souvent>

16. Nacher M. Santé globale et Guyane : étude descriptive et comparative de quelques grands indicateurs / global health and french guiana: a descriptive and comparative study of some major indicators. 2019;10.
17. Fourcade N, Von Lennep F, Grémy I, Bourdillon F. L'état de santé de la population en France [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2017 [en ligne] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
18. Mandereau-Bruno L, Denis P, Fagot-Campagna A, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012/Prevalence of people pharmacologically treated for diabetes and territorial variations in France in 2012. Bull Epidemiol Hebd 2014;30:493-9.
19. Rochemont D, Mimeau E, Misslin-Tritsch C, Franck YK, Delmas E, de Toffol B, et al. Pathologies neuro- et cardiovasculaires en Guyane : particularités épidémiologiques et pistes d'amélioration. Bull. Épidémiologique Hebd. 2020;714-22.
20. Van Melle A, Cropet C, Parriault MC, Adriouch L, Lamaison H, Sasson F, et al. Renouncing care in French Guiana: the national health barometer survey. BMC Health Serv. Res. 2019;19:99.
21. Legendre B. Le renoncement aux soins : un phénomène aux ressorts économiques mais aussi sociaux. Rev. Fr. Aff. Soc. 2021;179-204.
22. Kieffer M. Accès aux soins dans l'Ouest Guyanais : étude des causes de rupture thérapeutique chez les patients précaires atteints de maladie chronique. 2022
23. Gardel DC, Yvin P, Blemont P. Renforcement de l'offre de soins en Guyane.
24. LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. 1998.
25. Kaoutar B, Gatin B, de Champs-Leger H, Vasseur V, Aparicio C, de Gennes C, et al. Analyse du profil socio-démographique et médical des patients de 5 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) parisiennes. Rev. Médecine Interne 2014;35:709-14.
26. CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) [en ligne] <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>
27. Loisy C. Pauvreté, précarité, exclusion. Définitions et concepts. Paris: La Documentation française; 2000.
28. L'accès aux soins à l'épreuve des grands espaces guyanais : l'absence d'offre de soins s'accompagne de précarité. Insee; 2017.

29. Boceno C. Rapport d'activité médicale 2022. Cayenne: Permanence d'Accès aux Soins de Santé; 2022.
30. Collin T. Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry : évaluation du retour au droit commun; 2011[en ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620694>
31. Pailhes S. De la PASS au système de santé de droit commun; 2008 [en ligne] https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2012/01/These_de_la_pass_au_syst%C3%A8me_de_sant%C3%A9_de_droit_commun.pdf
32. Viciana M. Devenir des patients consultant à la PASS de l'Hôpital Henri MONDOR; 2018 [en ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02304238>
33. Khouani J. État des lieux des pratiques d'orientation des patients vers le système de santé de droit commun, à la suite d'une prise en charge en Permanence d'Accès aux Soins de Santé. Bull. Epidémiologique Hebd. 2022;12.
34. Rivollier E, Bourgin V. PASS et réintégration dans le système de soins de droit commun. Etude menée à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du Centre Hospitalier Universitaire de Saint Etienne en collaboration avec la Caisse Primaire Assurance Maladie. 2005 [en ligne] <https://docplayer.fr/13280097-Pass-et-reintegration-dans-le-systeme-de-soins-de-droit-commun.html>
35. Romon I, Weill A, Cheungkin R, Bravo A, Simon D, Poutignat N, et al. P11 Prise en charge du diabète traité dans les départements français d'outre-mer, données de l'étude Entred-DOM 2007. Diabetes Metab. 2010;36:A42.
36. Bekolo E. Enquête de satisfaction auprès des usagers de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé et des Equipes Mobiles d'Accompagnement et de Soins du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais. 2023
37. Santana Lima G, Wiedner Papin S. L'accès aux soins en Guyane : entre innovation et renforcement de dispositifs au bénéfice des plus précaires. Maux D'Exil Lett. Comede 2022;8.
38. Clarke L, Castor-Newton MJ, Angénieux O, Lapeyre-Mestre M, Gardette V. La population âgée en Guyane : état des lieux et enjeux pour le système de santé. Santé Publique 2022;34:695-707.

ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien dirigé (questionnaire téléphonique)

- 1) *Avez-vous vu un médecin généraliste depuis la sortie de la PASS ?*
Oui (nombre de fois vu ...)
Non
- 2) *Êtes-vous allé(e) à la pharmacie de ville chercher des médicaments ?*
Oui
Non
- 3) *Le médecin vous a-t-il prescrit des examens au laboratoire, comme une prise de sang ?*
Oui
Non
Si oui, avez-vous fait les examens au laboratoire ?
Oui
Non
- 4) *Avez-vous besoin de voir votre médecin généraliste régulièrement ?*
Oui
Non
Si oui, pour quel problème de santé ?
Pathologie chronique connue : HTA, Diabète
Autre
- 5) *Avez-vous besoin de prendre des médicaments tous les jours ?*
Oui
Non

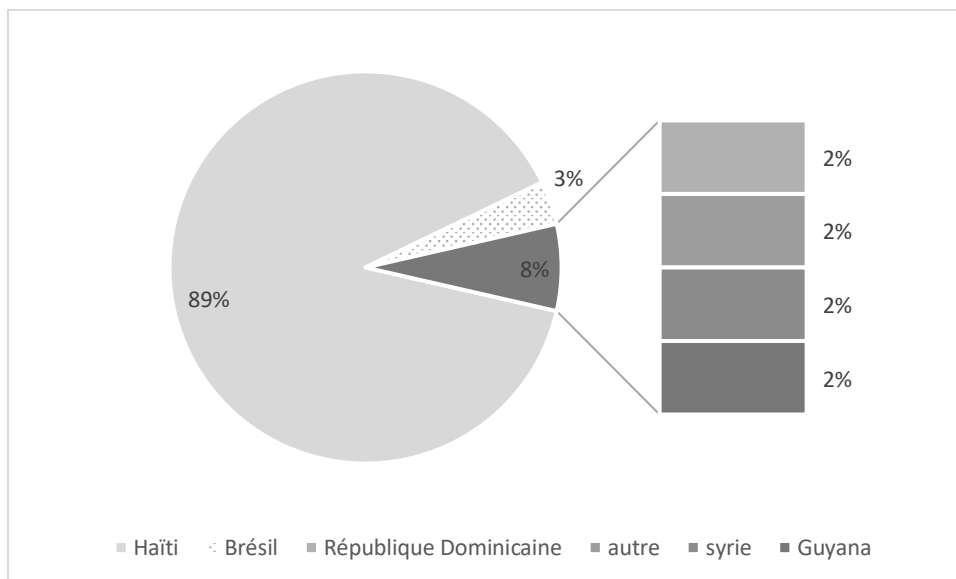


Figure 6 : Répartition des nationalités chez les Francophones (Annexe)

Tableau 8 : Caractéristiques de la population des primo-arrivants (n=33) (Annexe)

	n	(%)	Moyenne - Médiane	Écart type - Q1-Q3
<i>Age moyen (année)</i>			49,4	10,2
<i>Sexe</i>				
Féminin	15	(45,5)		
Masculin	18	(54,5)		
<i>Nationalité</i>				
Haïti	14	(42,4)		
Syrie	12	(36,4)		
Autre	3	(9,1)		
République Dominicaine	2	(6,1)		
Guyana	1	(3)		
Surinam	1	(3)		
<i>Francophone</i>				
Oui	11	(37,9)		
Non	18	(62,1)		
<i>Nombre de langues parlées</i>				
1	17	(51,5)		
2	13	(39,4)		
3	3	(9,1)		
<i>Situation familiale</i>				
Seul	10	(32,3)		
Conjoint et enfant(s)	9	(29)		
Seul et enfant(s)	8	(25,8)		
Conjoint	4	(12,9)		
Donnée manquante	2			
<i>Statut administratif</i>				
Situation régulière	23	(69,7)		
Situation irrégulière	10	(30,3)		
<i>Délai médian entre l'arrivée en Guyane et la consultation à la PASS (jours)</i>			44	25-77
<i>Durée médian du suivi PASS (mois)</i>			5,03	3,7-8

