



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix-Marseille Université

**Accès aux soins primaires chez les patients précaires : à propos d'une
permanence d'accès aux soins de santé de ville à Marseille. Etude qualitative
sur les expériences et ressentis des professionnels de santé partenaires du
dispositif PASS de ville de Médecins du Monde à Marseille.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 18 Décembre 2019

Par Monsieur Alexandre HALFORD

Né le 6 juin 1985 à Lyon 04^{ème} (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal	Président
Monsieur le Professeur GENTILE Gaétan	Assesseur
Monsieur le Professeur TANTI-HARDOUIN Nicolas	Assesseur
Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic	Assesseur
Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva	Directeur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix-Marseille Université

**Accès aux soins primaires chez les patients précaires : à propos d'une
permanence d'accès aux soins de santé de ville à Marseille. Etude
qualitative sur les expériences et ressentis des professionnels de santé
partenaires du dispositif PASS de ville de Médecins du Monde à Marseille.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 18 Décembre 2019

Par Monsieur Alexandre HALFORD

Né le 6 juin 1985 à Lyon 04^{ème} (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal	Président
Monsieur le Professeur GENTILE Gaétan	Assesseur
Monsieur le Professeur TANTI-HARDOUIN Nicolas	Assesseur
Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic	Assesseur
Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva	Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseeurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTÉY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

1967

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

1974

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

1975

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

1976

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

1977

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

1978

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

1980

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

1981

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

1982

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

1985

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

1986

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

1987

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

1988

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

1989

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

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

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

2009

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

2010

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

2011

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

2012

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

2013

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

2014

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

2015

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

2016

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

2017

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

2018

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOTRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSON François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikael	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMONOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAÏM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

ANTHROPOLOGIE 20

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

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

ADALIAN Pascal (PR)

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

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

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

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
 DUBOURG Grégory (MCU-PH)
 GOURIET Frédérique (MCU-PH)
 NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
 NINOVE Laetitia (MCU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
 GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
 LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
 MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
 SECQ Véronique (MCU-PH)

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

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

ALBANESE Jacques (PU-PH)
 BRUDER Nicolas (PU-PH)
 LEONE Marc (PU-PH)
 MICHEL Fabrice (PU-PH)
 VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
 FROMONOT Julien (MCU-PH)
 MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
 SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

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

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

CARDIOLOGIE 5102

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
 TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

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

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

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

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
 GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
 MANCINI Julien (MCU-PH)

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

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002		GUERIN Carole (MCU PH)	
ARGENSON Jean-Noël (PU-PH) BLONDEL Benjamin (PU-PH) CURVALE Georges (PU-PH) FLECHER Xavier (PU PH) <i>PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité</i> ROCHWERGER Richard (PU-PH) TROPIANO Patrick (PU-PH)		CHIRURGIE INFANTILE 5402 GUYS Jean-Michel (PU-PH) JOUVE Jean-Luc (PU-PH) LAUNAY Franck (PU-PH) MERROT Thierry (PU-PH) VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) FAURE Alice (MCU PH) PESENTI Sébastien (MCU-PH)	
OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)			
CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702			
BERTUCCI François (PU-PH) CHINOT Olivier (PU-PH) COWEN Didier (PU-PH) DUFFAUD Florence (PU-PH) GONCALVES Anthony PU-PH) HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH) LAMBAUDIE Eric (PU-PH) SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice (PU-PH)		CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH) GUYOT Laurent (PU-PH)	
SABATIER Renaud (MCU-PH) TABOURET Emeline (MCU-PH)		FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)	
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103		CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004 CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH)	
COLLART Frédéric (PU-PH) D'JOURNO Xavier (PU-PH) DODDOLI Christophe (PU-PH) GARIBOLDI Vlad (PU-PH) MACE Loïc (PU-PH) THOMAS Pascal (PU-PH)		BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)	
FOUILLOUX Virginie (MCU-PH) GRISOLI Dominique (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH)			
CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104		GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201	
ALIMI Yves (PU-PH) AMABILE Philippe (PU-PH) BARTOLI Michel (PU-PH) BOUFI Mourad (PU-PH) MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH) PIQUET Philippe (PU-PH) SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)		BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre</i> DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH) GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH) GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Véronique (PU-PH)	
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202		GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)	
LEPIDI Hubert (PU-PH)		GENETIQUE 4704	
<i>ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité</i> PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)		BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) MONCLA Anne (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)	
DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003		NGYUEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)	
BERBIS Philippe (PU-PH) GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH) GROB Jean-Jacques (PU-PH) RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)			
DUSI			
COLSON Sébastien (MCF)			
ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404		GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403	
BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CUNY Thomas (MCU PH)		AGOSTINI Aubert (PU-PH) BOUBLI Léon (PU-PH) BRETELLE Florence (PU-PH) CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH) COURBIERE Blandine (PU-PH) CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)	
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601			
AUQUIER Pascal (PU-PH) BOYER Laurent (PU-PH) GENTILE Stéphanie (PU-PH) <i>SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre</i> THIRION Xavier (PU-PH)			
BERBIS Julie (MCU-PH) LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH) RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)			
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section) TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)			

IMMUNOLOGIE 4703		HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701	
KAPLANSKI Gilles (PU-PH) MEGE Jean-Louis (PU-PH) OLIVE Daniel (PU-PH) VIVIER Eric (PU-PH)		BLAISE Didier (PU-PH) COSTELLO Régis (PU-PH) CHIARONI Jacques (PU-PH) GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH) MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH) VEY Norbert (PU-PH)	
FERON François (PR) (69ème section)			
BOUCRAUT Joseph (MCU-PH) CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH) DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH) DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH) ROBERT Philippe (MCU-PH) VELY Frédéric (MCU-PH)		DEVILLIER Raynier (MCU PH) GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH) LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH) LOOSVELD Marie (MCU-PH) SUCHON Pierre (MCU-PH)	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)		POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)	
		MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603	
MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503		BARTOLI Christophe (PU-PH) LEONETTI Georges (PU-PH) PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH) PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)	
BROUQUI Philippe (PU-PH) LAGIER Jean-Christophe (PU-PH) PAROLA Philippe (PU-PH) STEIN Andréas (PU-PH)		TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)	
MILLION Matthieu (MCU-PH)		BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)	
MEDECINE D'URGENCE 4805			
KERBAUL François (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH)		MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905	
MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301		BENSOUSSAN Laurent (PU-PH) VITON Jean-Michel (PU-PH)	
BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) DISDIER Patrick (PU-PH) DURAND Jean-Marc (PU-PH) FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre GRANEL/REY Brigitte (PU-PH) HARLE Jean-Robert (PU-PH) ROSSI Pascal (PU-PH) SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)		MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602	
EBBO Mikael (MCU-PH)		LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)	
GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)		MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602	
ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)		BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH) SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)	
BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein) GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)		NEPHROLOGIE 5203	
		BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre BRUNET Philippe (PU-PH) BURTEY Stéphanne (PU-PH) DUSSOL Bertrand (PU-PH) JOURDE CHICHE Noémie (PU PH) MOAL Valérie (PU-PH)	
NUTRITION 4404		NEUROCHIRURGIE 4902	
DARMON Patrice (PU-PH) RACCAH Denis (PU-PH) VALERO René (PU-PH)		DUFOUR Henry (PU-PH) FUENTES Stéphane (PU-PH) REGIS Jean (PU-PH) ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH) SCAVARDA Didier (PU-PH)	
ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité BELIARD Sophie (MCU-PH)		CARRON Romain (MCU PH) GRAILLON Thomas (MCU PH)	
MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)			
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)		NEUROLOGIE 4901	
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)		ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH) FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH)	

OPHTALMOLOGIE 5502		PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904	
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) <i>Disponibilité</i> MATONTI Frédéric (PU-PH) <i>Disponibilité</i>		DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)	
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501		PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803	
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) MICHEL Justin (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) <i>DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité</i> REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)		BLIN Olivier (PU-PH) <i>FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre</i> MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH)	
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502		PHILOSOPHIE 17	
RANQUE Stéphane (PU-PH)		LE COZ Pierre (PR) (17ème section)	
CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)		MATHIEU Marion (MAST)	
PEDIATRIE 5401		PHYSIOLOGIE 4402	
ANDRE Nicolas (PU-PH) CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH)		BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGÉON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)	
COZE Carole (MCU-PH) FABRE Alexandre (MCU-PH) OVAERT Caroline (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)		BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BONINI Francesca (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) <i>DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)</i> DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) REY Marc (MCU-PH)	
PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903		RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)	
BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH)			
PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16			
AGHABABIAN Valérie (PR)		PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101	
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302		ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) <i>CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre</i> GREILLIER Laurent (PU PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)	
BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOITRE Kathia (PU-PH) GIRARD Nadine (PU-PH) GORINCOUR Guillaume (PU-PH) JACQUIER Alexis (PU-PH) MOULIN Guy (PU-PH) PANUEL Michel (PU-PH) PETIT Philippe (PU-PH) VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)		MASCAUX Céline (MCU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)	
REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802		THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804	
GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH)		AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH)	
HRAIECH Sami (MCU-PH)		DAUMAS Aurélie (MCU-PH)	
RHUMATOLOGIE 5001		UROLOGIE 5204	
GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH)		BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)	

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur AUQUIER

Je vous adresse mes remerciements et ma reconnaissance pour avoir accepté de présider mon jury de thèse.

