

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2014

N°

Détermination de critères d'évaluation des PASS avec les usagers du dispositif

Un travail avec des patients consultant dans les PASS des centres hospitaliers de Grenoble et Chambéry

Thèse

Présentée pour l'obtention du diplôme d'état de

Docteur en médecine

DES MEDECINE GENERALE

Marlène PEYRET née le 16 avril 1987 à Oullins (69)

Et Laurie BLACHE née le 23 octobre 1985 à Angers (49)

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble

Le 31 janvier 2014

Devant le jury composé de :

Président du jury : Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL

Membres :

Monsieur le Professeur Georges WEIL

Madame le Professeur Françoise CARPENTIER

Madame le Docteur Myriam BLANC

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bruno De GOËR

Faculté de Médecine des Postes PU-PH 2013-2014 au 01/09/2013

Occupation Actuelle	Section.ss° CNU	Discipline Universitaire	Observation
ALBALADEJO Pierre Depuis 01/09/2008	48.01	Anesthésiologie-réanimation	
ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine Depuis de 01/09/2007	53.02	Chirurgie générale	
BACONNIER Pierre Depuis 01/10/1993	46.04	Biostat, informatique médicale et technologies de communication	
BAGUET Jean-Philippe Depuis 01/09/2006	51.02	Cardiologie	
BALOSSO Jacques Depuis 01/09/2003	47.02	Radiothérapie	
BARRET Luc Depuis 01/10/1992	46.03	Médecine légale et droit de la santé	
BAUDAIN Philippe Depuis 01/05/1990	43.02	Radiologie et imagerie médicale	
BEANI Jean-Claude Depuis 01/10/1992	50.03	Dermato-vénérologie	
BENHAMOU Pierre Yves Depuis 01/09/2003	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	
BERGER François Depuis 01/09/2001	44.03	Biologie cellulaire	
BETTEGA Georges Depuis 01/09/2013	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	
BONAZ Bruno Depuis 01/09/2001	52.01	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie	
BOSSON Jean-Luc Depuis 01/01/2006	46.04	Biostat, informatique médicale et technologies de communication	
BOUGEROL Thierry Depuis 01/09/1998	49.03	Psychiatrie d'adultes	
BOUILLET Laurence Depuis 01/09/2012	53.01	Médecine interne	
BRAMBILLA CHRISTIAN Depuis 01/10/1989	51.01	Pneumologie	
BRAMBILLA Elisabeth Depuis 01/10/1993	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques	
BRICAULT Ivan Depui 01/09/2011	43.02	Radiologie et imagerie médicale	
BRICHON Pierre-Yves Depuis 01/10/1993	51.03	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire	
CAHN Jean-Yves Depuis 01/09/2004	47.01	Hématologie	
CARPENTIER Françoise Depuis 01/09/1997	48.04	Thérapeutique, médecine d'urgence	
CARPENTIER Patrick Depuis 01/10/1990	51.04	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire	
CESBRON Jean-Yves Depuis 01/09/1999	47.03	Immunologie	
CHABARDES Stephan Depuis 01/09/2010	49.02	Neurochirurgie	
CHABRE Olivier Depuis 01/09/2002	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	
CHAFFANJON Philippe Depuis 01/09/2005	42.01	Anatomie	

Faculté de Médecine des Postes PU-PH 2013-2014 au 01/09/2013

CHAVANON Olivier Depuis 01/09/2006	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	
CHIQUET Christophe Depuis 01/09/2007	55.02	Ophtalmologie	
CHIROSEL Jean-Paul Depuis 01/06/1990	42.01	Anatomie	
CINQUIN Philippe Depuis 01/10/1992	46.04	Biostat, informatique médicale et technologies de communication	
COHEN Olivier Depuis 01/09/2003	46.04	Biostat, informatique médicale et technologies de communication	
COUTURIER Pascal Depuis 01/09/2007	53.01	Gériatrie et biologie du vieillissement	
CRACOWSKI Jean-Luc Depuis 01/09/2009	48.03	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique	
DE GAUDEMARIS Régis Depuis 01/07/1992	46.02	Médecine et santé au travail	
DEBILLON Thierry Depuis 01/09/2003	54.01	Pédiatrie	
DEMATTEIS Maurice Depuis 01/09/2010	48.03	Addictologie	
DEMONGEOT Jacques Depuis 01/10/1989	(46.04)	Biostat, informatique médicale et technologies de communication	
DESCOTES Jean-Luc Depuis 01/09/1997	52.04	Urologie	
ESTEVE François Depuis 01/09/2004	43.01	Biophysique et médecine nucléaire	
FAGRET Daniel Depuis 01/10/1992	43.01	Biophysique et médecine nucléaire	
FAUCHERON Jean-Luc Depuis 01/09/2001	53.02	Chirurgie générale	
FERRETTI Gilbert Depuis 01/09/2000	43.02	Radiologie et imagerie médicale	
FEUERSTEIN Claude Depuis 01/07/1992	44.02	Physiologie	
FONTAINE Eric Depuis 01/01/2006	44.04	Nutrition	
FRANCOIS Patrice Depuis 01/09/1998	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention	
GARBAN Frédéric Depuis 01/09/2011	47.01	Hématologie, transfusion	
GAUDIN Philippe Depuis 01/09/2001	50.01	Rhumatologie	
GAVAZZI Gaetan Depuis 01/09/2011	53.01	Gériatrie et biologie du vieillissement	
GAY Emmanuel Depuis 01/09/2004	49.02	Neurochirurgie	
GODFRAIND Catherine Depuis 01/09/2013	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques	
GRIFFET Jacques Depuis 01/03/2010	54.02	Chirurgie infantile	
HALIMI Serge Depuis 01/10/1990	44/04	Nutrition	
HENNEBICQ Sylviane Depuis 01/09/2012	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	

Faculté de Médecine des Postes PU-PH 2013-2014 au 01/09/2013

HOFFMANN Pascale Depuis 01/09/2012	54.03	Gynécologie-obstétrique	
HOMMEL Marc Depuis 01/09/1995	49.01	Neurologie	
JOUK Pierre-Simon Depuis 01/09/1997	54.05	Génétique	
JUVIN Robert Depuis 01/10/1993	50.01	Rhumatologie	
KAHANE Philippe Depuis 01/09/2007	44.02	Physiologie	
KRACK Paul Depuis 01/09/2003	49.01	Neurologie	
KRAINIK Alexandre Depuis 01/09/2009	43.02	Radiologie et imagerie médicale	
LABARERE José Depuis 01/09/2012	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention	
LANTUEJOUL Sylvie Depuis 01/09/2008	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques	
LECCIA Marie-Thérèse Depuis 01/09/2002	50.03	Dermato-vénérologie	
LEROUX Dominique Depuis 01/09/1996	47.04	Génétique	
LEROY Vincent Depuis 01/09/2007	52.01	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie	
LETOUBLON Christian Depuis 01/05/1992	53.02	Chirurgie générale	
LEVY Patrick Depuis 01/09/1997	44.02	Physiologie	
MACHECOURT Jacques Depuis 01/10/1989	51.02	Cardiologie	
MAGNE Jean-Luc Depuis 01/07/1990	51.04	Chirurgie vasculaire	
MAITRE Anne Depuis 01/09/2007	46.02	Médecine et santé au travail	
MAURIN Max Depuis 01/09/2002	45/01	Bactériologie-virologie	
MERLOZ Philippe Depuis 01/10/1991	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
MORAND Patrice Depuis 01/09/2007	45.01	Bactériologie-virologie	
MOREAU-GAUDRY Alexandre Depuis 01/09/2013	46.04	Biostat, informatique médicale et technologies de communication	
MORO Elena Depuis 01/09/2012	49.01	Neurologie	
MORO-SIBILOT Denis Depuis 01/09/2005	51.01	Pneumologie	
MOUSSEAU Mireille Depuis 01/09/1994	47.02	Cancérologie	
MOUTET François Depuis 01/10/1990	50.04	Chirurgie plastique, reconstructrice & esthétique, brûlologie	

Faculté de Médecine des Postes PU-PH 2013-2014 au 01/09/2013

PALOMBI Olivier Depuis 01/09/2011	42.01	Anatomie	
PARK Sophie Depuis 01/09/2013	47.01	Hématologie	
PASSAGIA Jean-Guy Depuis 01/09/1994	49.02	Neurochirurgie	
PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François Depuis 01/09/1996	48.01	Anesthésiologie-réanimation	
PELLOUX Hervé Depuis 01/09/2001	45.02	Parasitologie et mycologie	
PEPIN Jean-Louis Depuis 01/09/2004	44.02	Physiologie	
PERENNOU Dominique Depuis 01/04/2008	49.05	Médecine physique et de réadaptation	
PERNOD Gilles Depuis 01/09/2007	51.04	Médecine vasculaire	
PIOLAT Christian Depuis 01/09/2009	54.02	Chirurgie infantile	
PISON Christophe Depuis 01/09/1994	51.01	Pneumologie	
PLANTAZ Dominique Depuis 01/09/2003	54.01	Pédiatrie	
POLACK Benoît Depuis 01/09/1998	47.01	Hématologie	
POLOSAN Mircea Depuis 01/09/2013	49.03	Psychiatrie d'adultes	
PONS Jean-Claude Depuis 01/09/1998	54.03	Gynécologie-obstétrique	
RAMBEAUD Jean-Jacques Depuis 01/07/1991	52.04	Urologie	
REYT Emile Depuis 01/10/1992	55.01	Oto-rhyno-laryngologie	
RIGHINI Christian Depuis 01/09/2010	55.01	Oto-rhyno-laryngologie	
ROMANET J. Paul Depuis 01/10/1991	55.02	Ophthalmologie	
SARAGAGLIA Dominique Depuis 01/07/1992	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
SCHMERBER Sébastien Depuis 01/09/2005	55.01	Oto-rhyno-laryngologie	
SCHWEBEL Carole Depuis 01/09/2012	48.02	Réanimation, médecine d'urgence	
SCOLAN Virginie Depuis 01/09/2013	46.03	Médecine légale et droit de la santé	
SERGET Fabrice Depuis 01/09/2011	54.03	Gynécologie-obstétrique	
SESSA Carmine Depuis 01/09/2005	51.04	Chirurgie vasculaire	
STAHL Jean-Paul Depuis 01/10/1992	45.03	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
STANKE Françoise Depuis 01/09/2011	48.03	Pharmacologie fondamentale	
TAMISIER Renaud Depuis 01/09/2013	44.02	Physiologie	

Faculté de Médecine des Postes PU-PH 2013-2014 au 01/09/2013

TIMSIT Jean-François	48.02	Réanimation	MUTATION
TONETTI Jérôme 01/09/2007 au 31/12/2010	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
TOUSSAINT Bertrand Depuis 01/09/2008	44.01	Biochimie et biologie moléculaire	
VANZETTO Gérald Depuis 01/09/1999	51.02	Cardiologie	
VUILLEZ Jean-Philippe Depuis 01/09/1999	43.01	Biophysique et médecine nucléaire	
WEIL Georges Depui 01/09/2011	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention	
ZAOUI Philippe Depuis 01/09/2002	52.03	Néphrologie	
ZARSKI Jean-Pierre Depuis 01/09/1994	52.01	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie	