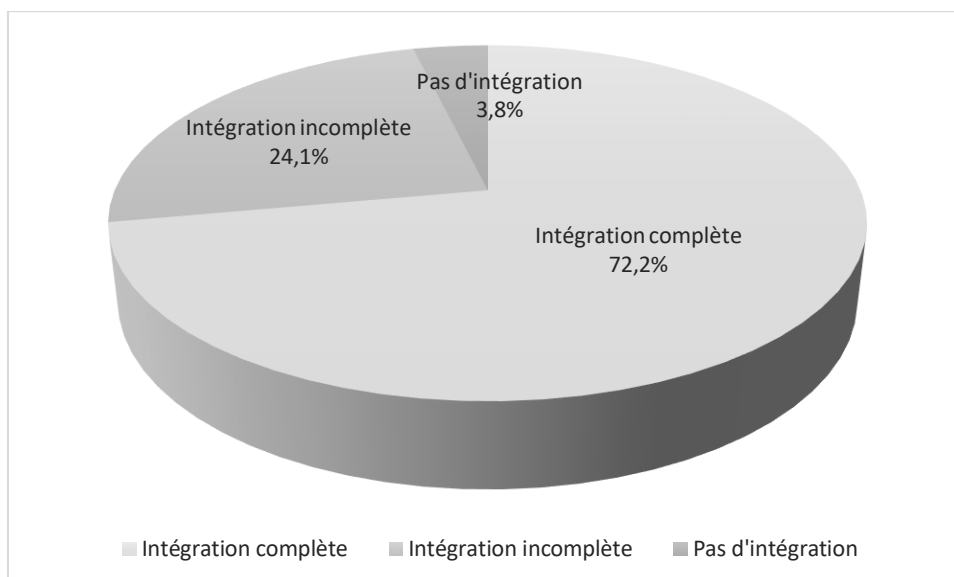


Figure 7 : Répartition des patients sortis depuis plus de 3 mois (n=79) selon le critère de jugement principal (Annexe)

Tableau 9 : Exemple de grille d'entretien de fin de suivi à la PASS : médical et social (Annexe)

FEU VERT : médecin déjà connu avant la PASS, francophone, multilingue, polypathologique	
FEU ORANGE : non-francophone, monolingue, 1 ^{ere} fois dans le droit commun, pathologie récente	
Volet social de fin de suivi :	Fait par
<input type="checkbox"/> Type de sécurité sociale à jour :	
<input type="checkbox"/> Attestation de droit en sa possession, sait où la trouver :	
<input type="checkbox"/> Date de fin de droit :	
<input type="checkbox"/> Autonome pour le renouvellement	
<input type="checkbox"/> Connaissances des structures d'accompagnement extrahospitalières :	
<input type="checkbox"/> Aidant présent :	
<input type="checkbox"/> Compréhension du système de soin : Médecin traitant, spécialiste, urgences, Numéro du Samu, pharmacie, laboratoire, etc.	
<input type="checkbox"/> Choix d'un médecin libéral (langue, quartier) :	
Volet médical de fin de suivi :	Fait par
<input type="checkbox"/> Courrier de sortie nominatif	
<input type="checkbox"/> Connaissance de la pathologie (physiologie, complications)	
<input type="checkbox"/> Connaissance du suivi à mettre en place	
<input type="checkbox"/> Connaissance du traitement (molécules, schémas de prise)	
<input type="checkbox"/> RHD acquises	

1. INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Raison sociale : CH de Cayenne
(ou nom s'il ne s'agit pas d'une personne morale)
Adresse : Avenue des Flamboyants
Ville : CAYENNE
Pays : France
Nom du contact : Madame Aniza FAHRASMANE
Téléphone : 0594395335

Catégorie : Institutionnel

Code postal : 97306

Siret : 269 733 028 00022

Mail : aniza.fahrasmane@chcayenne.fr

Fax : 0594395002

2. INFORMATIONS SUR LE DOSSIER

Titre complet de la recherche

Devenir des patients de la PASS de Cayenne atteints d'une pathologie chronique (HTA - diabète) dans le Système de Droit commun

Numéro ID RCB : 2022-A02346-37

Type RCB : Autres recherches biomédicales

Type de dossier : Dossier initial

Référence interne du demandeur : 2022_058

Déclaration de conformité à la CNIL :



Référence CNIL :