A Monsieur le Professeur GENTILE

Merci d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur TANTI-HARDOUIN

Je vous remercie de participer à ce jury de thèse. Veuillez trouver le témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur CASANOVA

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à mon jury dans les dernières minutes, afin que je puisse soutenir cette thèse. Veuillez recevoir mes remerciements les plus profonds.

A Madame le Docteur JEGO – SABLIER

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, de m'avoir accompagné et orienté dans la réalisation de ce travail.

A Médecins du Monde de Marseille

Merci pour le temps que vous avez pu me consacrer, afin de réaliser ce travail de thèse et mon mémoire de DES.

A ma famille :

A ma **Grand-mère**, qui attendait probablement ce jour plus que moi mais qu'on ne pourra pas fêter ensemble. Merci pour tout ce que tu m'as apporté.

A mon **Grand-père**, merci pour les moments que l'on a vécus ensemble, j'espère qu'ils sont encore présents dans ta mémoire.

A **Julia**, merci de m'avoir soutenu ces derniers mois et d'être présente tous les jours à mes côtés. A **Eugénie**, merci pour ce que tu m'apportes chaque jour.

A ma **Mère**, merci pour tout ce que tu m'as donné, de m'avoir soutenu et accompagné pendant ces longues années.

A **Anne-Laurence**, merci de me supporter depuis toutes ces années.

A mon **Oncle** et ma **Tante**, merci pour votre soutien et d'être présents ce jour.

A mes **beaux-parents**, merci pour votre gentillesse. A mes **belles-sœurs**, vous êtes de supers belles-sœurs et vos **maris** sont pas mal également. Félicitations pour vos superbes enfants **Suzanne**, **Jean** et la toute dernière **Joséphine**.

Aux amis :

A **Jean-Christophe** et **Mickaël**, cela fait un moment que l'on ne s'est pas vu mais vous gardez une place toute particulière.

A la **Framily**, tous les moments passés ensemble et ceux qui suivront. Un grand merci à chacun de vous : **Manu** et **Clemchou**, **Ben** et **Margaux**, **Alix** et **Hadri**, **Anne-Lise** et **Toto** (merci pour toute ton aide), **John**, **Marie**, **Marion**, **Clément**, **Mylène** et **Thévou**, **Alix** et **Antho**, **Anis** et **Léa**, **Seb** et **Estelle**...

A tous les enfants de la **Fram** ceux qui sont déjà là et les prochains.

A **Anne** et **Pépette**, **Camille** et **Ju**...

A tous les amis de Julia qui sont devenus maintenant mes amis : **Drynou**, **Riri**, **Wiwo**, **Sexy** et **Claire**, **Soso** et **Bat**, **Tatouille** et **Sylvain**, **Floxou**, **Alix** et **Céline**, **Elise** et **Antho**...

Table des matières

1	Introduction générale.....	3
2	Contexte et importance de la prise en charge des patients précaires en soins premiers ...	5
2.1	La santé des populations précaires.....	5
2.2	Précarité et accès aux soins	5
2.2.1	Les dispositifs existants d'accès aux soins dans le droit commun des personnes précaires.....	5
2.2.2	Les obstacles persistants à l'accès aux soins des populations précaires.....	7
2.3	L'intérêt de l'intégration des patients précaires dans le soin premier.....	7
2.4	Les solutions actuelles d'accès aux soins de ces populations précaires à Marseille ...	8
2.5	Le dispositif d'accès aux soins des plus précaires : la PASS de ville de Médecin du Monde	9
3	Objectifs de l'étude	11
4	Matériels et méthode.....	12
4.1	Type d'étude	12
4.2	Population d'étude.....	12
4.3	Constitution de l'échantillon.....	12
4.4	Recueil des données et guide d'entretien	13
4.5	Analyse	13
5	Résultats	14
5.1	Caractéristiques des entretiens	14
5.2	Description de l'échantillon	14
5.3	Résultats.....	16
5.3.1	Des spécificités objectivées à travers une prise en charge globalement perçue comme non spécifique.....	16
5.3.2	Les postures des professionnels vis-à-vis des solutions de prise en charge offertes par le dispositif	19
5.3.3	Limites et freins du dispositif ressentis par les professionnels	24
5.3.4	Les pistes d'améliorations évoquées par les professionnels de santé partenaires de la PASS de ville	25

6	Discussion	30
6.1	Résultats principaux	30
6.2	Discussion de la méthodologie	31
6.2.1	Population de l'étude.....	31
6.2.2	Les entretiens.....	32
6.2.3	Analyse	32
6.3	Discussion des résultats	32
6.3.1	Les démarches de prises en charge des professionnels du dispositif	32
6.3.2	Les outils de la PASS de ville pour améliorer la prise en charge des patients....	34
6.3.3	Perspectives d'amélioration du dispositif.....	36
6.4	Perspectives générales.....	37
7	Conclusion.....	38
	Références	39
	Liste des abréviations	41
	Annexes	42

1 Introduction générale

En France, le nombre de personnes en situation de précarité s'accroît. Dans son rapport sur la pauvreté en France publié en 2018, l'Observatoire Des Inégalités rapporte qu'entre 2005 et 2016, les personnes vivant sous le seuil de pauvreté a augmenté de 820 000 personnes. D'un point de vue économique, le seuil définissant la pauvreté est déterminé par un seuil de revenu minimum. Ce seuil est fixé à 60% du revenu médian de la population française. Actuellement, 14% de la population française, soit 8,8 millions de français, vit sous le seuil de pauvreté (1).

D'un point de vue social, la précarité peut être définie comme « *un état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnels, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux* » (2). Cette notion de précarité renvoie à l'idée d'un processus dynamique, où le cumul de plusieurs facteurs de vulnérabilité (économique, sociaux, familiaux ou sanitaires) engendre un phénomène de précarisation progressif pouvant aboutir à l'exclusion (3).

Les personnes en situation de précarité ont une difficulté d'accès aux droits fondamentaux et notamment à ceux liés aux soins. L'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecins Du Monde (MDM) en 2017 rapporte que seulement 13,3% des personnes accueillies dans leurs Centres d'accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) disposaient d'une couverture maladie et 7 patients sur 10 relevaient théoriquement d'une couverture maladie (4).

Afin de faire face aux difficultés d'accès aux soins qui touchent les personnes les plus démunies, des Permanences d'accès aux Soins de Santé (PASS) ont été mises en place dans le cadre de la loi de Lutte Contre les Exclusions de 1998 (5,6). Ces dispositifs implantés aux seins des hôpitaux, ont permis l'amélioration de l'accès aux soins des populations précaires. Cependant, la prise en charge des patients au sein des PASS hospitalières a pour vocation de s'arrêter une fois l'accès au droit rétabli. La question se pose alors de la réorientation vers de nouveaux acteurs de soins primaires notamment ambulatoires. Dans ce sens, sous l'impulsion de l'ARS, des PASS « de ville » ont été expérimentées en Ile-de-France en 2013 (7). Ces dispositifs expérimentés à travers des centres de santé municipaux et des réseaux de santé

précarité et accès aux soins, ont permis de mobiliser des acteurs de soins libéraux mais n'ont pas permis de mobiliser l'ensemble des acteurs de soins primaires.

Depuis janvier 2019, MDM s'est inspiré des retours positifs des expérimentations des PASS « de ville » en Ile-de-France pour créer un nouveau dispositif d'accès aux soins des populations précaires à Marseille : la PASS de ville de MDM. Ce dispositif implique dès la prise en charge du patient, l'ensemble du tissu de soins primaires ambulatoires.

La prise en charge des patients en situation de précarité est un enjeu de santé publique. Les soins primaires ambulatoires de façon générale représentent un enjeu de santé publique dans la prise charge globale de cette population en situation de précarité (8). Cette étude nous permet d'approfondir les expériences et les ressentis des professionnels ayant commencés à recevoir des patients dans le cadre du nouveau dispositif de la PASS de ville de MDM.

2 Contexte et importance de la prise en charge des patients précaires en soins premiers

2.1 La santé des populations précaires

Il existe une association réciproque entre situations de précarité et état de santé dégradé. L'état de santé des populations précaires est plus dégradé que dans la population générale (9). Elle est marquée par une prévalence plus accrue de maladies chroniques transmissibles (infection par le VIH (10), tuberculose (11)) et non transmissibles (diabète (12), maladies cardiovasculaires (13)). Ces pathologies sont associées à un taux de mortalité plus élevé à âge égal et une diminution notable de l'espérance de vie (14, 15). Cette dégradation de l'état de santé s'associe à l'existence de modes de vie et de comportements à risque (déséquilibres alimentaires, toxicomanie, difficulté de logement...) conduisant cette population à minimiser l'importance de leur état de santé. Cela entraîne une mauvaise prise en charge de leurs maladies chroniques. Tous ces facteurs participent à une difficulté dans l'utilisation et l'accès aux soins des personnes en situations de précarité (16).