Occupation Actuelle	Section/ss° CNU	Discipline universitaire	Observation
APTEL Florent Depuis 01/09/2012	55.02	Ophtalmologie	
BOISSET Sandrine Depuis 01/09/2012	45.01	Bactériologie, virologie	
BONNETERRE Vincent Depuis 01/09/2011	46.02	Médecine et santé au travail	
BOTTARI Serge Depuis 01/10/1993	44.03	Biologie cellulaire	
BOUTONNAT Jean Depuis 01/09/2000	42.02	Cytologie et histologie	DEMISSION
BOUZAT Pierre Depuis 01/09/2012	48.01	Anesthésiologie-réanimation	
BRENIER-PINCHART M.Pierre Depuis 01/11/2001	45.02	Parasitologie et mycologie	
BRIOT Raphaël Depuis 01/09/2009	48.04 (47.02 sur poste de Ringeisen)	Thérapeutique, médecine d'urgence	
CALLANAN-WILSON Mary Depuis 01/09/2002	47.01	Hématologie, transfusion	
DECAENS Thomas Depuis 01/09/2013			
DERANSART Colin Depuis 01/09/2004	44.02	Physiologie	
DETANTE Olivier Depuis 01/09/2009	49.01	Neurologie	
DIETERICH Klaus Depuis 01/09/2012	47.04	Génétique	

DUMESTRE-PERARD Chantal Depuis 01/09/2004	47.03	Immunologie	
EYSSERIC Hélène Depuis 01/10/2009	46.03	Médecine légale et droit de la santé	
FAURE Julien Depuis 01/09/2008	44.01	Biochimie et biologie moléculaire	
GILLOIS Pierre Depuis 01/09/2010	46.04	Biostat, informatique médicale et technologies de communication	
GRAND Sylvie Depuis 01/09/1995	43.02	Radiologie et imagerie médicale	
GUZUN Rita Depuis 01/09/2012	44.04	Nutrition	
LAPORTE François Depuis 01/10/1991	44.01	Biochimie et biologie moléculaire	
LARDY Bernard Depuis 01/09/2007	44.01	Biochimie et biologie moléculaire	
LARRAT Sylvie Depuis 01/09/2009	45.01	Bactériologie, virologie	
LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine Depuis 01/09/2001	44.02	Physiologie	
LONG Jean-Alexandre Depuis 01/09/1999	52.04	Urologie	

MAIGNAN Maxime Depuis 01/09/2013	48.04	Médecine d'urgence	
MALLARET Marie-Reine Depuis 01/08/1992	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention	
MARLU Raphaël Depuis 01/09/2013	47.01	Hématologie	
MAUBON Danièle Depuis 01/09/2010	45.02	Parasitologie et mycologie	
MC LEER (FLORIN) Anne Depuis 01/09/2011	42.02	Cytologie et histologie	
MOUCHET Patrick Depuis 01/10/1992	44.02	Physiologie	
PACLET Marie-Hélène Depuis 01/09/2007	44.01	Biochimie et biologie moléculaire	
PAYSANT François Depuis 01/02/2008	46.03	Médecine légale et droit de la santé	
PELLETIER Laurent Depuis 01/01/2006	44.03	Biologie cellulaire	
RAY Pierre Depuis 01/09/2003	47.04	Génétique	
RIALLE Vincent Depuis 01/09/2001	46.04	Biostat, informatique médicale et technologies de communication	
ROUSTIT Matthieu Depuis 01/08/1990	48.03	Pharmacologie clinique	
ROUX-BUISSON Nathalie Depuis 01/09/2012	44.01	Biochimie et génétique moléculaire	
SATRE Véronique Depuis 01/09/2005	47.04	Génétique	
SEIGNEURIN Arnaud Depuis 01/09/2013	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention	
STASIA Marie-Josée Depuis 01/08/1992	44.01	Biochimie et biologie moléculaire	

REMERCIEMENTS

Au Président du jury,

Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL

Merci de nous avoir fait l'honneur de présider ce jury et de l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

A notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Bruno DE GOER

Merci de nous avoir proposé ce sujet passionnant.

Ce fut un plaisir et une chance de partager ces 6 mois à vos côtés. Merci de m'avoir fait découvrir un tel sens du relationnel. Votre dévouement à l'autre, votre patience et votre gentillesse m'ont beaucoup affecté.

Aux membres du jury,

Madame le Professeur Françoise CARPENTIER

Merci de votre bienveillance à l'égard de notre travail en acceptant de prendre part au jury.

Monsieur le Professeur WEIL

Merci d'avoir eu la gentillesse de participer à notre jury de thèse. Soyez assuré de notre reconnaissance.

Madame le Docteur Myriam BLANC

Merci à toi Myriam pour ces 6 mois de stage à la PASS. Ton humanité et ton souci de l'autre, en particulier des plus vulnérables m'ont beaucoup touché. Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Merci également au **Docteur Brieu Galès** pour ses précieux conseils concernant la méthodologie. Merci de nous avoir guidées durant ce travail.

Aux personnes qui ont contribué à la réalisation de notre thèse,

Merci à **Madame Cognard et Monsieur Jauffret** d'avoir accepté d'animer nos séances de groupes. Merci pour votre investissement personnel.

Merci à tous les patients des PASS de Grenoble et Chambéry qui ont accepté de participer à nos entretiens et focus groupes.

Merci également aux personnes les accompagnant de nous avoir accordées du temps pour un entretien et de votre engagement auprès de ces personnes.

REMERCIEMENTS DE MARLENE

Merci à ma famille et amis, grâce à qui j'en suis là maintenant,

A mes parents et mon frère qui ont toujours été là pour moi, je vous remercie de tout cœur :
Pa pour tes crêpes dans les moments difficiles, Man d'être une mère d'exception et mon frère
que j'adore tout simplement ! Merci à vous pour cette belle famille.

A Guigui, pour avoir eu la chance de te rencontrer, et pour tous ces beaux projets à venir :
Mongolie ou Islande ? Le choix est difficile...

A mes grands-parents, nos piliers, pour ces beaux souvenirs d'enfance et pour vous avoir
encore à nos côtés.

Et au reste de ma famille.

A tous mes amis,

A Mary et Jé, Mo et Julien, merci à tous les quatre pour ces souvenirs inoubliables, pour votre
joie de vivre et votre soutien durant mon externat : quelles soirées, vive JJ! C'est quand vous
voulez pour couler une chape ou refaire un toit, ou simplement une virée à Sanary ou une
dégust' de vin! 20 ans que ça dure et j'espère que ce n'est pas fini de si tôt!

A Charlotte, une amie fidèle, et une chouette co routarde de voyage. Toujours partante pour
une nouvelle destination à tes côtés!

A mes amis de Chambéry et Grenoble, Hélène (une super coloc' !) et Nico, Nosh et Thib,
Julie et Yann pour ces bons moments passés ensemble. A vous deux particulièrement, pour
avoir été là dans les moments un peu moins drôles et pour le début d'une amitié solide.

A notre petit groupe Guigui, Caro et Wiwi, pour ces instants volés au coin d'un poêle, pour
partager ensemble cet autre monde « d'en haut » et pour toutes ces belles montagnes qui nous
restent à découvrir.

Et tous les autres...

Merci à ceux qui m'ont aidé à accomplir cette thèse,

A Laurie, pour ce beau projet réalisé ensemble, ce fut un plaisir de travailler avec toi. Merci
pour ton investissement et ton travail consciencieux !

Au Docteur De Goër et au Docteur Briec Galès, merci pour ce sujet passionnant, pour votre
gout de la médecine et votre humanité, et pour votre disponibilité à notre égard.

Merci à ceux qui m'ont accompagné durant ces longues études,

L'ensemble des médecins et équipes soignantes que j'ai pu croiser durant ma formation, et qui
ont su me donner le goût de ce métier unique et passionnant.

REMERCIEMENTS DE LAURIE

A Marlène,

Tout d'abord, merci de m'avoir proposé de faire cette thèse ensemble. J'ai eu plaisir à travailler avec toi notamment pour ton dynamisme et ta détermination. Je te souhaite beaucoup de bonheur pour ta vie personnelle et professionnelle future.

A ma famille,

A mes parents, merci pour votre amour et votre écoute. Merci pour votre soutien moral et vos encouragements le long de ces dix années d'étude.

A Mimi, ma petite sœur, à notre complicité qui est une force pour moi.

A toute ma famille, merci pour tous ces moments de bonheur partagés. A ceux à venir.

A mes amis,

De différents horizons que vous soyez en médecine ou pas, merci pour tous ces instants de joie et de bonne humeur, rayons de soleil au quotidien !

Aux personnes qui ont marqué mon cursus,

A l'équipe de la PASS, Myriam, Bérengère, Lucile et Bernard, l'équipe que vous formez est admirable. J'ai eu énormément de plaisir à travailler avec vous entre autre pour votre patience et votre dévouement envers les plus démunis.

Aux médecins et équipes soignantes que j'ai pu côtoyer au cours de mes différents stages, merci pour tout ce que vous avez pu me transmettre. Merci en particulier aux docteurs Jacquet, Mavraganis et Derain pour votre bienveillance à mon égard. Merci également aux docteurs Charvier, Moine et Zirnhelt de m'avoir fait découvrir la gériatrie avec une passion que vous m'avez communiquée.

A Benjamin,

Merci pour ton soutien, ton aide et ton amour tout au long de ce travail. A nos futurs projets ensemble.