2224668 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-003

reçue le 21 décembre 2021

Monsieur JEAN-MICHEL VALIER
CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE
DEPARTEMENT DE RECHERCHE
INNOVATION SANTE PUBLIQUE
3 RUE DES FLAMBOYANTS, BP 6006
97306 CAYENNE

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE	N° SIREN/SIRET : 269733028 00022
Service : DEPARTEMENT DE RECHERCHE INNOVATION SANTE PUBLIQUE	Code NAF ou APE : 8610Z
Adresse : 3 RUE DES FLAMBOYANTS, BP 6006	Tél. : 0594397363
CP : 97306	Fax. : 0594394872
Ville : CAYENNE	

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 22 décembre 2021

—RÉPUBLIQUE FRANÇAISE—

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>



Dossier N° : 11115136
Démarche : Essais cliniques RIPH2 et RIPH3
Organisme : Direction des dispositifs médicaux, des cosmétiques et des dispositifs de diagnostic in vitro

Ce dossier est **accepté**.

Historique

Déposé le : mercredi 11 janvier 2023 13h28
En instruction le : mercredi 11 janvier 2023 13h28
Décision le : mercredi 11 janvier 2023 13h28

Identité du demandeur

Email : reglementaire.recherche@ch-cayenne.fr
Civilité : M.
Nom : RECHERCHE
Prénom : REGLEMENTAIRE

Formulaire

Titre de l'essai

Devenir des patients de la PASS de Cayenne atteints d'une pathologie chronique (HTA – diabète) dans le Système de Droit commun

Numéro d'indentification unique

2022-A02346-37

Catégorie Loi Jardé

Catégorie 3

Nom du promoteur

Centre Hospitalier de Cayenne (CHC)
Avenue des flamboyants
97306 CAYENNE CEDEX
Mme NEMER Aurore

Point de contact pour toute information relative à l'essai

Dr Claire BOCENO

Type de produits

Hors produits de santé

Contexte pathologique

Les problèmes d'inégalités sociales de santé et d'accès aux soins sont des enjeux majeurs de santé publique comme le rappelle l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Guyane dans son Projet Régional de Santé (PRS). La Guyane a des indicateurs de précarité élevée avec par exemple la moitié de sa population vivant sous le seuil de pauvreté. En outre, les indicateurs de santé sont souvent plus dégradés chez les populations précaires. Ainsi, en Guyane, il existe une mortalité prématurée, attribuable notamment à l'obésité, à la sédentarité, au diabète et à l'hypertension plus importants qu'en métropole. Malgré un besoin accru de suivi des pathologies chroniques, la population précaire se heurte à des multiples difficultés d'accès aux soins. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Cayenne est un dispositif médico-social, bien identifié par la population précaire, créée pour répondre à ces problématiques. La PASS permet un accès à un suivi des maladies chroniques et un accompagnement vers le système de soin de droit commun. Bien que le phénomène de non recours aux soins étudié chez la population précaire de l'ouest guyanais semble attribuable en premier lieu à l'absence de couverture sociale, nous supposons que les patients de la PASS avec des droits ouverts se heurtent à d'autres problématiques. Nous proposons d'étudier l'effectivité du retour au droit commun des patients de la PASS de Cayenne, particulièrement les patients atteints d'HyperTension Artérielle (HTA) ou de diabète.

Catégorie de personnes

Volontaires malades

CPP concerné

Ouest III Poitiers

Avis favorable du CPP

29 décembre 2022

Messagerie

Email automatique, mercredi 11 janvier 2023 13h28

[Votre dossier n° 11115136 a été accepté (Essais cliniques RIPH2 et RIPH3)]

2 / 3

2 / 3

Email automatique, mercredi 11 janvier 2023 13h28

[Votre dossier n° 11115136 a bien été déposé (Essais cliniques RIPH2 et RIPH3)]

Bonjour,

Votre dossier n° 11115136
a bien été déposé.

Pour toute question, il vous est possible de nous adresser
un mail sur l'adresse aec@ansm.sante.fr en précisant dans
l'objet de votre message : Questions
/ RIPH2 ou Questions / RIPH3.