2.2 Précarité et accès aux soins

2.2.1 Les dispositifs existants d'accès aux soins dans le droit commun des personnes précaires

Le système de santé français permet l'accès aux soins des personnes les plus démunies grâce à différents dispositifs.

2.2.1.1 La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-c)

Elle concerne les personnes résidentes en France de manière stable et régulière qui perçoivent des ressources inférieures à un plafond fixé selon la composition du foyer (en 2019, revenus inférieurs à 8951 euros annuellement pour une personne seule en France métropolitaine). Elle donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé de façon à atteindre 100% des tarifs de la sécurité sociale. Les professionnels de santé doivent respecter les tarifs opposables et permettre la réalisation du tiers-payant auprès de ces bénéficiaires (17).

2.2.1.2 L'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)

Créée par la loi du 13 août 2004, ce dispositif se situe dans le prolongement de la CMU-c afin d'atténuer son effet seuil. L'ACS a pour objectif d'aider les personnes dont les ressources se trouvent un peu au-dessus du seuil d'accès à la CMU-c en leur permettant néanmoins d'acquérir une assurance complémentaire. Cette aide permet la prise en charge d'une partie de la cotisation annuelle à une complémentaire santé, grâce à la remise d'une attestation chèque à remettre à l'organisme complémentaire. Le montant varie en fonction de l'âge du bénéficiaire. Ce dernier doit résider en France de manière stable et régulière et ses ressources doivent être comprises entre le plafond de la CMU-c et ce même plafond majoré de 35% (au 1^{er} avril 2019 le plafond annuel est de 12084 euro). Depuis 2015, la mise en place du tiers-payant intégral, l'exonération du paiement des franchises et des participations forfaitaires ont été ajoutés pour ces bénéficiaires (18).

2.2.1.3 L'Aide Médicale d'État (AME)

Elle permet la prise en charge des soins des étrangers en situation irrégulière pouvant prouver leur résidence de manière stable en France depuis au moins trois mois, sous certaines conditions de ressources. Cependant l'offre de soins couverte par l'AME reste limitée. La prise en charge des prothèses dentaires, des lunettes ou des indemnités journalières ne fait pas partie des offres de ce dispositif. De plus lorsque ces bénéficiaires doivent recourir à des soins hospitaliers coûteux, un accord préalable doit être obtenu (19).

2.2.1.4 Le fond pour soins urgents et vitaux

Il concerne les étrangers en situation irrégulière. Il est limité aux soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de la santé de la personne ou de l'enfant à naître. L'assurance maladie prend alors en charge l'intégralité des soins urgents pratiqués dans un établissement de santé, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale, avec dispense totale d'avance des frais pour ces soins (19).

2.2.2 Les obstacles persistants à l'accès aux soins des populations précaires

Malgré ces dispositifs mis en place, il existe de nombreuses barrières dans l'accès aux soins des populations précaires. L'un des obstacles connus est le **non-recours aux droits** (20). La première cause de ce non-recours provient essentiellement d'une non connaissance, par un manque d'information de la part des personnes concernant les droits ainsi que les dispositifs auxquels ils peuvent prétendre. Il peut également être motivé par un découragement devant la complexité des démarches administratives mais aussi être un choix personnel par peur de stigmatisation ou un refus de dépendance vis-à-vis des aides sociales.

Les **barrières financières** sont également un motif de non-recours aux soins. Certaines personnes en situations de précarité sont parfois obligées de différer ou de renoncer à des soins pour raisons financières. En 2008, 14,5% de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour ces raisons au cours des douze derniers mois (21).

Des **barrières professionnelles** existent également. Certains professionnels de santé refusent de soigner les patients qui disposent de la CMU-c ou de l'AME. En 2006, MDM rapporte un taux de refus déclaré de 37% par les médecins généralistes envers les patients bénéficiaires de l'AME et de 10% pour les bénéficiaires de la CMU-c (22).

La **barrière de la langue** peut constituer un obstacle aux soins, notamment chez les patients migrants.

Tous ces obstacles induisent par la suite des retards aux soins, des modes de recours et/ou de parcours inadaptés notamment aux urgences hospitalières.

2.3 L'intérêt de l'intégration des patients précaires dans le soin premier

La notion de soin premier a été, à de multiples reprises, définie dans différents pays et par différents auteurs ou organisation. On peut retenir que le soin premier est basé sur les notions communes suivantes : le premier contact, la coordination, la continuité des soins et la prise en charge globale. Selon les définitions, les acteurs de ce soin premier peuvent être plus ou moins nombreux comprenant les médecins généralistes, les pédiatres, les psychiatres, les gynécologues, les ophtalmologues, les sages-femmes, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les pharmaciens, les dentistes (23).

L'observatoire de l'accès aux droits et aux soins réalisés en 2017 par MDM auprès des patients consultants hors du droit commun dans les CASO, a montré que la moitié des patients n'a pas de suivi ni traitement de leurs problèmes de santé, 82% des patients souffrent d'une pathologie chronique, 9% ont des troubles d'ordre psychologique. La majorité de ces patients a également un état de santé bucco-dentaire très dégradé (4). Ces patients nécessitent donc un besoin de soins, de suivi, de prise en charge multidisciplinaire et globale.

Par ailleurs des études ont montré que prendre en charge les personnes en situation de précarité dans les soins premiers pouvait avoir un bénéfice pour la prise en charge de leurs maladies chroniques (24,25).

Devant ces constats, Il est donc nécessaire que ces patients aient accès aux soins premiers. L'objectif est de leurs permettre d'accéder à cette offre de soin pour qu'ils soient réinsérés dans la santé de façon pérenne.

2.4 Les solutions actuelles d'accès aux soins de ces populations précaires à Marseille

Actuellement, six PASS hospitalières sont présentes à Marseille pour permettre l'accès aux soins et le retour dans le droit commun des patients précaires. Une PASS médico-sociale généraliste disposant d'un plateau technique (PASS Rimbaud hôpital de la Timone), une PASS dentaire (hôpital de la Timone), deux PASS sociales intégrant des PASS mère-enfant (hôpital Nord et hôpital de la Conception), une PASS psychiatrique (hôpital Édouard Toulouse) et une PASS mobile gynécologique (26,27).

Ces structures sont saturées en termes de capacités d'accueil notamment par les patients en situations précaires ne nécessitant pas le plateau technique hospitalier. Ainsi, la liaison avec les structures de villes pour les patients sans de lourdes comorbidités et pouvant être pris en charge en soins primaires ambulatoires de ville est difficilement assurée.

2.5 Le dispositif d'accès aux soins des plus précaires : la PASS de ville de Médecin du Monde

Après une phase pilote qui a débutée en novembre 2018, le CASO de MDM Marseille a lancé officiellement en janvier 2019 un dispositif innovant d'accès aux soins ambulatoires de ville pour les plus précaires : la PASS de ville.

Ce dispositif a pour objectif d'orienter directement les patients consultant au CASO de MDM vers des structures de ville pour assurer les soins primaires ambulatoires tout en assurant une ouverture des droits. Ce dispositif se distingue de toutes les PASS existantes en reposant sur l'ensemble du tissu de soins primaires ambulatoires de ville.

Il s'agit de permettre l'accès aux soins ambulatoires en ville des personnes qui n'ont pas de couverture médicale :

- Soit parce qu'elles ont des droits potentiels/théoriques mais pas de couverture effective.
- Soit parce qu'elles ne peuvent pas encore prétendre à une couverture médicale.

Cette organisation :

- Met en lien directement et d'emblée les patients et les acteurs de soins primaires de ville.
- Assure un accompagnement des patients dans les démarches sociales et de soins.
- Offre un pôle téléphonique permettant d'accompagner les professionnels de santé lorsqu'ils se trouvent en difficulté dans la gestion d'une situation complexe notamment par l'accès à un service d'interprétariat professionnel.
- Permet la garantie de paiement pour les professionnels de santé de ville avec facturation différée.

Ce dispositif vise à améliorer l'accès des personnes précaires aux acteurs de santé de premier recours, lutter contre les obstacles d'accès aux soins et éviter des recours aux urgences pour des motifs qui auraient pu être pris en charge par des acteurs du soins premier ambulatoire.

Le premier pilier de la PASS de ville repose sur une convention entre MDM et CPAM 13 garantissant l'obtention d'une couverture maladie sous 15 jours pour les patients orientés dans le dispositif étiquetés comme ayant des droits potentiels/théoriques.

Le second pilier repose sur les professionnels de santé qui ne facturent pas les patients au moment de leur prise en charge, mais suspendent leurs factures le temps que les patients obtiennent leur couverture maladie. A ce moment, les professionnels sont alors remboursés par l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant.