LISTE DES ABREVIATIONS

ADATE : Association Dauphinoise d'Accueil des Travailleurs Etrangers

AGECSA : Association de Gestion des Centres de Santé de la ville de Grenoble

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé

APPASSRA : Association des Professionnels des PASS Rhône Alpes

ARS : Agence Régionale de Santé

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement pour la Réduction des risques pour Usagers de Drogue

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CMU : Couverture Maladie Universelle

CIL : Correspondant Informatique et Libertés

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

HCL : Hôpitaux Civils de Lyon

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

LHSS : Lit Halte Soins Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

REVIH- STS : Réseau VIH Hépatites Toxicomanie en Savoie

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	10
LISTE DES ABREVIATIONS	13
INTRODUCTION	16
1/ Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé	16
2/ Critères d'évaluation des PASS retrouvés dans la littérature	16
3/ Pourquoi s'intéresser à l'avis des usagers des PASS ?	17
Objectif de la thèse	
MATERIEL ET METHODE	18
1/ Type d'étude	18
2/ Population et échantillonnage	18
3/ Première partie de l'étude : entretiens semi dirigés	19
4/ Deuxième partie de l'étude : focus groupes	19
RESULTATS	20
1/ L'accueil	20
2/ Relation médecin/personnel-malade	20
3/ Une prise en charge globale	21
4/ Suivi et accompagnement	22
5/ Fonctionnement de la PASS et satisfaction des usagers	23
6/ Réseau ville-hôpital	23
7/ Le retour au droit commun	23
DISCUSSION	25
1/ A propos de ce travail	25
- Choix du sujet	25
- Choix de la méthodologie	25
- Difficultés rencontrées	25
- Limites et biais de l'étude	26
2/ A propos des résultats	27
- Validité	27
- Les résultats principaux et leur implication	27
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	31
ANNEXES	33
ANNEXE 1 : Création des PASS et loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998	33
ANNEXE 2 : Evolution et état des lieux des PASS en France et en Rhône Alpes depuis 1998	34
ANNEXE 3 : Présentation des PASS de Grenoble et Chambéry	36
ANNEXE 4 : Organiser une permanence d'accès aux soins de santé - Recommandations et indicateurs - DHOS 2008	38
ANNEXE 5 : Lettre d'information au patient	42

ANNEXE 6 : Première grille d'entretien semi-dirigé	43
ANNEXE 7 : Grille d'entretien simplifiée	44
 RESUME	 45

INTRODUCTION

1/ Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) :

Les PASS sont des dispositifs hospitaliers mis en place par la loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 (1) et définis par la circulaire du 17 décembre 1998 (2) (Annexe 1). L'article 76 en décrit le fonctionnement global et les objectifs principaux : « (...) *les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat, des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes* » (1). Les PASS sont donc des cellules de prise en charge médico-sociale permettant l'accès aux personnes en situation de précarité à des consultations de médecine générale ainsi qu'au plateau technique de l'hôpital. La présence d'une assistante sociale leur permet d'établir les démarches nécessaires dans la reconnaissance de leurs droits, dans le but d'accéder par la suite à la médecine de droit commun. Ainsi, l'une de ses principales missions est de faire intégrer ou réintégrer la personne dans le système de droit commun, la PASS ne devant être qu'un lieu de passage.

2/ Critères d'évaluation des PASS retrouvés dans la littérature :

On dénombre environ 410 PASS à ce jour en France dont 34 en Rhône Alpes (3). Il existe une forte hétérogénéité de celles-ci notamment dans leur organisation, leur fonctionnement et le type de public accueilli ce qui a été mis en évidence dans différentes études (Annexe 2). C'est également le cas à Grenoble et Chambéry (Annexe 3).

Ce constat a conduit la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) à établir des recommandations nationales sur l'organisation des PASS en 2008 (4) (Annexe 4) où l'on peut noter que l'avis des usagers fait partie intégrante de l'évaluation de l'efficacité du dispositif notamment par des enquêtes de satisfaction. Cependant, dans une étude nationale de 2008 organisée par la DHOS sur la mise en œuvre des PASS et tenant compte de ces recommandations, l'appréciation de la satisfaction des publics concernés n'était effective que dans 13,3% des 330 structures interrogées (5). Un rapport de médecins du monde de 2010 sur l'état des lieux de ces dispositifs en France (portant sur 37 PASS) confirme ce manque de prise en compte pour leur grande majorité (6).

De plus, une circulaire récente de la DHOS datant de juin 2013 rappelle qu'il est nécessaire d'améliorer le fonctionnement des PASS pour une harmonisation de leur prestation dans le but de proposer un accompagnement efficace des personnes (7).

3/ Pourquoi s'intéresser à l'avis des usagers des PASS ?

Jusqu'ici l'ensemble de ces recommandations n'a jamais fait appel à l'avis des patients en prenant en compte leur expérience et leur vécu.

Leur point de vue et leur ressenti sur leur prise en charge paraissent complémentaires des directives énoncées par les politiques pour une amélioration du service au plus près de leur besoin.

La citation suivante tirée de la charte du croisement des savoirs d'ATD Quart Monde illustre bien ce propos (8) : « *Les personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale [...] ont aussi des savoirs à apporter. Le savoir d'expérience qu'elles ont, quand il est croisé avec d'autres savoirs [...] produit des connaissances plus complètes et plus fidèles à la réalité* ».

L'objectif de cette thèse était d'établir des critères d'évaluation des PASS avec les usagers de Grenoble et Chambéry dans le but d'améliorer le dispositif et le service rendu.

MATERIEL ET METHODE

Une recherche bibliographique de type narrative a été pratiquée. Celle-ci fut restreinte à un faible nombre d'articles français au vu du sujet.

1/ Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude qualitative prospective réalisée entre le 1^{er} mars et le 26 août 2013. Elle s'est déroulée en deux temps : une première partie où ont été réalisés des entretiens semi-directifs puis une deuxième phase constituée de focus groupes.

2/ Population et échantillonnage :

Concernant la première partie de l'étude, notre population était composée de tout patient consultant aux PASS de Grenoble et Chambéry.

Les critères d'exclusion ont été la barrière de la langue en l'absence de traducteur et le refus des patients.

Le recrutement des personnes s'est fait de manière directe par les investigateurs ou indirectement avec l'aide de professionnels du service.

L'entretien était généralement proposé à l'issue de la consultation médicale. Au préalable, une sélection des patients susceptibles d'être interviewés était faite au jour le jour en accord avec les médecins de la PASS. Certains entretiens ont été réalisés en présence de traducteur. Dans un second temps, des personnes accompagnant les patients ont également été interrogées.

Il a ensuite été réalisé deux focus groupes, chacun constitué de 4 patients de la PASS de Chambéry, volontairement de la même origine afin d'avoir une meilleure cohésion de groupe. Les patients recrutés l'ont été par plusieurs méthodes. Ceux entretenus individuellement et ayant donné leur accord pour un travail en groupe ont été recontactés par téléphone. Seule une personne a ainsi pu être recrutée. De ce fait, la méthode d'inclusion a été modifiée en contactant des patients pris en charge actuellement dans le service. Enfin, 4 « anciens » patients de la PASS ayant réintégré le droit commun, contactés par l'intermédiaire du docteur De Goër (médecin responsable de la PASS de Chambéry) ont également accepté ce travail.

3/ Première partie de l'étude : les entretiens semi-dirigés :

Pour cette méthodologie, les investigateurs se sont appuyés sur le livre « L'enquête et ses méthodes : l'entretien » d'Alain Blanchet et Anne Gotman (9).

Préalablement, une grille d'entretien a été élaborée à l'aide des données de la littérature et notamment des recommandations de la DHOS de 2008 (4). Les questions ont été formulées afin de partir de l'expérience vécue des patients dans le but de faciliter la parole et l'expression. Cette grille (Annexe 6) comportait 15 questions regroupées par thème à savoir le ressenti, l'accessibilité et l'accueil, les modalités de fonctionnement, l'adéquation aux besoins et la satisfaction des usagers. Celle-ci était accompagnée d'une lettre destinée aux patients (Annexe 5) les informant sur l'objectif de ce travail et sur l'anonymat des données recueillies, qui a tenu à être respecté durant l'ensemble de l'étude. De ce fait, les informations socio-administratives des patients n'ont volontairement pas été détaillées. Il faut noter que les renseignements contenus dans la lettre ont été donnés le plus souvent oralement tout comme l'a été leur accord, peu d'interviewés maîtrisant le français écrit.

Pour des raisons de commodité, toutes les entrevues se sont déroulées dans une salle faisant partie des locaux des PASS respectives ou de l'accueil de jour à Chambéry.

Elles se sont déroulées en deux temps avec modification de la grille (Annexe 7) après quelques entretiens « tests » et ont été réalisées jusqu'à saturation des données. Afin de renforcer celle-ci, des personnes accompagnant les patients ont également été interrogées.

Chaque entretien a été retranscrit intégralement par l'interviewer, hormis le premier réalisé à la PASS de Chambéry pour son contenu jugé non interprétable. Chacun a ensuite été analysé par les deux investigateurs en deux lectures selon une analyse inductive de contenu thématique. Il est ressorti plusieurs critères qui ont été classés par thème.

Le consentement de la CIL a été obtenu avant leur réalisation.

4/ Deuxième partie de l'étude : les focus groupes :

Celle-ci avait les objectifs suivants : confirmer la saturation des données issues des entretiens ou voir si de nouvelles idées émergeaient en groupe; enfin, faire préciser certains critères mis en évidence.

Les deux séances de focus groupes ont pu être réalisées au cours de la même journée en août 2013 dans une salle de réunion au sein de l'hôpital de Chambéry. Celles-ci ont été animées par deux personnes choisies pour leur neutralité et leur expérience dans ce domaine.

RESULTATS

Trente entretiens semi-directifs ont été réalisés sur la période de mars à mai 2013 dont 15 à Chambéry (PASS interne et accueil de jour) et 11 à la PASS de Grenoble, auxquels il faut ajouter les 4 interviews de personnes les accompagnant. Leur durée variait de 7 à 43 minutes. Les séances de focus groupes quant à elles ont duré respectivement 87 et 110 minutes.

Les usagers du dispositif ont relevé plusieurs critères considérés comme importants pour une « bonne » PASS.

1/ L'accueil :

L'importance d'un accueil chaleureux a été notée par l'ensemble des patients.

« On a trouvé directement le sourire, l'accueil, le bon accueil »

Le sentiment d'avoir été accueilli puis pris en charge, au-delà de leur situation, comme toute autre personne sans discrimination, a été très souvent retrouvé.

Le travail en groupe a permis de préciser la notion d'accueil, définie comme un cheminement vers l'autonomie par l'aide apportée à l'individu dans le besoin initialement, avec un accompagnement et un service à la personne.

« Aide accordée au moment où on en a le plus besoin »

« Quand on arrive en France, c'est comme si on n'existait pas, on ne sait pas quoi faire, vous n'avez rien, on vous reçoit, c'est déjà une délivrance [...] l'accueil commence là »

« Au début, il y a besoin d'aides. Quand on arrive à la PASS, non seulement, on peut se soigner, mais on vous donne les clés de comment ça marche dans ce pays où vous venez de débarquer »

« [...] si n'est pas mise en relation avec la PASS, tout est même bloqué »

2/ La relation médecin/personnel – malade :

Les patients ont attaché de l'importance à la dimension humaine de la relation, au travers de l'attention portée à l'autre qui « est ancré dans l'action de la PASS ». Ils se sont sentis considérés en tant que personne. Ceci a été également constaté à travers l'écoute et le temps qui leur a été consacré.

La gentillesse et le respect du personnel ont été soulignés par de nombreux patients. Il en est de même pour sa disponibilité y compris dans les situations d'urgence. Ce dernier point restait cependant discutable pour certains.

« Il est très bon docteur euh, il est humaine, très humaine homme, très aimable très gentil, et je suis contente »

« [...] vient pour le contact »

« On est quelqu'un pour la PASS »

« L'aspect du temps qu'il a mis à m'écouter, qui a fait à un moment donné que les maux de tête ont même réussi à un peu s'évanouir »

« Elle n'avait refusé jamais, elle euh... elle m'aidait toujours »

3/ Une prise en charge globale :

La PASS a été considérée par ses usagers comme un service leur ayant apporté une prise en charge globale en terme d'accès aux soins, d'information, d'aide dans leur démarche socio-administrative et d'orientation dans leur parcours de soins. Pour certains, il existait un travail de coordination autour de la personne en s'adaptant à leurs besoins.