Bien cordialement, ANSM

Autorisation du CPP :

Comité de Protection des Personnes OUEST III

Agréé par arrêté ministériel en date du 16 mai 2018
Constitué selon l'arrêté du Directeur Général de l'ARS Nouvelle Aquitaine en date du 15 novembre 2021

Dossier 22.04285.000146

Avis favorable

Informations CPP

Nom du CPP : Comité de protection des personnes Ouest III

Adresse : CHU La Milétrie - Bâtiment Vie la Santé - Entrée n° 4 1er étage, - 2 rue de la milétrie CS 90577
86021 POITIERS France

Courriel : cpp-ouest3@chu-poitiers.fr

Numéro de téléphone : 0516604227

Informations promoteur

Organisme : Centre Hospitalier de Cayenne

Investigateur

Investigateur : Dr BOCENO Claire

Informations dossier

Numéro SI : 22.04285.000146

Référence comité : 22.12.64

Numéro national : 2022-A02346-37

Référence interne : PASSyDroit

Règlementation : Loi Jardé

Qualification : Catégorie 3 questionnaire

Produit ou acte : Hors produits de santé (produits non mentionnés à l'article L.5311-11 du code de la santé publique)

Titre : Devenir des patients de la PASS de Cayenne atteints d'une pathologie chronique (HTA – diabète) dans le Système de Droit commun

Ce dossier a été étudié en séance le **12/12/2022** et mandat a été donné au président du CPP d'émettre l'avis à réception des réponses du déposant aux dernières demandes. Au vu des réponses obtenues, l'avis suivant a donc été émis. Cet avis court à compter du changement de statut sur le SI.

Considérant que les conditions éthiques sont remplies notamment au regard des éléments de l'article L.1123-7 du code de la santé publique, l'examen du comité permet de conclure que la recherche peut être réalisée et de rendre l'avis suivant.

Cet avis est valable deux ans. Conformément à l'article L.1123-11 du code de la santé publique, le promoteur doit déclarer au CPP le début de la recherche. Cette déclaration se fait directement sur le SIRIPH2G (bouton "démarrer l'étude").

Si vous n'avez pas été en mesure d'inclure un premier participant à la recherche dans ce délai, vous pouvez demander au CPP une prorogation de cet avis avant la fin de validité de ce dernier (article R.1123-26 du code de la santé publique).

Documents analysés par le CPP

Catégorie	Intitulé	Date de dépôt
ATT - Attestation	2022-A02346-37_Attestation Conformité à la réglementation_v1.0_20221117_PASSyDroit.PDF	18/11/2022

1

	courrier daté du 18/11/2022	
ATT - Attestation	2022-A02346-37_Attestation conformité à la MR-003_v1.0_20221031_PASSyDroit.PDF courrier daté du 18/11/2022	18/11/2022
COU - Courrier	2022-A02346-37_Courrier_v1.0_20221108_PASSyDroit.PDF	15/11/2022
CRF - CRF	2022-A02346-37_CRF_v1.0_20221108_PASSyDroit.pdf	15/11/2022
CRF - CRF	2022-A02346-37_CRF_v1.1_20221223_PASSyDroit.pdf	27/12/2022
CVI - CV investigateurs	2022-A02346-37_CV_v1.0_20220911_PASSyDroit.PDF	15/11/2022
DEM - Demande autorisation	2022-A02346-37_Demande_v1.0_20221110_PASSyDroit.PDF	15/11/2022
DOC - Autres documents	2022-A02346-37_Tableau comparatif_v1.1_20221227_PASSyDroit.pdf	27/12/2022
INF - Doc Information	2022-A02346-37_INF_v1.0_20221031_PASSyDroit.pdf	15/11/2022
INF - Doc Information	2022-A02346-37_NINO_v1.0_20221108_PASSyDroit.pdf	15/11/2022
INF - Doc Information	2022-A02346-37_INF_v1.1_20221223_PASSyDroit.pdf	27/12/2022
INF - Doc Information	2022-A02346-37_NINO_v1.1_20221223_PASSyDroit.pdf	27/12/2022
LIS - Liste investigateurs	2022-A02346-37_Liste_Investigateurs_v1.0_20221031_PASSyDroit.pdf	15/11/2022
PRO - Protocole	2022-A02346-37_Protocole_v1.0_20221031_PASSyDroit.pdf	15/11/2022
PRO - Protocole	2022-A02346-37_Protocole_v1.1_20221223_PASSyDroit.pdf	27/12/2022
REP - Courrier de réponse	2022-A02346-37_COURRIER_v1.1_20221227_PASSyDroit.pdf	27/12/2022
RES - Résumé	2022-A02346-37_Résumé_v1.0_20221108_PASSyDroit.pdf	15/11/2022
RES - Résumé	2022-A02346-37_Résumé_v1.1_20221223_PASSyDroit.pdf	27/12/2022