Les patients ne pouvant pas prétendre à une couverture maladie sont également orientés dans le dispositif PASS de ville vers les partenaires de santé (médecins généralistes, dentistes, gynécologue) afin de leur permettre un accès aux soins. Le coût de ces soins est pris en charge par MDM qui a prévu une enveloppe à cet effet, jusqu'à repérage de droits potentiels. En cas d'échec d'ouverture des droits des patients étiquetés droits potentiels/théoriques, le coût des soins est également pris en charge par l'enveloppe PASS de MDM.

Actuellement le dispositif compte différents partenaires de santé : Médecins généralistes libéraux ou exerçant en centre de santé, un gynécologue, un centre de radiologie, des laboratoires d'analyses médicales, des dentistes libéraux et un centre de santé dentaire. Ces différents acteurs sont répartis sur le 1^{er}, 3^e, 4^e et 14^e arrondissements de la ville de Marseille.

3 Objectifs de l'étude

Des réflexions sont nécessaires quant à l'accès aux soins et l'amélioration de la santé des personnes en situations de précarité. Le dispositif PASS de ville de MDM a été développé dans l'hypothèse que ce nouveau dispositif puisse être une solution contribuant à l'amélioration de la prise en charge de ces patients par les soins primaires ambulatoires.

L'objectif principal de notre étude est d'explorer le vécu de la prise en charge par les professionnels de santé partenaires du dispositif PASS de ville, ainsi que leurs stratégies et/ou postures dans le cadre de cette prise en charge.

Les objectifs secondaires sont :

- Identifier les freins et les limites ressentis par les professionnels vis-à-vis du dispositif.
- Rechercher les pistes d'améliorations soulevées par les professionnels pour ce dispositif.

4 Matériels et méthode

4.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés des professionnels participant au dispositif PASS de ville de MDM sur Marseille, entre juin et septembre 2019.

4.2 Population d'étude

La population cible comprenait tous les professionnels de santé volontaires partenaires du dispositif PASS de ville recevant des patients dans ce cadre.

4.3 Constitution de l'échantillon

L'échantillon a été constitué dans une approche d'échantillonnage raisonné, devant permettre l'obtention d'un échantillon varié comprenant des médecins généralistes, des dentistes, des pharmaciens, des biologistes des laboratoires d'analyses médicales, d'un radiologue et d'un gynécologue. La liste des professionnels de santé acteurs du dispositif de PASS de ville nous a été transmise par MDM. Tous les partenaires du dispositif ont été invités à participer à l'étude par email en présentant l'objet de l'étude, ses modalités de réalisation dans un premier temps. Des relances par mail et par appel téléphonique ont été réalisés. Nous nous sommes déplacés sur place pour un certain nombre de professionnel de santé afin d'optimiser le nombre de participant à l'étude. Nous avons inclus les personnes non professionnelles de santé participant au déroulement du dispositif qui ont été en relation directe ou indirecte avec les patients. Pour exemple : la secrétaire de l'accueil d'un laboratoire d'analyses médicales était la première personne à recevoir les patients PASS de ville lorsqu'ils se présentaient. Dans ce cadre nous avons complété notre échantillonnage, dans la démarche d'échantillonnage théorique, par la recherche et l'inclusion de professionnels non médicaux. Le recrutement a été le plus exhaustif possible, limité aux possibilités et accord des professionnels ainsi que dans la limite temporelle de réalisation du travail. Les participants ont été inclus jusqu'à épuisement des contacts.

4.4 Recueil des données et guide d'entretien

Des entretiens semi-directifs individuels ont été réalisés en face à face auprès des professionnels (médicaux, paramédicaux ou non médicaux) partenaires du dispositif PASS de ville de MDM. Le guide d'entretien abordait 6 thèmes principaux : les expériences de soins des professionnels, les pratiques de soins, les ressentis vis-à-vis du dispositif, les relations entretenues avec le CASO de MDM, les atouts et freins perçus et les pistes d'améliorations pressenties. Chaque thème était décliné en différentes questions (annexe 1).

Les entretiens ont été menés par le doctorant et enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis intégralement retranscrits. Lors de la retranscription, le sens du discours a été respecté cependant les verbatim ont parfois été corrigés sur le plan de la grammaire et de la syntaxe à des fins de compréhension. Les entretiens ont été anonymisés et sont restés strictement confidentiels.

L'accord des professionnels de santé à la participation de l'étude a été obtenu oralement au préalable de chaque entretien.

4.5 Analyse

Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse inductive inspirée de la théorisation ancrée. Tel qu'exprimé par Pierre Paillé dans les *cahiers de recherche sociologique* en 1994, la théorisation ancrée est « une démarche itérative de théorisation progressive d'un phénomène » (28).

Pour cette étude une première lecture flottante a été réalisée. Ensuite, une codification par codage ouvert pour chaque entretien a été faite, suivie d'un codage axial qui comparait les codes de chaque entretien. Une catégorisation a été réalisée par le regroupement de ces codes en catégories. Un travail de modélisation fut réalisé afin de faire ressortir des thèmes. La grille d'analyse a été construite à l'aide du logiciel NVIVO.

5 Résultats

5.1 Caractéristiques des entretiens

Nous avons réalisé 11 entretiens semi-dirigés d'une durée moyenne de 19 (min 7 ; max 40) minutes. Neuf ont été réalisés sur le lieu d'exercice des professionnels. Un entretien s'est déroulé dans les bureaux de MDM de Marseille et un autre à la faculté de médecine de la Timone. Les interviews ont été réalisées de façon similaire dans un lieu calme et propice à la discussion choisi par le participant. La suffisance des données n'a pas été atteinte.

5.2 Description de l'échantillon

Dans notre étude, les entretiens réalisés ont pu permettre d'avoir un échantillon de professionnels diversifié à la fois sur le mode d'exercice, l'âge et le sexe. (**Tableau 1**) Les différents professionnels exerçaient dans des quartiers populaires de Marseille. Ils décrivaient leur patientèle comme étant des populations qui pouvaient être en situation de précarité ou de grande pauvreté mais également de niveau de vie moyen à aisé.

Tableau 1 : caractéristiques de l'échantillon

Entretiens	Professions	Mode d'exercice	Lieu	Durée (minutes)	Âge (années)	Sexe
A	Dentiste	Libéral	cabinet	18	40 – 50	F
B	Pharmacienne	Salariée	pharmacie	12	20 -30	F
C	Comptable de la pharmacie	Salariée	pharmacie	7	40 – 50	F
D	Biologiste	Libéral	laboratoire	12	30 – 40	H
E	Secrétaire d'accueil au laboratoire d'analyses médicales	Salariée	laboratoire	10	50 – 60	F
F	Médecin généraliste	Salarié	PASS de la Timone	20	20 – 30	H
G	Médecin généraliste	Libéral	cabinet	35	50 – 60	F
H	Médecin généraliste	Libéral	Faculté de médecine de la Timone	24	30 – 40	F
I	Médecine généraliste	Libéral	bureaux de MDM	40	60 – 70	H
K	Médecin généraliste	Libéral	cabinet	20	60 – 70	H
L	Radiologue	Libéral	cabinet	16	60 – 70	H

F : femme ; H : homme

5.3 Résultats

5.3.1 Des spécificités objectivées à travers une prise en charge globalement perçue comme non spécifique

5.3.1.1 Une prise en charge exprimée et ressentie comme non spécifique

Pour les professionnels de santé, la prise en charge des patients issus du dispositif de PASS de ville était ressentie comme similaire à celle des patients de droits communs.

Professionnel A : « *Je fais comme les autres patients, c'est-à-dire, le questionnaire médical, le bilan complet, radio, bilan buccal classique : dentaire, lèvre...* »

Professionnel B : « *la personne se présente avec une ordonnance avec le tampon PASS de ville, ensuite on enregistre le patient, c'est-à-dire on crée la fiche dans le logiciel... Et ensuite on délivre les médicaments. On explique le traitement pour tout le monde, enfin il n'y a pas de différence entre une personne qui vient avec une ordonnance PASS de ville et quelqu'un qui a son dossier à la sécurité sociale et qui a sa mutuelle. Au niveau de la délivrance et au niveau du conseil sur le médicament, on ne fait pas de différence.* »

Professionnel D : « *On fait le circuit classique, la prise de sang classique, le rendu des résultats que ce soit aux patients ou aux prescripteurs s'ils le désirent directement.* »

Professionnel L : « *L'accueil ça se passe facilement... on fait un enregistrement classique et on s'occupe d'eux comme des patients lambda.* »

Doctorant : « **Et pour la prise de rendez-vous ?** »

Professionnel L : « *Alors là je veux dire il n'y a pas de ségrégation. C'est en fonction de la place. Ce n'est pas parce qu'il est Médecins du Monde qu'il va passer derrière ! Et c'est normal à mon avis aussi !* »

Les médecins généralistes ont exprimé le rôle ressenti et la vision de leur métier dans la prise en charge de ces patients. Il en ressort que les patients adressés par la PASS de ville MDM ne modifie pas la manière dont ils envisagent leur rôle de soignant.