« [...] car l'état dans lequel on se trouve relève de tous ces aspects là »

Le fait que celle-ci leur ait permis **un accès aux soins** de manière gratuite malgré l'absence de droits ouverts a été essentiel.

« Ça nous permet l'accès aux soins dont on a généralement besoin »

« J'ai trouvé une prise en charge médicale malgré que j'ai pas régularisé ma situation, malgré que j'ai pas la carte de droit de soins »

« C'est une grande chose, on va dire le fait qu'elle puisse se soigner gratuitement, avoir des médicaments, faire des prélèvements de sang »

La PASS a été également un lieu important dans l'aide apportée pour l'ouverture de leurs droits et les **démarches socio-administratives**.

Elle a eu par ailleurs un rôle **d'orientation** dans le parcours de soin avec une **accessibilité aux spécialistes et au plateau technique de l'hôpital** qui a été globalement satisfaisante, avec une bonne coordination PASS-spécialistes.

« [...] plaque tournante à partir de laquelle... »

« On m'avait emmené aux oreilles tout, pas la première fois tout c'est... les infirmières qui m'ont emmené... toujours bien dirigé euh... Ca y'a pas d problème, j'ai aucun reproche »

« Oui, ça été facile euh... Ca été vraiment facile. Là, c'est... là c'est... l'hôpital ici au C7, qui m'a envoyé partout. Pour aller faire des examens ».

Enfin, elle a permis l'accès aux usagers à des **informations et des explications**, notamment sur les démarches administratives et le retour au droit commun. La plupart d'entre eux se sont sentis bien compris et ont été satisfaits des explications et des conseils donnés. Un langage clair et adapté a été relevé plusieurs fois comme étant important, tout comme le fait d'avoir une réponse à leurs interrogations. La barrière de la langue est restée cependant un frein à une bonne compréhension et à une communication satisfaisante pour certains. Il a été noté parfois l'appréhension et la peur d'être négligé.

« [...] va tout faire pour arriver à savoir de quoi la personne a besoin, font de sorte que tu comprennes, [...] te donne l'information qu'il faut, vérifie qu'on a toutes les informations »

« Au début, j'ai pas bien compris mais, après, les rendez-vous et les médecins m'expliquent un peu, un peu. Oui, j'ai compris qu'c'est... quand même c'est, c'est dur pour moi »
 « Même si j'arrive pas à parler français, j'ai dit tout ce que j'ai dans mon cœur et je me suis exprimé »
 « Oui, j'ai bien compris, on m'a tout expliqué »
 « J'ai, j'ai les avait posé aussi des questions ; ils m'ont bien répondu »
 « J'avais peur qu'il mmh ne me comprend pas, mais il a compris tout c'que j'ai dit »

Les séances en groupes ont permis de soulever des points à améliorer. Pour certains, une meilleure prise en compte du **vécu psychologique** était essentielle.

Il a également été retrouvé une **inégalité dans l'information** reçue de manière globale, avec beaucoup de questions restant en suspens pour l'ensemble de ces patients.

« Ils avaient des informations que moi je n'avais pas »
 « Nous, on se débrouille, mais certaines personnes n'arrivent pas à demander des informations et souffrent énormément de cet accès difficile à l'information du fait de la barrière de langue »
 « Bon, moi j'ai vu un généraliste à l'accueil de jour qui nous oriente à l'hôpital vers des spécialistes, mais je voudrais savoir s'il y a... quel service à la PASS à l'hôpital et comment on y a accès, quel jour, de quelle heure à quelle heure ? »
 « Quelle est la signification de la PASS ? »

4/ Suivi et accompagnement :

Les interviewés se sont globalement sentis bien suivis et accompagnés dans leur prise en charge y compris d'un point de vue physique. Le fait d'avoir été bien entourés a fait prendre conscience à certains qu'ils n'étaient pas seuls face à leur situation. D'autres ont déclaré la PASS comme étant un lieu **repère** pour eux. L'infirmière du service a également été citée comme personne référente, permettant l'instauration progressive d'un lien de confiance, ce qui a été très important pour bon nombre d'entre eux.

« On se met à votre place et vous explique ce qu'il faut faire, [...] connaît nos besoins et nous guide »
 « Ils ont un repère, c'est [nom de l'infirmière de la PASS] »
 « Elle court après les étrangers, va au laboratoire, prend les rendez-vous »
 « [...] viennent vous trouver, viennent jusqu'à nous »
 « [...] sait comment ça marche, [...] ont confiance »
 « On vient sans avoir peur »

5/ Fonctionnement de la PASS et satisfaction des patients :

La majorité des patients a été satisfaite du fonctionnement et de l'organisation du service, et cela a répondu à leurs attentes.

« Il fonctionne euh... énormément bien comme il faut »

« J'peux pas demander plus [...] font tout pour nous »

« Si j'amène mon problème, on m'aide à le résoudre ici, c'est ça qui est important pour moi »

« [...] besoin de venir ici »

Dans un premier temps, la compréhension du fonctionnement du dispositif a pu être notée comme difficile pour certains. Cependant, il s'est avéré progressivement plus clair au cours de leur prise en charge.

Concernant la PASS de Grenoble, sa localisation n'a pas été si évidente comme l'ont souligné quelques patients.

6/ Réseau ville hôpital :

Celui-ci a joué un rôle utile dans leur prise en charge. En effet, la plupart des patients ont connu la PASS par l'intermédiaire d'associations.

A Chambéry, le lien entre l'accueil de jour et le service intra-hospitalier a été essentiellement créé par l'infirmière.

« [...] dans tous les coins, elle te récupère [...] fait le lien »

Sur Chambéry, il a été noté l'importance d'avoir un relai en centre-ville pour un certain type de patients, chaque structure étant adaptée aux besoins de chacun.

7/ Le retour au droit commun :

Le **retour au droit commun** a été longuement abordé durant les séances en groupes, notamment par les patients n'étant plus suivis à la PASS. Ceux-ci ont souligné l'importance d'avoir un médecin traitant pour ne pas rester dépendant du dispositif, et afin de ne pas pénaliser les primo-arrivants par un allongement des délais de consultation, notamment dans les situations d'urgence. Ils ont également exprimé qu'il était du rôle du médecin de la PASS d'informer et d'orienter rapidement les personnes une fois les droits ouverts, car ils ont alors une alternative pour accéder aux soins.

Ces discussions ont fait émerger l'idée de la création d'un **guide sur la PASS et le retour au droit commun** pour une meilleure égalité à l'information. D'après les patients, ce guide serait utile pour chaque nouvel arrivant et il serait important qu'il soit disponible à l'accueil de jour et à la PASS. Il a été noté l'intérêt d'y préciser la signification et le fonctionnement du

service, ses horaires de permanence, quelle conduite adopter en cas d'urgence ainsi que la possibilité d'un suivi psychologique.

Enfin, les séances en groupe ont été profitables aux patients y ayant participé.

Globalement, il a été relevé très peu de points négatifs. De même, peu de remarques ont été faites sur des critères matériels.

DISCUSSION

1/ A propos du travail :

- Choix du sujet

La notion de critères d'évaluation des PASS est retrouvée depuis 2003 dans la littérature (10) mais n'a jamais tenu compte de l'avis des usagers. On ne retrouve pas de données bibliographiques concernant des critères d'évaluation établis avec leur pensée et leur analyse. Ainsi, ce sujet n'a jamais été traité dans un travail de thèse. Il paraît essentiel pour l'amélioration des pratiques que l'avis de ces personnes soit pris en compte. Il s'agissait donc de travailler avec les patients, l'objectif étant l'apport de connaissances issues de leur expérience vécue : faire des expériences individuelles, une intelligence collective.

Ce travail a été proposé en vue du prochain **colloque national des PASS** qui aura lieu en mai 2014 à Chambéry. Celui-ci est organisé avec la participation des publics concernés et sera en lien avec leur apport pour un croisement des savoirs, dans le but d'une amélioration de ces dispositifs mis en place pour leur santé.

- Choix de la méthodologie

Les entretiens semi-directifs nous ont semblés adaptés pour une première approche du sujet avec les usagers des PASS en nous permettant de dégager certains critères. Cette méthode paraissait appropriée permettant à la fois de guider la séance tout en laissant la personne libre de s'exprimer. Cependant, avec le recul, les questions auraient pu être formulées plus simplement, avec une grille moins longue. Le second temps de travail en groupe nous a permis de confirmer la saturation des données et de travailler avec des patients ayant plus de recul par rapport aux interviewés encore dans l'attachement et le besoin. Nous avons pu observer que la réflexion en groupe était plus intéressante face à cette population pour la richesse des informations apportées.

- Difficultés rencontrées

Un des principaux obstacles a été la **barrière de la langue**. Elle a représenté une limite pour recruter des patients et mener les entretiens, en particulier à Grenoble où en 2012, 75% des consultations se font en langue étrangère (11). La régionalisation de la demande d'asile instaurée en 2009 peut être une explication. La présence d'un traducteur a permis de pallier en partie à cela malgré une incertitude sur la fidélité des propos traduits. Il s'agissait souvent d'un membre de la famille de l'interviewé possédant également des difficultés de maîtrise du français. Par ailleurs, la formulation de certaines questions (trop longue ou avec un vocabulaire inadapté) a représenté une épreuve supplémentaire dans la compréhension avec

un dialogue parfois difficile à instaurer rendant l'entretien plus directif que voulu. Il est très probable que cela ait représenté un frein à l'expression de certaines idées.

D'autre part, pour limiter le nombre de perdus de vue, nous avons préféré ne pas différer l'entretien de l'information apportée aux patients sur l'objectif de celui-ci. Il en découle certainement une perte d'information par un manque de préparation et de réflexion. Nous avons également ressenti une mauvaise compréhension de l'objectif par la majorité des patients, ce qui a pu avoir une répercussion sur les réponses apportées.

Enfin, notre objectif initial était la réalisation de focus groupes avec les patients entretenus. Cependant, pour des raisons d'organisation et du fait de nombreux perdus de vue, nous avons dû nous limiter à deux séances à Chambéry (patients non joignables, refus secondaire, difficulté de compréhension par téléphone, autre priorité) et il n'a pas pu être organisé de groupe à la PASS de Grenoble. De même, un groupe ne maîtrisant pas la langue française et nécessitant la présence d'un interprète ne paraissait pas envisageable. Enfin, ces séances ont en partie dévié du but fixé à savoir d'approfondir certains critères des entretiens, du fait du questionnement de patients notamment sur le retour au droit commun.

- Limites et biais de l'étude

Biais de sélection et d'échantillonnage : Le recrutement des patients pour les entretiens excluant ceux qui ne parlaient pas français et non accompagnés d'un traducteur représente un biais majeur. En effet, on exclut ainsi de l'étude une majorité d'utilisateurs puisqu'il faut noter par exemple, qu'en 2012, 53% des primo-consultants étrangers à la PASS intra muros de Chambéry ne parlent pas français (12). De plus, dans nos deux focus groupes, les patients étaient tous de la même origine (pays d'Afrique) et ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des patients des PASS. Dans celle de Chambéry, en 2012, 25% des nouveaux patients étaient originaires d'Europe de l'Est et 25% d'origine française (12).