Personnes ayant délibéré

Collège	Catégorie	Nom et prénom
Collège I	Qualification RIPH - Biostatistique ou épidémiologie	GAND Elise
Collège I	Qualification RIPH - Biostatistique ou épidémiologie	CHUBILLEAU Catherine
Collège I	Auxiliaire médical	PIRONNEAU Isabelle
Collège II	Compétence éthique	NOEL Stephanie
Collège II	Compétence en sciences humaines et sociales ou action sociale	BAUDIFFIER Vanessa
Collège II	Compétence juridique	RANGER Adeline
Collège II	Représentant d'association agréée	TARTARIN Florence
Collège II	Représentant d'association agréée	RABOIS Emilie

La Vice-Présidente,

Elise GAND

Signé par Elise GAND
 Signé et certifié par yousign

2

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

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

Même sous la contrainte, je ne ferai 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 leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu 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, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.

IMPRIMATUR

Annexe 7

**UNIVERSITÉ DES ANTILLES
FACULTÉ DE MÉDECINE HYACINTHE BASTARAUD**

DEMANDE D'IMPRIMATUR

**THESE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(SPECIALITE - MEDECINE GENERALE)**

NOM ET PRENOM : LETOURNEUX Sarah

SUJET DE LA THÈSE : Maintien des soins des patients de la PASS de Cayenne atteints d'hypertension ou de diabète à l'entrée dans le système de soin de droit commun : PASSyDroit

THÈSE : Médecine

Qualification : Médecine Générale

Année : 2022-2023

NUMERO D'IDENTIFICATION : 2023ANTI0920

MOTS CLEFS : retention in care, delivery of health care, health services accessibility, vulnerable populations, chronic disease, social security, French Guiana

Contexte : La population précaire de Guyane a des difficultés d'accès et de maintien des soins. Le dispositif de la PASS de Cayenne propose un accompagnement vers le système de droit commun. L'objectif de l'étude est d'évaluer le maintien des soins via l'intégration dans le système de soin de droit commun des patients sortant de la PASS avec des droits ouverts.

Méthode : Étude transversale avec entretiens dirigés auprès des patients suivis entre janvier et novembre 2022 au CHC. Critères d'inclusion : hypertendu et/ou diabétique sorti de la PASS depuis minimum 1 mois avec un traitement. Le critère de jugement est la proportion de patients intégrant le système de droit commun, défini par un recours aux consultations d'un médecin généraliste, un usage de la pharmacie de ville et la réalisation des examens complémentaires s'ils étaient demandés.

Résultats et discussion : 133 patients ont été inclus, tous les patients de l'échantillon étaient de nationalité étrangère, 1/4 primo-arrivants, 1/2 francophones, 2/3 bénéficiaires de l'AME. 7 patients sur 10 avaient une « intégration complète » dans le système de droit commun. Seulement 68,2 % avaient une « bonne compréhension » du suivi de la pathologie chronique. La PASS de Cayenne prend en charge des patients particulièrement précaires qui sortent encore fragiles (bonne observance mais compréhension moyenne et pathologies non stabilisées). La PASS remplit bien son rôle de tremplin grâce aux dispositifs déjà en place (médiauteurs en santé) mais nécessite une procédure formalisée de suivi : repérer précocement les profils prédictifs d'échec, mettre en place un entretien de fin de suivi systématique uniformisé et créer des ateliers d'éducation (compréhension de sa pathologie, du système de soin et des démarches sociales). Cela nécessite un réel soutien des institutions. Le but étant d'autonomiser le patient pour le maintien des soins.

JURY : Président : Pr ADENIS Antoine
Juges : Dr JEAN-NOEL Alexandra
: Dr MVOGO Alexandra
: Dr CANTALUPI Greta
: Dr BOCENO Claire (directrice de thèse)