Professionnels G : « *Ce n'est pas parce qu'ils ont un papier où il y a écrit PASS que ça va changer quelque chose dans ma façon d'être docteur. Je suis le même docteur. Ils auront droit à un interrogatoire le mieux possible, et un examen en fonction de ce que j'ai besoin de chercher. Et des examens complémentaires en fonction de ce que j'ai besoin de chercher.* »

Professionnel I : « *Et je dirais que quel que soit le motif de consultation, mon abord est toujours le même. C'est l'abord d'un médecin généraliste. Et qui n'a au fond rien à faire de savoir... comment il a l'accès aux soins, à partir du moment où il est devant moi, c'est qu'il a l'accès aux soins. Et moi ce que je dois faire, c'est des soins.* »

5.3.1.2 Une pratique avec des spécificités particulières

5.3.1.2.1 Un accueil et une organisation adaptée

Certains médecins généralistes qui recevaient leurs patients avec et sans rendez-vous, préféraient recevoir les patients de la PASS de ville dans le cadre de rendez-vous avec une plage horaire définie à l'avance.

Professionnel K : « Je préfère les prendre sur rendez-vous. Mais moi les rendez-vous, vous appelez le matin, vous avez rendez-vous l'après-midi. Oui, plus pour eux, pour envoyer un message qu'autre chose. Le message c'est pour dire que bon, ce n'est pas tous les jours, c'est pas tout le temps. Voilà quoi. C'est plus pour ça, sinon le matin je... y'en a qui viennent là direct, ils viennent tenter le coup, bon je les prends comme tout le monde puisque moi je ne prends pas sur rendez-vous le matin. Quand ils se présentent je les prends, mais si c'est... si le rendez-vous est pris par Médecins Du Monde, c'est l'après-midi tout de suite. »

Professionnel H : « Alors je crois qu'au début, vu que j'ai des plages de consultations avec et sans rdv, j'avais dit que je préférais les voir sur rdv. Je pense que parce qu'au début, je pensais que ça prendrait plus de temps, parce qu'ils étaient étrangers, que peut-être ils ne comprendraient pas. Donc je me suis dit sur rdv, y'a peut-être un peu plus de temps que des fois en [consultation] libre. »

5.3.1.2.2 Des stratégies adoptées dans les démarches de soins

Les professionnels ont adopté une stratégie en fonction de l'obtention effective des droits : ils répondaient aux soins qu'ils considéraient urgents et différaient certaines prises en charge qu'ils estimaient non urgentes dans l'attente de l'obtention effective des droits.

Professionnel H : « Je vais traiter effectivement le truc le plus urgent et se dire que d'ici un mois ils auront des droits ouverts et qu'à ce moment-là ils reviennent me voir et on reverra pour le reste... C'est vrai on a l'impression plus de traiter l'urgence. »

« Si le pronostic vital ou fonctionnel n'est pas en jeu, on va essayer quand même de différer les examens. Je ne sais pas, si je me mets à rechercher un rhumatisme inflammatoire, ça part dans des milliards de trucs, d'anticorps, etc... Et il n'y a jamais une grande urgence à le faire et j'aurais tendance à me dire, on le fera une fois qu'il a les droits ouverts. »

Professionnel A : « Généralement j'essaye de faire le soin le plus urgent...Parce que je pense que c'est des gens [pour lesquels] il faut répondre à leur demande première, s'ils viennent et qu'ils ont mal, et qu'on leur fait un détartrage euh... Et chez le dentiste [la demande première] c'est la douleur. »

Pour les patients PASS de ville sans droits théoriques, les professionnels mettaient en place une stratégie dans leurs prises en charge. Ils veillaient à une prise en charge optimale pour un minimum de coûts supportés par MDM.

Professionnel I : « Le patient dit PASSDV enveloppe (les patients sans droits), c'est-à-dire que MDM a de l'argent pour subvenir aux besoins les plus nécessaires et les plus urgents du patient. Et il ne faut pas oublier que cette somme n'est pas extensible...Il faut faire tout ce qu'il faut faire, avec cette réflexion de savoir, il ne faut pas que je dépense de l'argent pour rien, parce que c'est l'argent de mes amis et mes amis c'est MDM. »

Professionnel G : « Alors avec la PASS, tant que les droits ne sont pas ouverts, est-ce que je vais être économe ? Je ne sais pas comment dire ? je vais être plus réfléchie, c'est pas de l'économie... »

Professionnel H : « c'est sûr qu'on prend en compte le fait que comme ils n'ont pas de droits ouverts... s'il y a des choses que l'on peut différer on les diffère un peu, s'il y a un examen moins onéreux qu'on peut faire tout de suite, on va peut-être le faire. Genre une échographie plutôt qu'une IRM quoi. »

Professionnel A : « La seule différence, c'est généralement, un patient qui n'est pas de médecin du monde... je ne fais pas les soins le jour de la consultation. Pour les patients médecin du monde, j'essaie de limiter les étapes pour eux, parce que sinon je facture la consultation, puis le soin. Donc généralement je fais le soin direct. Si je commence à rajouter les 23 euros de la consultation et que je fais le soin après... ces 23 euros, ça m'embête de les faire passer sur une consultation et je préfère qu'ils les gardent pour un soin quoi. »

D'autres professionnels adoptaient également des stratégies différentes dans leurs prises en charge. Ils soulevaient le fait de prendre un peu plus de temps avec ces patients afin de les orienter ou de s'assurer de la transmission des informations.

Professionnel B : « Je sais que quand j'ai une ordonnance comme ça (PASSDV) je prends un peu mon temps pour expliquer, pour mettre un petit peu la personne à l'aise. Je vois que des fois ils ont un peu..., ils n'osent pas poser des questions, qu'ils n'osent pas parler même. »

Professionnel E : « Hier il y en a un qui est venu là, il avait les formulaires tout ça mais il ne savait pas trop. Je lui ai dit il faut aller là-bas d'abord et je l'accompagne devant la porte du médecin. Je lui dis là c'est le médecin, la copine elle va vous expliquer et après vous revenez me voir et après on verra. »

5.3.1.2.3 Une prise en charge globale rendue difficile par la complexité des patients

Certains médecins ont exprimé le sentiment de complexité concernant la prise en charge globale de ces patients. La barrière linguistique rend difficile les échanges et la prise de contact avec le patient. La barrière culturelle rend le rapport à la maladie différent de celui que le médecin côtoie tous les jours avec ces patients habituels. Les problématiques de ces patients sont différentes de ceux qui ne sont pas pris en charge dans le cadre de la précarité.

Professionnel I : « Les différences sont sociologiques, ethniques, elles sont de la compréhension, du langage, elles sont de la vision de la pathologie par le patient... donc il y a une complexité supplémentaire... il y a plus de difficultés pour moi docteur. »

Professionnel G : « Alors la différence, d'abord c'est des gens que l'on ne connaît pas... en une consultation il faut essayer d'appréhender et répondre à la problématique et si possible en tant que médecin généraliste, tu sais bien qu'on fait forcément la globalité. »

5.3.2 Les postures des professionnels vis-à-vis des solutions de prise en charge offertes par le dispositif

5.3.2.1 L'interprétariat et la barrière de la langue : le maintien des stratégies d'adaptation propres aux professionnels

Les professionnels de santé rencontrés avaient une expérience préalable de la barrière de la langue dans leurs pratiques quotidiennes.

Professionnel L : « L'obstacle de la langue, il est très souvent dans le quartier. Il n'est pas spécialement [aux patients du dispositif] Médecins Du Monde. »

Professionnel B : « On a ici aussi des personnes qui ont la carte vitale qui ne comprennent pas, il y a aussi cette barrière. Ce n'est pas forcément parce qu'ils se présentent [par le dispositif] PASS de ville qu'ils ne parlent pas français. »

Professionnel H : « J'ai même parfois plus de difficultés avec des patients qui ne font pas partis [du dispositif] de Médecins Du Monde, que je vois... »

La barrière de la langue était identifiée de manière significative comme un frein à une prise en charge optimale par tous les professionnels de santé ainsi qu'à la relation soignant-soigné.

Professionnel G : « donc l'expérience que j'en aurais pour résumer tout ça, c'est que l'interrogatoire est parfois..., on ne peut pas profiter pleinement de l'interrogatoire. Faut savoir que l'interrogatoire risque d'être réduit... Il y aura le fait de savoir s'ils ont bien compris ma question et arriver à obtenir la bonne réponse. »

La barrière de la langue était contournée par différents moyens d'adaptation qu'ils évoquaient comme des « moyens de débrouille » mais ne permettaient pas de résoudre de manière satisfaisante cette problématique.