Biais de subjectivité : Les entretiens n'ont pas été réalisés par des personnes indépendantes du travail de thèse. Ceux-ci n'ont pas été menés par la même personne et certains patients étaient connus des investigateurs, puisqu'ils travaillaient dans chacune des PASS durant l'étude. Enfin, les entretiens ont tous été réalisés dans les locaux des PASS. Un lieu neutre et indépendant de ces structures aurait été préféré.

Il faut également souligner que les investigateurs n'avaient pas d'expérience à la méthode de l'entretien. Par ailleurs, les séances de focus groupes ont été menées de manière différente par les animateurs.

2/ A propos des résultats :

- Validité

Dans cette étude, l'objectif n'a pas été complètement atteint. Les critères considérés par ses usagers comme importants dans une PASS ne peuvent pas être pris en compte comme des éléments stricts d'évaluation. Ici, les critères émergents ont déterminé des **axes de travail** qui pourraient être utilisés pour **l'élaboration de critères d'évaluation** dont il faut poursuivre la réflexion en adaptant progressivement la méthode. Bien entendu, tout cela nécessite du temps, au-delà d'un simple travail de thèse. Plusieurs séances seraient nécessaires et le temps des personnes en difficulté n'est pas le même que celui des professionnels.

La saturation des données a malgré tout été respectée pour les entretiens ; une deuxième méthode de recherche (focus groupes) nous l'a confirmé.

La validité interne grâce à la triangulation des chercheurs (analyse par deux investigateurs différents), des méthodes et des sources a été respectée. En effet, les entretiens ont été réalisés auprès de deux populations diverses, à savoir les usagers et les personnes les accompagnant. Les données n'ont cependant pas été validées par les patients entretenus en raison de contraintes organisationnelles.

Cette étude a été réalisée dans deux structures ayant un fonctionnement, une organisation et une population accueillie différents, ces résultats ne peuvent donc pas être généralisés aux autres PASS. Il s'agit d'une ébauche qu'il faudrait poursuivre dans d'autres dispositifs de la région Rhône Alpes par exemple.

- Les résultats principaux et implication

Certains critères **sont ressentis comme importants pour les patients lorsqu'ils viennent à la PASS** et ne concernent pas seulement leur santé. En effet, la majorité d'entre eux est touchée par l'accueil chaleureux reçu à la PASS et l'accompagnement dans les différentes démarches. Au travers de leur discours, la plupart mettent plus en avant les relations humaines que la prise en charge médicale. Cette importance de notion d'écoute, de respect et d'humanité dans les relations soignant-soigné a aussi été soulignée dans une co-formation précarité et santé organisée en 2011 à Chambéry par l'association REVIH-STIS (13). Ceci peut s'expliquer par le fait que les personnes venant consulter à la PASS sont pour la plupart en situation de précarité. Ce dispositif est un lieu repère avec un personnel qui répond à leurs angoisses et leur questionnement. Bien entendu, la prise en charge médicale est également un point important et d'après ce travail, les patients en sont satisfaits. Pour certains, cela va au-delà de leur espérance puisque l'offre de soins dans leur pays n'aurait jamais pu leur permettre la prise en charge dont ils disposent ici.

Un **accès inégalitaire à l'information** a été souligné avec des patients qui ne comprennent pas toujours le fonctionnement de la PASS et les services qu'elle propose. Cette notion est retrouvée dans la thèse de Thomas Collin intitulée « Le parcours de soins des consultants de

la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Chambéry - Evaluation du retour au droit commun » où « *la nature et les fonctions du dispositif ne sont pas clairement identifiées* » par les personnes interviewées (14). On peut supposer que la barrière de la langue représente là encore un frein à une bonne compréhension des informations données. Cependant, cette inégalité à l'information a aussi été dénoncée par les patients maîtrisant la langue française. Nous proposons la création d'un guide spécifique à chacune des PASS qui mettrait les usagers sur un même pied d'égalité quant à l'information reçue.

Le **retour au droit commun** reste une question complexe. En effet, si pour la majorité des patients des focus groupes, il est important d'avoir un médecin traitant dès les droits ouverts pour ne pas rester dépendant de la PASS et ne pas allonger les délais de consultation des usagers, d'autres restent attachés au dispositif. Cette complexité se retrouve là aussi dans la thèse de Thomas Collin. Il avait choisi entre autre d'étudier par une enquête qualitative au travers d'entretiens d'usagers comment et dans quelles circonstances s'organisait le recours aux soins pour ces personnes. Il retrouvait dans leur discours que « *les parcours de soins s'inscrivent avant tout dans les parcours de vie* ». L'accompagnement paraissait jouer un rôle important : « *Le parcours dans le droit commun [...] reste par la suite marqué par ces formes d'accompagnement [...]. Le recours dans le système de soins après le passage à la PASS reste ici très dépendant des interventions sociales persistantes* » (14). Ainsi, cet accompagnement débuté pour certains avec leur prise en charge à la PASS paraissait se poursuivre dans le système de droit commun et en déterminer en partie le cheminement. Par ailleurs, les notions d'attention et de gentillesse favorisant la compréhension étaient aussi évoquées. Les personnes interviewées exprimaient leur attachement au dispositif par un attachement aux professionnels alors qu'en médecine libérale, cette relation apparaissait d'ordre plus pragmatique et initialement moins personnalisée. Les liens sociaux étaient moins marqués et l'accompagnement médical plus distant. On peut supposer que ce lien de confiance établi au fil du temps explique que certains peuvent rester attachés au dispositif.

Enfin, certains critères ressentis par les patients comme importants sont retrouvés dans les recommandations établies par la DHOS. En effet, la circulaire de juin 2013 rappelle l'importance de l'accompagnement dans le parcours de la personne pour accéder à l'offre de soins communs. De même, « *tout patient accueilli doit pouvoir bénéficier grâce à la PASS, d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soins* », notions également citées par les usagers (7).

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Marlène PEYRET et Laurie BLACHE

TITRE : DETERMINATION DE CRITERES D'EVALUATION DES PASS PAR LES USAGERS DU DISPOSITIF- UN TRAVAIL AVEC DES PATIENTS CONSULTANT DANS LES PASS DES CENTRES HOSPITALIERS DE GRENOBLE ET CHAMBERY

Les PASS ont comme principale mission l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et l'aide dans leur démarche socio-administrative avec un accompagnement en vue de leur autonomisation et leur retour au droit commun. La DHOS a établi des recommandations nationales sur l'organisation des PASS en 2008 où l'on peut noter que l'avis des usagers fait partie intégrante de l'évaluation de ces structures. Cependant, en pratique, aucune directive en France ne prend en compte leur expérience et leur vécu. Cette étude qualitative voulait établir des critères d'évaluation des PASS avec les usagers de Grenoble et Chambéry.

Plusieurs éléments sont ressentis par les patients comme importants dans le dispositif: un accueil chaleureux, l'importance de la relation personnel-malade, l'accompagnement, une prise en charge globale en terme d'accès aux soins, d'aide dans leur démarche socio-administrative et d'orientation dans leur parcours de soins jusqu'au retour au droit commun. La PASS est un lieu repère où ils se sentent considérés en tant que personne.

Cette étude est une première approche où ces personnes ont plutôt mis en évidence des axes de travail que des critères stricts d'évaluation. Ainsi, elle ne répond pas complètement à l'objectif initial.

Suite à celle-ci, quelques perspectives émergent. En effet, il serait intéressant de poursuivre la réflexion avec une méthode adaptée, en renouvelant par exemple, un travail en focus groupes avec d'autres usagers représentatifs de la population fréquentant les PASS. Au préalable, ceux-ci doivent être préparés par des réunions d'informations sur la signification, le fonctionnement du dispositif et l'objectif du travail leur permettant d'avoir les pré-requis nécessaires. Ces réunions permettraient également de dégager les principaux axes sur lesquels les séances de groupes s'appuieraient pour élaborer des critères d'évaluation. D'autres méthodes pourraient être utilisées, telle l'organisation d'une co formation dans l'idée d'un croisement des savoirs, ou encore la méthode de Nancy développée par ATD Quart-Monde dans le cadre du réseau Santé Précarité Nancéen (15).

Enfin, pour pallier l'inégalité d'accès à l'information évoquée par certains patients, un guide multilingue sur les PASS et le retour au droit commun élaboré avec les usagers serait utile avec une évaluation du service rendu dans un second temps. Des réunions d'informations collectives sur le dispositif pourraient également être proposées aux primo-arrivants. Ceci pour permettre à la fois une meilleure compréhension et adhésion à leur prise en charge.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

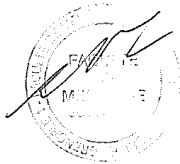
Grenoble, le 13/1/2014

LE DOYEN

LE PRESIDENT DE LA THESE

J.P. ROMANET

PROFESSEUR T. BOUGEROL



A large, stylized handwritten signature, likely belonging to T. Bougerol, consisting of a long horizontal stroke and a vertical stroke intersecting.

BIBLIOGRAPHIE

1. République française. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Journal Officiel du 31 juillet 1998: 175.
2. République française. Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies. Journal officiel du 31 juillet 1998.
3. Agence Régionale de Santé Rhône Alpes (ARS). Cahier des charges des PASS. 10 octobre 2012.
4. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). Recommandations sur l'organisation d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Mai 2008.
5. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). Enquête nationale 2008 sur la mise en œuvre du dispositif des permanences d'accès aux soins de santé. Décembre 2008.
6. Médecins du monde, Direction des missions France. Rapport de médecins du monde, Etat des lieux des permanences d'accès aux soins de santé dans 23 villes où médecins du monde est présent. Août 2010.
7. République française. 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. Disponible sur http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/06/cir_37144.pdf
8. ATD Quart Monde. Ateliers du croisement des Savoirs et des pratiques, Charte du Croisement des Savoirs et des Pratiques avec des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale. 5 juillet 2006.
9. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien, 2^{ème} édition. Paris : éditions Armand Collin 2012 : 126 p.
10. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). Fiche de synthèse sur les études sur les permanences d'accès aux soins de santé menées par l'IGAS, l'ANAES, GRES MEDIATION SANTE. Février 2004. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_synthese.pdf

11. Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble (CHU). PASS du CHU de Grenoble. Rapport d'activité 2012. Décembre 2013. [Document interne]
12. Centre Hospitalier de Chambéry. Permanences d'Accès aux Soins de Santé, Point Santé - Unité médico-sociale C7. Bilan d'activité 2012. [Document interne]
13. Mission Régionale d'information sur l'Exclusion Rhône Alpes (MRIE Rhône Alpes). Les dossiers de la MRIE. Co-formation Précarité et Santé : se former ensemble entre professionnels et personnes en difficultés sociales. 2011.
14. Collin T. Le parcours de soins des consultants de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Chambéry - Evaluation du retour au droit commun. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Université de Grenoble, 2011.
15. ATD Quart Monde. Intervention auprès de la Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France du 24 octobre 2013.
16. Rédaction Prescrire. Initiatives, les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Revue Prescrire 2010. 30(324) : 778-80
17. APM international. Accès aux soins des personnes précaires : ministère et ARS souhaitent un état des lieux complet sur les PASS. Dépêche du 23 mai 2011.
18. Agence Régionale de santé Rhône Alpes (ARS). Programme régionale d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies. Projet régionale de santé Rhône Alpes 2012-2017. Juillet 2012. Disponible sur : http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_strategie_projets/PRS_Programmes_CNP/documents_soumis_a_consultation/PRAPS - Version finale mis en ligne.pdf
19. Agence Régionale de Santé Rhône Alpes (ARS). Visite sur site de 13 PASS Rhône Alpines, Bilan synthétique, Octobre 2010-Mars 2011. Version du 26 avril 2011. Disponible sur <http://www.appassra.org/enquetes-sur-les-pass/>
20. Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble (CHU). Présentation de la permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Grenoble au service social. Septembre 2007.