Professionnel A : « Quand ce n'est pas de l'anglais, ben on se débrouille comme on peut. J'avais déjà ici une grosse population qui ne parle pas français. Donc je fais comme je peux. »

Professionnel E : « On y arrive toujours. Avec les mains (rires)... On arrive toujours à se débrouiller... »

Professionnel G : « Moi j'ai Google traduction, mais c'est moyen... Donc j'écris, s'ils savent lire on s'arrange comme ça... j'ai trouvé ma propre façon de faire. »

L'interprétariat proposé par MDM n'a pas été saisi par les professionnels comme une solution résolvant ces « moyens de débrouille ». Ils exprimaient des à priori concernant cet outil. Notamment parce qu'ils ressentaient que l'aide d'un interprète pouvait rompre le colloque singulier qui existe entre le médecin et le patient.

Professionnel I : « *Gérer une consultation dans une langue commune, je ne dis pas qu'on sait faire, mais on sait interrompre, on sait l'accélérer, on sait la raccourcir. Avec un interprète au milieu, c'est très... je l'ai vécu ici une fois... il y a une difficulté supplémentaire inhérente à la place de cet interprète qui prend une place dans la relation à trois et qui sur-interroge le patient, qui lui parle pendant dix minutes et ça découle d'une réponse qui dit : oui. »*

Professionnel A : « *Je pense que c'est plus simple si on peut le faire en direct, parce que je ne sais pas.... Au téléphone on m'a dit que c'était un enfer, en fonction de l'interprète qu'il y a au bout du fil.... Je préfère qu'on discute en direct avec les patients, avec les mains, avec les gestes, les dessins... On finit toujours par y arriver, oui. »*

Professionnel G : « *Alors l'interprétariat, ça va être sur deux ou trois questions, pas sur toute la consultation, donc il faudrait vraiment avoir l'interprète là au moment où on en a besoin... Mais je ne suis pas convaincue... les interprètes, il faut qu'ils traduisent du mot à mot. Et pas qu'ils interprètent (rires). »*

L'interprétariat constituait également une difficulté supplémentaire de temps à gérer dans ces consultations déjà complexes expliquant le fait que certains professionnels favorisaient des rendez-vous programmés.

Professionnel I : « *J'aurais été en difficulté [avec un patient], j'aurais rappelé pour savoir où est le numéro, mais ça m'aurait donné une difficulté supplémentaire de lenteur...voilà. »*

Professionnel F : « *Le problème de l'interprétariat c'est que ça prend du temps. »*

5.3.2.2 Le dispositif d'accès aux soins : ressenti comme solution apportée pour la prise en charge de la santé des patients précaires

Avant la mise en place de ce dispositif, les professionnels étaient déjà confrontés dans leurs pratiques à la prise en charge de ces patients. Une médecine adaptative mêlant empathie, gratuité des actes et contournement du système de santé a été mise en place pour répondre au mieux à la demande de soins.

Professionnel A : « *parce que dans le quartier ça m'était déjà arrivé de soigner des patients qui n'avaient pas de droits et ne pas les faire régler...Ils arrivent, ils sont enflés, on ne va pas les mettre dehors parce qu'ils peuvent pas payer ?!* »

« Une fois j'ai fait l'ordonnance au nom du mari, pour qu'elle ait son traitement. Oui j'avoue [je] triche un peu parfois...Bah on triche c'est-à-dire qu'on fait les ordonnances à celui qui a les

droits quoi ! Et des fois, on les fait à nos noms et puis on va chercher les médicaments et on leurs donnent. »

Cette prise en charge prenait en compte les difficultés financières des patients mais ne satisfaisaient ni les professionnels ni les patients.

Professionnel H : *« Des gens sont déjà venus me voir alors qu'ils n'avaient pas de sécu et ne faisaient pas du tout parti [du] dispositif [PASS de ville]. Je me suis retrouvé à [les] soigner... je ne leur faisais pas payer la consultation. Et donc j'essayais d'adapter en faisant vraiment le strict minimum quoi, en examens. »*

« J'ai eu l'occasion de... une fois j'avais une femme enceinte pareil... au final elle a quand même fait l'écho... elle voulait faire l'écho pour voir si le bébé allait bien... mais c'était quand même couteux pour elle et un sacrifice quoi. Elle était prête à le faire parce que c'était pour le bébé... mais...sans être remboursée. »

Les dispositifs existants avant la mise en place de la PASS de ville pour la prise en charge des populations précaires étaient connus par les professionnels mais ne semblaient pas pouvoir répondre de manière suffisante aux besoins de santé de ces personnes.

Professionnel A : *« Là par exemple. Le patient que j'ai, il est dans la rue, donc je pense que s'il ne passe pas par [la PASS de] Médecins Du Monde, il ne se passe rien pour lui en termes de dents ? A l'hôpital il n'y a pas de centre dentaire, il n'y a rien pour.... La fac ils n'y penseront pas à y aller non plus. Parce que je pense qu'il faut déjà être au courant qu'il y a un pôle odontologie. Ils vont aller direct aux urgences quand ils ont mal et il ne se passera rien non plus, puisqu'il n'y a pas de dentiste aux urgences. »*

Professionnel K : *« Je vois la prestation médicale de Médecins Du Monde, indiscutablement ce n'est pas suffisant. Ça ne répondait pas complètement aux besoins. Et puis alors il y aussi la PASS hospitalière qui ne répond pas non plus de manière suffisante. »*

Ils ressentaient que la solution d'accès aux soins proposée par le dispositif de la PASS de ville entraînait une amélioration de la prise en charge de la santé aussi bien pour le soignant que le soigné.

Professionnel H : *« Donc l'atout c'est que ces patients peuvent se soigner de façon plus efficace et dans un délai plus court et sans être dans cette situation de précarité où il y a ce stress un peu sous tendu par je n'ai pas l'argent donc je ne peux pas me soigner. »*

Professionnel A : *« Il y a même une dame qui a eu la CMU d'accordée et on va faire le traitement d'orthodontie pour ses enfants. Elle est rentrée dans un parcours de soins... On enclenche tout le reste. Car voilà, elle va faire faire de l'orthodontie à ses enfants... Elle ne se serait peut-être pas fait soigner elle, et encore moins ses enfants, du coup ça c'est cool. »*

Professionnel L : *« J'ai vu des tuberculoses qu'on ne voyait plus... les atouts sont là. Ça conforte qu'il faut faire des campagnes de vaccinations, que la tuberculose n'est pas finie. »*

Professionnel K : « *Oui et puis on fait des diagnostics. On fait des diagnostics, le laboratoire ça marche... c'est des gens qui n'auraient pas été diagnostiqués s'il n'y avait pas le dispositif.* »

Professionnel F : « *Des bénéfices en termes de santé publique, parce que si on prend en charge les pathologies de manière précoce, il y a moins de morbi-mortalité et donc moins de coûts.* »

L'intégration de ces patients d'emblée dans le système de soins primaires était soulignée par les professionnels comme un bénéfice majeur de ce dispositif. Par rapport aux situations antérieures à ce dispositif, ils ont constaté qu'elle améliorerait le phénomène de rupture de soins et la prise en charge de ces patients dans des « filières de santé précaires ».

Professionnel F : « *En fait les patients, ils sont directement dans le circuit médecin traitant. Ce qui change tout. Et c'est le même cadre aussi... Là en ville, c'est comme si c'était des patients comme tout le monde. Enfin qui ont leurs droits, quoi... Le fait que ce soit directement le cabinet de médecine de ville comme tout un chacun.* »

« *La plus-value par rapport à la PASS hospitalière c'est qu'il n'y a pas de rupture au moment de l'ouverture des droits. Ils peuvent continuer à voir le même médecin.* »

Professionnel H : « *Je trouve ça plus judicieux en fait d'être en ville et d'être plus proche... C'est un truc plus viable à long terme je trouve qu'un centre qui est complètement délocalisé par rapport à chez eux.* »

« *Et le fait que ce soit ancré en ville aussi... ben moi je suis libérale... on va dire libérale dans l'âme entre guillemets donc je suis plus pour essayer justement de s'adapter aux gens dans la population vraiment en pratique de terrain en proximité, plutôt que de leurs dire à tous vous allez que dans un seul centre et c'est ce centre et pas un autre.* »

Professionnel A : « *Honnêtement je pense que c'est un dispositif qui peut leur permettre aussi de s'intégrer sur pas mal d'autre truc... Oui, ça leur met le pied dans des cabinets classiques aussi.* »

5.3.2.3 L'accompagnement des patients par les bénévoles de MDM

Les professionnels de santé voyaient dans l'accompagnement un bénéfice pour les patients principalement pour l'orientation vers les différents partenaires du dispositif.