ANNEXES

Annexe 1: Création des PASS et loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 :

La lutte contre les exclusions a débuté dans les années 80 notamment en 1987 par un rapport du conseil économique et social sur la pauvreté en France (16). Ce rapport proposait d'apporter une loi pour une couverture maladie de base pour tous et d'instaurer un revenu minimum. Celui-ci a vu le jour en 1988 avec la création du revenu minimal d'insertion (RMI).

Cette même année, une circulaire relative à l'amélioration des conditions d'accès aux soins des personnes démunies rappelle le rôle des hôpitaux.

En 1994, un rapport du Haut Comité de la santé publique attire l'attention sur l'augmentation des inégalités sociales en matière de santé. Les associations regroupées dans la commission Lutte contre la pauvreté et l'exclusion de l'Union nationale interfédérale des œuvres et des organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss) obtiennent le label grande cause nationale. Un collectif est créé : le collectif « alerte ».

Un an plus tard, un rapport du conseil économique et social sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté montre la nécessité d'une approche globale et de droit commun. Celui-ci a la particularité d'avoir été travaillé avec les publics concernés, ce qui est une première.

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions est votée le 29 juillet 1998 (1). Elle réaffirme la mission sociale de l'hôpital notamment dans l'accès aux soins des personnes les plus démunies et la lutte contre l'exclusion sociale.

Il s'agit d'une loi-cadre dont l'objectif est l'accès à tous à l'ensemble des droits fondamentaux, tous interconnectés, définis dans le domaine de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance.

L'article premier en définit tout l'enjeu et l'éthique : « *La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation. La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux* »

Parmi les 159 articles constituant cette loi, 11 concernent spécifiquement le domaine de la santé (articles 67 à 77).

Ainsi, la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a été à l'origine de la création des PASS notamment par son article 76 : « (...) les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes ».

Plus globalement, cette loi instaure dans son article 67 que « l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé ». La mise en place des PRAPS (Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies) est prévue par l'article 71. Leurs objectifs sont de garantir un accès égal aux soins et à la prévention pour tous dans un double objectif de santé publique et d'insertion et de cohésion sociale. Il a également pour but d'assurer une approche globale et coordonnée des problèmes de santé des publics en difficulté.

A noter que cette loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a été introduite dans le code de la santé publique (CSP) dans son article L.6112-6.

Enfin, celle-ci annonce les prémices d'une volonté d'un travail de partenariat avec les personnes en situation de précarité. Mais avec le recul de plus d'une décennie maintenant, on peut observer que très peu d'actions participatives de ce type ont vu le jour, hormis quelques expériences isolées, alors qu'il s'agissait du point central de cette loi.

Annexe 2 : Evolution et état des lieux des PASS en France et en Rhône Alpes depuis 1998 :

En France :

On dénombre environ 410 PASS à ce jour. Initialement, la loi de lutte contre les exclusions en prévoyait 500. La majorité des PASS (75%) a été créée entre 1998 et 2001 (16). Depuis, leur développement est en diminution. Si les PASS sont situées essentiellement dans des établissements publics de grande taille, elles se sont étendues aux petites unités urbaines et rurales mais surtout aux structures urbaines de taille moyenne entre 2003 et 2008.

La DHOS a établi un premier état des lieux en 2003 portant sur 364 PASS à partir de trois études menées par l'Anaes, l'Igas et Gres Mediation Santé. Celle-ci objective une couverture territoriale globalement satisfaisante à l'exception des zones rurales (10). Il est également relevé une différence significative dans leur mode d'organisation avec entre autre une activité médico-sociale très contrastée selon les structures, pourvues surtout en personnels sociaux, les médecins n'intervenant que dans une PASS sur deux.

En 2008, les PASS seraient au nombre de 400. Une nouvelle enquête a été lancée par la DHOS (5) dix ans après la création de la loi contre les exclusions.

Celle-ci rapporte une forte hétérogénéité des PASS en France et ce dans différents domaines :

- Leur localisation : avec certaines régions encore trop peu couvertes par le dispositif malgré le besoin.
- Le volume d'activité : celui-ci varie beaucoup d'une PASS à l'autre. Un quart des PASS accueillent moins de cent personnes par an, tandis que vingt en accueillent plus de 2.000 (17).
- Les patients accueillis : la moitié des PASS ne reçoit pas les patients n'ayant pas droit à une couverture maladie (6).
- Leur fonctionnement : certaines fonctionnent comme une structure indépendante au sein d'un établissement hospitalier, d'autres sont rattachées à un service, principalement des urgences.
- Les services proposés de part les moyens humains : 90% disposent d'une assistante sociale, 41 % d'une secrétaire, 33% d'une infirmière, 25% d'un médecin généraliste ou urgentiste, 15% d'un psychologue et 3% d'un dentiste (16).

C'est la persistance de cette hétérogénéité qui a conduit entre autre la DHOS à la rédaction de recommandations sur l'organisation et l'évaluation de ces structures pour une harmonisation afin d'améliorer le service rendu à leurs usagers.

Une spécialisation thématique s'est opérée fin 2009, conduisant à la mise en place de PASS spécialisées en soins psychiatriques, soins bucco-dentaires et de PASS régionale à vocation de coordination, d'appui et d'expertise auprès des acteurs concernés de la région (17).

En Rhône Alpes :

Il existe 34 PASS réparties dans les 8 départements (3), dont les professionnels sont regroupés dans une association appelée APPASSRA (Association des Professionnels des PASS Rhône Alpes) (3).

Le dernier PRAPS de juillet 2012 a identifié la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé comme l'un des grands enjeux pour la région (18). L'amélioration du fonctionnement des PASS fait partie de l'un des cinq groupes projets créés par l'ARS fin 2009.

Un bilan réalisé par celle-ci à partir de visites de 13 PASS Rhône Alpes (environ 1/3 des structures du département) entre octobre 2010 et mars 2011 en vue du PRAPS de 2012 (19) retrouve ce fonctionnement hétérogène.

Concernant le public accueilli, celui-ci diffère selon le contexte socio géographique dans lequel se situe la PASS. Les hôpitaux des grandes agglomérations accueillent majoritairement des personnes d'origine étrangère primo-arrivante sans droit ou demandeuse d'asile contrairement aux PASS de petites villes où une grande proportion de personnes a des droits minimums.

Le personnel dédié dépend de la taille de l'établissement. Dans les petits établissements, on retrouve un temps de travailleur social avec des consultations médicales faites par les médecins des urgences. Puis en fonction de la taille croissante, s'ajoute un temps d'IDE puis un temps de médecin. Sept PASS visitées sur treize ne disposent

pas d'une consultation de médecine générale, les personnes sont alors orientées vers les urgences dans la majorité des cas.

L'accès aux soins dentaires reste problématique tout comme la prise en charge en santé mentale alors que ces pathologies sont prépondérantes chez ces personnes.

Concernant les actions de communication externe, sept PASS sur treize s'inscrivent dans un réseau santé-social. Les partenaires les plus souvent cités sont les équipes mobiles santé-précarité, les structures spécialisées en addictologie, les CHRS, les PMI, les assistantes sociales de secteur et les lits halte soin santé (LHSS). Ce fonctionnement permet d'orienter, d'accompagner, de mettre en lien afin que le retour au droit commun soit possible pour les usagers. Ici la PASS est motrice du réseau.

Ainsi, c'est suite à cette enquête et des constats faits qu'il a été inscrit l'élaboration et la diffusion d'un cahier des charges sur les PASS dans le PRAPS de 2012. Ce cahier des charges a pour objectif de disposer d'un référentiel commun sur l'organisation des PASS pour participer à l'amélioration du fonctionnement de ces structures (3).

Annexe 3 : Présentation des PASS de Grenoble et Chambéry :

1/ Présentation de la PASS de Grenoble :

Elle a été créée fin janvier 2006. L'équipe initiale était composée d'un seul médecin consultant deux demi-journées par semaine ; d'une IDE à mi-temps et d'un assistant social à temps plein.

Elle est située dans des locaux spécifiques au sein du pavillon Saint Eynard sur le site du CHU de Grenoble.

En 2013, l'équipe est composée de 3 médecins assurant 5 demi-journées de consultation de médecine générale par semaine, d'une IDE et d'un assistant social à temps plein.

Elle est rattachée au pôle pluridisciplinaire de médecine du CHU et dépend du service de médecine légale.

La PASS est ouverte cinq jours par semaine de 9h à 12h et de 14h à 18h hormis le vendredi après-midi.

Pour l'année 2012, 928 patients ont eu accès à la PASS. Ces personnes ont pu bénéficier de 1227 consultations de médecine générale (541 patients), 1536 consultations sociales et 907 actes ou consultations infirmières (11). Par comparaison, en 2006, année de son ouverture, la PASS recevait 173 usagers pour une prise en charge sociale et paramédicale. 95 patients ont été reçus représentant 162 consultations médicales (20).

La plupart des usagers consultant à la PASS sont adressés par des personnes de leur entourage ayant déjà eu recours au service. 10% sont orientés par le CHU. Les autres le sont principalement par des associations, partenaires extérieurs de la PASS tels que Médecins du monde, Rom action, la Relève, le Secours catholique ou l'ADATE.

74% de la population prise en charge dans le dispositif n'est pas originaire d'un pays de la communauté européenne. Elle est issue de deux grandes catégories :

- Les migrants originaires d'Afrique Subsaharienne (Congo, Côte d'Ivoire, Nigéria), du Maghreb et les premières arrivées de patients libyens et syriens
- Les migrants originaires des pays de l'ex-Yougoslavie, d'Arménie, de Géorgie et Tchétchénie

La population originaire de la CEE est représentée essentiellement par les ROMS.

Chaque patient consultant à la PASS de Grenoble est accueilli par l'assistant social ou l'IDE puis bénéficie si besoin, d'une consultation de médecine générale. La PASS leur garantit une prise en charge entièrement gratuite avec un accès au plateau technique, aux consultations spécialistes (dont la pédiatrie), aux actes de radiologie et de biologie et à la délivrance des médicaments (établissement d'une fiche de circulation).