Professionnel F : « *le fait d'être accompagné forcément c'est un plus, surtout pour des patients avec des problématiques particulières... soit des poly-pathologies, soit des problématiques psy, des gens qui ne parlent pas du tout la langue et qui sont complètement perdus, voilà, qui viennent d'arriver, qui ne connaissent pas le territoire.* »

Professionnel B : « *pour expliquer le traitement si jamais la personne ne comprend pas le français. Du coup c'est juste une aide.* »

Professionnel A : « Pour les patients, je pense que c'est quand même un plus, parce qu'il y en a qui se perdent. Donc les accompagner la première fois, y'en a qui ont apprécié je crois... Les fois d'après ils viennent seuls.... Et c'est surtout après pour le transfert vers la pharmacie. »
« En plus le dentiste ça fait toujours flipper. Le fait d'être accompagné chez le dentiste, savoir qu'ils ont une tête amie dans le truc, ça leur fait du bien je pense. »

Cependant, cet accompagnement n'a pas été ressenti comme une aide dans la pratique des soins par les professionnels de santé.

Professionnel L : « Je préfère le patient seul que ses accompagnants... Perte de temps, perte d'argent...Je n'ai pas besoin de lui pour les examens. »

Professionnel A : « généralement ils restent dans la salle d'attente, donc euh... franchement ça se passe très bien, ils sont hyper discrets. Ils me donnent les papiers, ça ne me change pas beaucoup... Pour moi ça ne change rien. »

Professionnel H : « En tout cas ceux que j'ai vu sans accompagnateur, je ne me suis pas dit que ce serait mieux avec un accompagnateur ».

5.3.2.4 La garantie des soins

La garantie de paiement proposé par le dispositif PASS de ville a été identifié par les professionnels comme un atout.

Professionnel C : « Le patient se présente il va chez le médecin. Le médecin est réglé, la pharmacie est réglée. Non au contraire, on est sûr d'être payé. Parce que même si la Sécurité Sociale rejette le dossier, on se retourne vers MDM et il nous règle le dossier. Ce qui n'est pas le cas sur une AME normal. »

Les médecins généralistes rajoutaient que cette garantie permettait d'exercer leur métier pleinement sans avoir à prendre en compte l'aspect financier des patients précaires pour les prendre en charge.

Professionnel H : « Je trouvais justement que c'était une solution pour pouvoir traiter ces gens et de les prendre en charge plus convenablement en étant en plus rémunérée. Parce qu'avant concrètement je voyais aussi ces patients là, mais je n'étais pas rémunérée. »

Professionnel I : « Ensuite comment je suis payé ? par qui je suis payé ? est une deuxième question, qui d'ailleurs n'en est pas une puisque qu'à partir du moment où je vois quelqu'un de MDM, je sais que je serais payé... Moi, je n'ai pas à sélectionner mes patients, ni sur l'âge, ni sur la pathologie, ni sur les sous. Donc à partir du moment où j'ai la solvabilité, je fais mon travail en tant que groupe professionnel des médecins généralistes libéraux. »

5.3.3 Limites et freins du dispositif ressentis par les professionnels

5.3.3.1 Les limites ressenties au dispositif

Des limites au dispositif étaient soulevées par les professionnels de santé. Le panier de soins dentaires mis en place par MDM semblait limité pour une prise en charge totale des pathologies bucco-dentaires même s'il convenait pour la prise en charge des douleurs dentaires aiguës. L'autre limite concernait la persistance de limites à l'accès aux soins malgré l'existence du dispositif, notamment concernant la prise en charge des pathologies psychiatriques qui sont souvent rencontrées chez les patients migrants.

Tableau 2 : limites et difficultés ressentis par les professionnels PASS de ville

Limites	Thèmes abordés	Exemples de verbatim
De prise en charge des patients	Le panier de soins dentaires pour les patients sans droits	« Quand ils n'ont pas de droit ouvert, on a une enveloppe de 150 euros, en matière de soins dentaires ça ne fait pas beaucoup... Si je facture au plus juste : les trois radios plus la dévitalisation et une carie derrière je suis déjà dans l'enveloppe. Et j'ai qu'une dent qui est soignée. S'ils en ont quatre ou cinq et n'ont pas de droit ouvert... Pour traiter la douleur non, je passe. » (Professionnel A)
	Arrêt interprétariat	« En PASS de ville, les patients qui sont dans le dispositif on peut utiliser l'interprétariat. Et lorsqu'ils ne sont plus dans le dispositif et qu'ils ont [eu] leurs droits [ouverts], on ne peut plus l'utiliser... sauf qu'ils ne parlent toujours pas français ! » (Professionnel F)
	Persistance de limites d'accès aux soins	« Ce n'est pas le dispositif en lui-même qui est un frein mais ce statut-là... par exemple il y a des soins que l'on diffère parce que la procédure... ils n'ont pas accès à tout, tout n'est pas ouvert » « Lorsque l'on a besoin de faire une colposcopie ou une coloscopie/fibroscopie par exemple. » « Et surtout pour les migrants, il y a la pathologie psychiatrique et bon... les psychiatres... » (Professionnel K)
Intégration dans le circuit de soins primaires	Le suivi des patients n'est pas encore ressenti	« Ce que je pourrais regretter, c'est des fois par rapport à quand il y a un médecin traitant, il y a des patients que j'ai vu et je n'ai pas de suivi » (Professionnel G) « Et après c'est aussi un peu un regret de ne pas revoir le patient. Parce qu'en ville, moi ce que j'aime dans le fait d'être médecin traitant, c'est ça, c'est le côté chronique, de revoir... Après de savoir un peu ce qu'ils deviennent ces gens-là, c'est intéressant aussi... » (Professionnel H)

5.3.3.2 Les freins perçus

Les professionnels de santé évoquaient des freins surtout dans l'optique d'une pérennisation du dispositif PASS de ville.

Le professionnel F évoquait la rémunération des médecins pour la prise en charge des patients précaires. Cette prise en charge parfois complexe nécessite un temps de consultation qui peut être prolongé sans valorisation de celle-ci et peut constituer un frein dans le long terme au sein du dispositif.

Professionnel F : « si on prend ¾ d'heure la consultation forcément c'est problématique. Parce que si on voit que des patients PASS de ville, c'est problématique financièrement... Et si on veut que tous les médecins l'utilisent, il faut qu'en gros si c'est 40 minutes c'est deux consultations. Et si c'est 60 minutes, ben c'est trois consultations... En fait c'est le temps. Le problème, c'est que ça prend du temps de prendre soin d'eux. Et ce n'est pas ça le problème. Parce que ça c'est normal [de prendre le temps]. Le problème c'est que ça ne soit pas valorisé... De toute façon je pense que c'est un passage obligé. Tant qu'il n'y [aura] pas [de valorisation de la cotation], ça ne pourra pas être institutionnalisé et les médecins généralistes ne s'en empareront pas. »

Le professionnel K évoque la lourdeur administrative du dispositif qui peut être un frein pour l'intégration des médecins dans ce dernier.

Le professionnel K : « j'ai entendu plus d'un confrère s'abriter derrière cette lourde paperasserie administrative de gestion des feuilles maladies par la sécu pour dire qu'ils faisaient tout pour décourager les gens qui avaient l'AME. »
« Je pense que cette paperasserie-là, pour beaucoup de médecin elle est rédhibitoire. »

5.3.4 Les pistes d'améliorations évoquées par les professionnels de santé partenaires de la PASS de ville

5.3.4.1 Le souhait de créer des liens avec les PASS hospitalières

Plusieurs médecins généralistes évoquaient avoir connaissance des PASS hospitalières comme dispositif pour améliorer la prise en charge des patients en situations précaires. La saturation des PASS hospitalières était identifiée comme une limite importante notamment par les délais de prise en charge.

Professionnel K : « Déjà le recours à la PASS hospitalière..., les rendez-vous sont tellement longs que [lorsqu']ils [y] arrivent... ils ont le temps d'arriver dans le dispositif commun... le temps est long. »

Professionnel H : « Et surtout parce que justement ces patients là je leurs disais : « pourquoi vous n'êtes pas allés à la PASS hospitalière ? ». Et ils me répondaient : « je suis allé à l'hôpital

mais ils ouvrent que de telle heure à telle heure. Et comme il y en a beaucoup qui viennent, la file d'attente est énorme et au bout d'un moment ils ferment et disent « c'est bon on peut plus vous recevoir ». Donc c'est des gens qui avaient quand même essayé de passer par un dispositif mis en place... Il avait ses limites. Peut-être parce qu'il n'y avait pas assez de personnels ou n'était pas ouvert assez longtemps... »

Le professionnel F qui fait partie du dispositif PASS de ville, partage plusieurs modes d'exercice de la médecine générale. Il a une activité en centre de santé en ville et a également une activité en PASS hospitalière. Il évoquait la complémentarité que la PASS de ville pouvait apporter à la PASS hospitalière dans l'intégration des populations précaires dans les soins primaires ambulatoires.

Professionnel F : *« On voit ce qui se passe, ben voilà... de toute façon ça s'articule la PASS de ville et la PASS hospitalière donc... Parce qu'ici à la PASS hospitalière ce qui est compliqué, c'est quand on fait un relais vers la médecine de ville. »*

Il soulignait les limites de la PASS hospitalière concernant la prise en charge de certains patients précaires, et ressentait que de nombreux patients qu'il voyait, avaient une indication à rentrer dans le dispositif PASS de ville.