Pour la prise en charge des soins dentaires, les usagers sont adressés au service de stomatologie du CHU en cas de soins non conservateurs. Pour les soins conservateurs, les patients sont orientés vers des structures associatives telles que médecins du monde qui dispose d'un partenariat avec certains dentistes de ville acceptant de les prendre en charge gratuitement. Pour les soins psychiatriques, les usagers sont orientés à la PASS psychiatrique située à proximité des locaux de la PASS.

2/ Présentation de la PASS de Chambéry :

La PASS de Chambéry a la particularité d'être présente sur 2 sites.

Le premier se trouve au sein du centre hospitalier de Chambéry au 7^{ème} étage et est rattaché au service de maladies infectieuses. Les consultations ont lieu sur rendez-vous. Au niveau des intervenants, cette PASS interne est composée d'un médecin coordinateur (0,4 ETP), d'un médecin praticien hospitalier de l'unité médico-sociale ; d'une assistante sociale à mi-temps ; d'une IDE coordinatrice à mi-temps et d'une secrétaire à mi-temps (12).

Le deuxième site appelé « Espace solidarité » ou « Point santé, accueil de jour » se situe dans le centre ville de Chambéry. Il accueille les patients sans rendez-vous les mardis et vendredis de 13h30 à 15h. Celui-ci propose d'autres services dans le domaine de la santé à savoir des soins dentaires ; un accueil pour les usagers de drogue

(CAARUD) avec des actions de réduction des risques et échange de seringue et des soins de santé mentale avec une équipe mobile psychiatrie précarité. Ce lieu permet aussi d'orienter et d'informer les patients dans d'autres domaines que la santé (hébergement, alimentation...).

En 2012, il y a eu 1850 consultations médicales dont 499 au point santé et 1273 au sein de la PASS interne auxquelles il faut ajouter 78 consultations dans divers autres lieux (12). Sur le plan social, l'assistante sociale a été sollicitée pour 179 situations. Concernant les IDE, il y a eu 618 consultations pour 465 personnes différentes et 315 nouvelles personnes. La majorité des interventions a lieu au sein de la PASS interne (12).

Les nouveaux patients sont principalement orientés par le réseau social puis par le bouche à oreille. Cependant, il faut noter que la majorité orientée vers la PASS interne le sont par l'accueil de jour.

Les patients reçus sont originaires :

- pour 25% d'Europe de l'Est (Russie, Ukraine, Géorgie, Arménie...) auxquels on peut ajouter 9,78% de « nouveaux entrants européens » (principalement Roumanie)
- 25,27% sont français
- 16,85% d'Afrique, en majorité d'Afrique centrale (Congo)
- 12,77% du Maghreb (surtout Algérie)

La PASS de Chambéry travaille en réseau avec de nombreux partenaires associatifs (secours catholique) ou institutionnels impliqués dans la précarité (centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie, la cantine savoyarde, le CHU de Grenoble, Grand froid, LHSS...).

Un véritable réseau santé précarité a été créé en 2012 : RESPECTS 73 (Réseau Santé Précarité Egalité Coordination dans les territoires de Savoie). Une charte rappelle ses objectifs dont l'un est de travailler ensemble en partageant la même éthique afin de trouver des réponses les plus adaptées pour les personnes en situation difficile. Fin 2012, cette charte comptait 194 signataires dont 10 institutions.

Annexe 4 : Organiser une permanence d'accès aux soins de santé- Recommandations et indicateurs- DHOS 2008

Objectif : Rendre effectif l'accès aux systèmes de santé aux personnes

Mettre en place une

L'établissement définit l'organisation, les actions et les moyens de la PASS à partir d'une analyse des besoins des populations pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), volet du plan régional de santé publique

Recommandations d'organisation	
ÉTAPE MINIMALE	1. Structurer les relations avec les acteurs internes 1.1 Identifier les référents clés mobilisés au sein de l'établissement de santé pour conduire les missions de la PASS. La PASS s'appuie sur la mobilisation de 4 catégories d'acteurs clés : équipe de direction, service social, encadrement infirmier, médecin coordonnateur. Elle définit leur rôle, les modalités de leurs interventions et de leurs échanges. 1.2 Articuler le rôle de la PASS avec celui des professionnels chargés du suivi sanitaire, social, administratif des patients : équipes de soins, service social de l'hôpital, assistant de service social affecté à la structure des urgences, bureau des entrées, services financiers.
	2. Structurer les relations avec les acteurs externes 2.1 Installer un comité de pilotage dynamique incluant des acteurs externes stratégiques : référent du programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, représentants de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, des caisses d'assurance maladie, du conseil général (centres de protection maternelle et infantile), des centres communaux d'action sociale, des services municipaux de santé, des centres d'examen de santé, des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, des centres locaux d'information et de coordination, des ateliers santé ville (plans locaux de santé publique), des médecins libéraux, pharmaciens, dentistes, des autres établissements de santé (dont établissements de soins de suite), du secteur psychiatrie (dont équipes mobiles santé précarité), des lits haltes soins santé, des espaces solidarité insertion, des centres d'hébergement d'urgence, des centres d'accueil de demandeurs d'asile, des associations, des représentants d'usagers. 2.2 Formaliser le contenu des partenariats (par courrier, par convention...), afin de pérenniser les liens existants entre la PASS et les autres membres du réseau prenant en charge les différents aspects de la précarité.
	3. Développer des outils opérationnels 3.1 Formaliser une organisation partagée intra-hospitalière et extra-hospitalière (notamment avec les membres du réseau de prise en charge de la précarité) : protocoles de repérage, de circulation, d'accompagnement, de suivi des personnes démunies, protocoles d'accès aux droits d'admission immédiate à la couverture maladie universelle complémentaire, d'instruction prioritaire à l'aide médicale d'État, d'accès aux médicaments, aux consultations, aux services spécialisés (notamment de santé mentale) aux services de soins de suite, fiches de lien avec les partenaires externes, fiche de liaison topographique de la PASS. 3.2 Initier au sein de l'établissement, une réflexion éthique, ponctuelle ou régulière, sur les questions posées par l'accueil et la prise en charge médicale des personnes en situation de précarité (ex : réflexion éthique sur le partage et les modes de transmission d'un dossier médical et social dans le cadre d'un réseau).
	4. Communiquer sur le rôle de la PASS Informar des règles du jeu (dont le repérage des personnes en situation de précarité) les services, les partenaires externes (dont médecins de ville). Mettre en place une signalétique adaptée pour rendre la PASS visible et accessible aux patients et à l'ensemble du personnel.
	5. Rédiger un rapport d'activité annuel de la PASS Présenter les objectifs formalisés, le suivi de l'activité (nombre, origine géographique des patients reçus, types de pathologies, problèmes sociaux rencontrés, nombre de dossiers instruits par type de droits : couverture maladie universelle, couverture maladie universelle complémentaire, aide médicale d'État..., nombre d'actions hors les murs), le suivi des ressources et des dépenses (mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, ressources des collectivités territoriales, de l'État, des caisses d'assurance maladie...).
ÉTAPE OPTIMALE	6. Valoriser et développer les compétences Développer des outils de mise en commun de compétences des professionnels des PASS (connaissance des publics, maîtrise des techniques d'entretien social, réactivité aux problématiques des nouveaux publics, aux nouvelles réglementations) auprès de l'ensemble du personnel administratif, socio-éducatif, médical et soignant : actions de sensibilisation/formation, promotion de la PASS comme terrain de stage pour les professionnels de santé ou futurs professionnels (module santé publique dans les instituts de soins infirmiers).
	7. Inscrire la PASS dans des démarches qualité Des programmes conduits au sein des réunions de concertation pluridisciplinaires ou des réseaux ville-hôpital, autour de l'évaluation des protocoles et de leur application, ou évaluant la pertinence des admissions en hospitalisation pourront être valorisés au travers de la certification ou dans le cadre de l'obligation individuelle d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins. Les personnes en situation de précarité sont mentionnées dans la référence 37.a (sortie du patient) du manuel de certification V 2007.

en situation précaire et leur assurer une prise en charge de qualité

organisation efficace

et des ressources disponibles sur son territoire, articulée avec le diagnostic initial du programme régional (PRSP).

Indicateurs		Commentaires
INDICATEURS DE MOYENS OU DE MISE EN ŒUVRE	Nombre, qualité, temps dédié des référents de la PASS, fiches de postes, planning d'interventions. Modalités d'organisation et fréquence de leurs échanges, relevés de décisions des réunions.	Un des référents peut être désigné pour faire le lien avec les associations.
	Utilisation de protocoles formalisés avec les services (exemple avec la pharmacie, les urgences).	Depuis mai 2006, l'article D 6124-21 du CSP prévoit qu'un assistant de service social est affecté à la structure des urgences afin d'organiser la prise en charge sanitaire et sociale adaptée des patients à leur sortie de cette structure.
	Composition du comité de pilotage. Fréquence des réunions du comité de pilotage et des groupes thématiques s'il y a lieu, ordre du jour, compte rendu. Présence de la PASS dans les instances et réseaux locaux se préoccupant de la précarité et de la santé.	Un comité de pilotage large renforce le portage stratégique de la PASS, mais est plus difficile à animer. Des réunions thématiques, notamment réunions de résolution de problèmes peuvent être pertinentes.
	Nombre de partenariats formalisés (conventions, courriers...) avec les acteurs externes sanitaires et sociaux. Descriptif des partenariats.	
	Nombre et types de protocoles formalisés, utilisés.	Un protocole de repérage des patients n'est pas une indication d'orientation systématique vers la PASS. Il doit identifier leur situation par rapport aux droits (sans droit, droits potentiels, droits ouverts).
	Nombre de réunions, nombre et qualité des participants, thèmes de réflexion, avis formulés, compte rendu des échanges.	La référence 2b du manuel de la certification mentionne la conduite d'une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient.
	Nombre de supports de communication et modalités de diffusion. Effectivité de la diffusion. Public touché.	Exemple de cible de diffusion : union régionale des médecins libéraux. Signalétique : proposer par exemple un logo unique de la PASS lisible par tous les patients (analphabètes...).
	Présentation annuelle du rapport au conseil d'administration, au comité technique d'établissement, à la commission médicale d'établissement, à la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, à la conférence régionale de santé et à l'ensemble des partenaires financiers, compte rendu des discussions.	Il est essentiel d'établir une connexion entre les partenaires financiers pour rendre lisible leur nécessaire complémentarité. Les établissements peuvent créer un groupe transversal « précarité » chargé de produire un rapport sur l'activité, les initiatives des pôles, les modes de prises en charge des publics précaires.
	Nombre, qualité des bénéficiaires de ces actions. Inscription des thématiques relatives à la précarité dans les plans de formation de l'établissement.	La référence 8.c du manuel de certification mentionne : « la formation continue contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des professionnels ».
	PASS inscrite dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles de médecins, dans une démarche de certification.	Les PASS peuvent également être prises en compte dans les références suivantes du manuel de certification : 19.a (adaptation de l'information aux capacités et facultés de compréhension du patient), 24.b (prise en compte des différents besoins, dont social, du patient dans le projet thérapeutique), 25.a à 25.f (situations nécessitant une prise en charge adaptée), 36.a (adaptation de l'éducation thérapeutique).

Objectif: Rendre effectif l'accès aux systèmes de santé aux personnes

Mesurer l'efficacité

La PASS évalue les résultats et la performance de son organisation et de son action pour l'adapter aux besoins évolutifs des

Recommandations	
ÉTAPE MINIMALE	1. Évaluer la stratégie développée par la PASS Évaluer l'effectivité du portage par le conseil d'administration, la direction, la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement, le comité de pilotage, le pôle de rattachement. Évaluer l'implication des professionnels de la PASS et des partenaires externes. Évaluer si la PASS est un dispositif transversal ou une filière spécifique pour le public en situation de précarité, si elle mène une action vers les publics ou a une logique de guichet. Évaluer sa capacité à accueillir les différents patients quelle que soit leur situation administrative (sans droit, droits potentiels, droits ouverts).
	2. Évaluer les modalités de fonctionnement de la PASS Évaluer le type de prestations offertes: prise en charge pluridisciplinaire, accès facilité à des consultations spécialisées*, adaptation des horaires aux besoins des usagers, interprétariat, accompagnement, mise en lien du patient avec les acteurs du réseau ville hôpital social et sanitaire afin que la continuité des soins soit garantie jusqu'à l'effectivité du retour au droit commun.
ÉTAPE OPTIMALE	3. Évaluer l'impact de la PASS Effectivité de l'accès aux soins (préventifs et curatifs) sur le territoire, qualité du maillage entre les acteurs sanitaires et sociaux et de l'accès des patients avec les acteurs de ce réseau, effectivité et taux du retour au droit commun (droits sociaux et médecin traitant...), efficacité de la réponse à l'utilisateur.
	4. Évaluer l'adéquation de la réponse de la PASS aux besoins Évaluer le nombre et le type de bénéficiaires par rapport au public cible (existence de populations n'accédant pas aux soins sur le territoire, nombre de nouveaux bénéficiaires par rapport aux anciens bénéficiaires), l'activité, les types de prestations offertes, les modalités de fonctionnement (horaires journaliers, amplitude hebdomadaire, localisation...).
	5. Évaluer la satisfaction des usagers Réaliser des enquêtes de satisfaction des patients en situation de précarité, ou auprès des partenaires qui les prennent en charge, s'insérer dans les démarches de l'établissement en matière d'évaluation de la satisfaction des usagers.

en situation précaire et leur assurer une prise en charge de qualité de la PASS

personnes démunies du territoire

	Indicateurs	Commentaires
INDICATEURS DE RÉSULTATS ET DE PERFORMANCE	Présence des problématiques concernant l'accès aux soins des personnes démunies dans les rapports d'activité et discussion avec les Institutionnels concernés (direction, conseil d'administration, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, agence régionale de l'hospitalisation, partenaires externes...).	
	Implication des partenaires externes : constitution ou participation à un réseau sanitaire et social formalisé sur le territoire (réseau précarité ville...).	
	Actions correctives.	
	Existence et utilisation effective de protocoles formalisés, fluidité obtenue pour la circulation des personnes accueillies.	L'un des objectifs des PASS est de permettre aux personnes de recouvrer leurs droits et d'accéder aux soins dans le cadre du droit commun y compris aux consultations spécialisées.
	Plages horaires proposées et demandes de consultations en dehors des horaires.	* Consultations spécialisées : gynécologie, consultations d'information de dépistage anonyme et gratuit, centres d'information de dépistage de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, dispensaires antivenériens, centre de lutte antituberculeux, unités de coordination tabacologiques, équipe de liaison et de soins en addictologie, odontologie...
	Nombre moyen de consultations médicales délivrées avant l'effectivité du retour au droit commun.	
	Flux des patients accueillis à l'hôpital/à la PASS. Nombre de patients pris en charge dans le cadre d'un réseau précarité sur le territoire.	Dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles, un indicateur pour évaluer le retour au droit commun peut être recherché.
	Nombre de liens formalisés entre la PASS et les partenaires externes (ex : médecins libéraux, centres de santé) pour prendre en charge des personnes démunies.	
	Existence et utilisation effectives d'outils : fiches de suivi social, de suivi médical avec les membres du réseau, fiches de transmission pour s'assurer de la réussite de l'orientation.	
	Rapprochement avec les bilans établis par les centres d'examen de santé de l'assurance maladie.	
	Analyse des données : activité/moyens accordés, flux des patients à l'hôpital/à la PASS, types de précarité, taux de retour à la PASS en raison de perte des droits sociaux.	Les types de précarité sont différents par exemple selon que les personnes sont en zone rurale ou en zone urbaine.
	Présentation de ces analyses à la direction, au conseil d'administration à la commission médicale d'établissement, aux partenaires externes... (commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation).	Des enquêtes peuvent être menées auprès des assistants sociaux et des associations sur les usagers potentiels de la PASS (malades ayant des problèmes financiers, sans couverture complémentaire).
	Actions correctives.	
	Consultation des usagers par une enquête qualitative ponctuelle.	
	Expression au comité de pilotage de la PASS de la satisfaction des membres du réseau précarité concernant l'action de la PASS.	

Annexe 5 : Lettre d'information aux patients :

Objet : Lettre adressée aux personnes qui viennent aux permanences d'accès aux soins de santé de Grenoble et Chambéry.

Madame, Monsieur,

Vous consultez dans ce qu'on appelle une Permanence d'accès aux soins de santé.
Pour que le service marche bien, les professionnels essayent de l'organiser au mieux.
Le but est que cela vous soit le plus utile possible, c'est pourquoi nous avons besoin de votre avis.

Pour cela, nous souhaitons pouvoir discuter avec vous en entretien individuel.
Les informations que vous allez nous donner seront très importantes pour améliorer au mieux votre prise en charge ici.

L'entretien sera anonyme, vous pourrez dire tout ce que vous pensez : il n'y aura pas de conséquences sur votre prise en charge.
Aucun jugement de valeur ne sera porté sur ce qui est dit lors de l'entretien.
Avec votre accord, il sera enregistré mais bien sûr, il ne sera pas diffusé.

Nous vous solliciterons à nouveau dans les semaines ou mois qui suivent, pour une discussion en groupe (toujours avec votre accord, l'anonymat sera aussi respecté).

Notre travail est dirigé par le Dr Bruno De Goer, médecin responsable de la PASS de Chambéry.

En vous remerciant par avance de votre aide, nous comptons sur vous pour mener à bien notre projet, et nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

Avec notre plus profond respect,

Laurie Blache et Marlène Peyret, internes en médecine générale

Annexe 6 : Première grille d'entretien semi-dirigée :

Bonjour,

Merci d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Nous sommes deux internes de médecine générale et nous réalisons notre travail de thèse à partir de vos entretiens.

Nous souhaitons améliorer votre prise en charge ici et peut être également le fonctionnement du service à partir de ce que vous allez nous dire.

Ce que vous direz au cours de cet entretien restera confidentiel. Votre parole doit être aussi libre que possible.

Cet entretien sera enregistré et retranscrit dans son intégralité pour permettre son analyse. Il durera environ une heure.

Ces données ne seront pas accessibles à d'autres personnes que celles impliquées dans ce travail.

1/ Ressenti :

- Vous souvenez-vous la première fois que vous êtes venu à la PASS ? (essayer de savoir s'ils étaient accompagnés ou non)
- Pouvez-vous me dire comment cela s'est-il passé ?
- Quelle a été votre impression (ressenti) sur votre prise en charge ?
- Qu'attendiez-vous de votre prise en charge ? (faire détailler le parcours de soins)

2/ Accessibilité/ Accueil :

- Pouvez-vous me dire comment s'est passé votre accueil ici ?
- Vous êtes-vous senti bien accompagné tout le long de votre prise en charge ?
- Vous êtes-vous senti compris (malgré une éventuelle barrière de langue) ?
- Quand vous parlez de la PASS à l'extérieur, est-ce que les gens connaissent la structure ?

3/ Modalités de fonctionnement :

- Qu'est-ce qui vous plaît/déplaît ici ?
- J'aimerais que vous me racontiez comment cela s'est passé si vous aviez besoin de voir un spécialiste (ophtalmo, dentiste, psychiatre ou psychologue, autre spécialiste) ? Cela s'est fait comme vous l'espériez ? De la même manière, vous a-t-on correctement orienté s'il fallait voir des professionnels à l'extérieur de l'hôpital ?

4/ Adéquation aux besoins :

- Pouvez-vous me dire ce qui est important pour vous pour une PASS ? (demander de détailler)
- Manque-t-il quelque chose pour vous ici ? (ex : soin dentaire...)
- En reprenant votre histoire personnelle, auriez-vous des conseils à donner pour améliorer la prise en charge des autres patients ?

5/ Satisfaction des usagers :

- Vous sentez-vous bien pris en charge à la PASS ?
- A un moment donné, auriez-vous souhaité/attendu autre chose de notre part ?

Acceptez vous que l'on vous recontacte prochainement pour discuter de cela en groupe ?

Annexe 7 : Grille d'entretien simplifiée :

- Pouvez-vous me raconter un jour où ça s'est bien passé ?
- Pouvez-vous me raconter un jour où ça s'est mal passé ?
- Qu'est-ce qui est important pour vous pour une bonne prise en charge ?
- Qu'est-ce qu'il faut surtout ne pas faire ?

Concernant la grille d'entretien pour les personnes accompagnant les patients, nous avons modifié les deux premières questions par « Est-ce que vous connaissez un patient qui un jour a été content/mécontent de la PASS ? ».

RESUME

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont été créées suite à la loi de juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Ces dispositifs médico-sociaux ont pour but l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et l'aide dans la reconnaissance de leurs droits.

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins a établi des recommandations nationales sur les PASS en 2008 où il est notifié de prendre l'avis des patients pour une amélioration des pratiques.

L'objectif de cette étude était d'établir des critères d'évaluation des PASS avec les usagers dans le but d'améliorer le dispositif et le service rendu.

Il s'agit d'une étude qualitative prospective réalisée auprès d'usagers des PASS de Grenoble et Chambéry entre le 1^{er} mars et le 26 août 2013. Elle s'est déroulée en deux temps : une série de 30 entretiens semi-directifs puis une deuxième partie de 2 séances de focus groupes constitué chacun de 4 patients.

Ceux-ci ont relevé plusieurs critères ressentis comme importants dans une PASS, ne concernant pas seulement leur santé :

- L'accueil
- L'accompagnement
- La relation médecin-personnel/malade
- Une prise en charge globale en terme d'accès aux soins, d'information, d'aide dans leur démarche socio-administrative et d'orientation dans leur parcours de soins jusqu'au retour au droit commun
- La PASS est un repère où ils se sentent considérés en tant que personne.

Ces critères mis en évidence pourraient servir de support à un travail ultérieur où l'objectif serait de traduire ces axes en critère d'évaluation avec une méthode adaptée.

La réalisation d'un guide sur les PASS et le retour au droit commun avec son évaluation sur le service rendu pourrait permettre une meilleure égalité quant à l'information reçue.

Mots clés : Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), usagers, accueil, accompagnement, retour au droit commun, information.