Professionnel F : *« Parce que nous ici on en voit plein... ici il y'en a plein qui pourraient relever de la PASS de ville... Et en plus ce qui est dommage, là les patients ils viennent, attendent un mois pour avoir un rendez-vous, parce que nous on est [rempli] de choses qui ne relèvent pas de la PASS de ville c'est-à-dire, cancer, insuffisance cardiaque, dialyse voilà... et ils arrivent et en fait au bout d'un moment on les voit et je me rends compte que... en plus moi qui consulte en PASS de ville, c'est d'autant plus frustrant que je me dis... j'aurais pu les voir dans la semaine ou la semaine d'après pour un truc qui relève de la médecine générale... »*

Il soulevait des idées afin de créer des liens entre la PASS hospitalière et la PASS de ville pour améliorer le recrutement de patients éligibles au dispositif PASS de ville de MDM.

Professionnel F : *« Parce que si jamais il y avait un recrutement direct ici, ça serait plus simple. S'il y avait quelqu'un de médecin du monde qui ferait... en même temps que nous en fait. »*

Doctorant : *« Soit une antenne Médecin Du Monde PASS de ville à la PASS hospitalière, soit que l'activité du CASO soit ici ? »*

Professionnel F : *« Non plutôt une antenne de MDM ici, enfin quelqu'un de MDM ici. Parce qu'en fait, que l'activité du CASO soit déviée, en fait c'est déjà le cas, parce qu'on a déjà des orientations pour la PASS hospitalière en fait. Les gens qui relèvent du plateau technique hospitalier, les médecins bénévoles ils nous appellent et on les reçoit. Donc c'est déjà le cas. »*

Doctorant : *« D'accord. »*

Professionnel F : *« En fait ce serait juste nous, avant de l'intégrer dans notre file active, on voit s'il rentre dans le critère de la PASSDV. Et quand les gens ils ont attendu un mois et qu'on les reçoit c'est compliqué de leur dire bon ben maintenant vous allez retourner à Médecins Du Monde. Alors que par contre si c'est au moment où ils prennent leurs rendez-vous [à la PASS hospitalière], ben ce n'est pas pareil. »*

« C'est normal c'est le début, mais je pense que si on veut que ce soit viable et pas juste un dispositif Médecins Du Monde, il faut élargir le mode de recrutement et ne pas le faire qu'au CASO. »

5.3.4.2 Élargir le recrutement des professionnels de santé dans le dispositif

Le nombre d'acteurs encore limité et le peu de diversité de spécialités médicales ont été mis en évidence. Augmenter le nombre de professionnels, les spécialités médicales, et étendre géographiquement le dispositif apparaissent être une piste d'amélioration.

Professionnel K : *« Ça mériterait de recruter plus de gens dans le dispositif. Ça mériterait. Peut-être que je ne sais pas moi, il faudrait recruter..., il faudrait faire un vrai recrutement de médecins libéraux quoi, dans différentes spécialités. »*

Professionnel D : *« Je ne sais pas s'il y a beaucoup de médecins spécialistes qui sont dans le dispositif ? »*

Doctorant : *« Alors ça commence, y'a un gynécologue. »*

Professionnel D : *« Je pense que c'est plus pour la phase secondaire. Parce que la première phase et l'accueil du médecin généraliste, les premiers bilans, c'est très bien. Peut-être après s'il y a justement des examens complémentaires ou des examens poussés à faire, peut être essayer de travailler dans ce sens-là. »*

Professionnel E : *« Mais après peut-être qu'il faudrait aussi un peu étendre dans le 13^{ème} aussi. Parce que je vois des patients qui viennent de loin. »*

5.3.4.3 Créer un maillage de soins autour d'un médecin généraliste

S'inscrire dans un territoire proposant un réseau de soin de proximité composé de partenaires PASS de ville est évoqué par les professionnels médecins généralistes qui sont confrontés à un certain isolement géographique dans le dispositif PASS de ville.

Professionnel K : *« Le problème c'est la radio pour moi. Parce que la radio elle est très loin de moi. »*

Professionnel H : *« Donc les patients qui viennent chez moi sont obligés d'aller [à la pharmacie] au vieux port, moi je suis dans le 4e. Bon certes, on leurs donne le plan avec le métro, le tracé et tout, donc ils savent comment y aller. Mais bon c'est sûr que ce serait beaucoup plus pratique que ça soit juste à côté quoi... Effectivement ce serait peut-être une amélioration à apporter ça. Que ce soit vraiment le vrai maillage quoi. Et que ce soit vraiment le reflet de ce qui est fait en réalité pour les patients qui ne passent pas par ce parcours-là. Mes patients du cabinet ils ne vont pas jusqu'au vieux port pour prendre leurs médicaments. »*

5.3.4.4 Vers une simplification administrative et de facturation

A l'heure où l'exercice libéral tend vers une dématérialisation de l'administratif et de la facturation, les professionnels expriment un souhait d'amélioration à ce niveau.

Professionnel H : « J'avais reçu un code par courrier postal pour pouvoir ouvrir la pièce jointe où il y a le numéro de sécu du patient... et en fait quand j'ai essayé de faire ça, ça ne marchait pas donc j'ai essayé de contacter la personne en question (à Médecins Du Monde) ... Elle m'a dit qu'il fallait télécharger un plug-in pour ouvrir les fichiers zip... Là, l'histoire du zip ça fait un mois que ça traîne quoi. Ça fait un mois que j'ai le numéro de sécu du patient mais que je n'ai pas trouvé le temps pour télécharger le plug in qu'il faut pour ouvrir le zip. Après je ne sais pas s'il y a un moyen plus facile pour qu'on puisse ouvrir le fichier... et que ça respecte l'histoire du secret médical... Mais peut-être par messagerie sécurisée ? on a tous des messageries sécurisées. On pourrait très bien recevoir le numéro de sécu du patient par MS santé par exemple. Moi j'ai juste à cliquer sur un bouton et le truc s'ouvre quoi. C'est même connecté à mon logiciel métier. En fait c'est toujours la même histoire, tous les libéraux disent la même chose. On est en ville on a des milliards de trucs à gérer... l'emploi du temps, les paperasses. Dès qu'il y a un petit obstacle administratif, tout de suite ça devient un peu la montagne alors que ce n'est pas un truc énorme... mais bon ».

Professionnel L : « Ce qu'il faudrait, c'est au bout de dix semaines, droits non ouverts, [le règlement par Médecins Du Monde] devrait être automatique. Enfin c'est mon avis. Après ça va on n'est pas submergé. Mais s'il doit y avoir plus de patient, c'est compliqué... Rappeler Médecins Du Monde examen après examen... »

5.3.4.5 Avoir des retours sur le déroulement et l'évolution globale du dispositif

Une meilleure compréhension du fonctionnement global du dispositif ainsi que de son évolution étaient soulevés par les professionnels de santé.

Professionnel K : « On devrait être un peu plus informé. Quel est l'enveloppe, qu'est ce qui a derrière ?... Moi j'aime bien savoir. Pour avoir une meilleure connaissance du dispositif. »

Professionnel H : « Et peut-être avoir aussi un retour du fonctionnement... Tous les trois ou quatre 4 mois, [avoir] une lettre d'info. »

« Et savoir où en est le dispositif de façon globale. C'est-à-dire combien de médecins y adhèrent ? Combien de patients ont réussi à être vu en ville ? Est-ce que le fait d'avoir [ce dispositif] a amélioré la situation ? Ou ce n'est pas mieux que ce qu'il y avait avant en fait ? »

5.3.4.6 Avoir des renseignements complémentaires sur les patients

Un médecin généraliste nous révélait participer à un dispositif de pris en charge de personnes réfugiées. Il avait été mis en place dans ce cadre une fiche qui donnait des renseignements administratifs et médicales que le patient présentait lorsqu'il rencontrait un médecin.

Il y voyait un atout notamment lorsqu'il existait une barrière de la langue.

« On a un certain nombre d'antécédents qui ont été demandés... Ça pourrait être une façon d'améliorer la communication sur l'interrogatoire avec les patients PASS de ville... on peut poser des questions toutes faites. Est-ce que vous avez du diabète ? de l'hypertension artérielle ? Est-ce que vous avez... je ne sais pas ? Il faut déterminer le questionnaire. Ça pourrait être une amélioration... Des fois, on ne va pas chercher les données mais quand elles nous viennent on est bien content de les avoir ! »

6 Discussion

6.1 Résultats principaux

Il s'agit de la première étude sur le dispositif de PASS de ville rapportant le retour d'expérience des professionnels vis-à-vis du dispositif. Elle montre que les professionnels de santé adoptent des démarches spécifiques dans la prise en charge des patients issus du dispositif tout en évoquant l'absence de situations spécifiques comparées à un patient de droit commun. Les professionnels hiérarchisent les demandes de soins et privilégient la prise en charge de celles considérées comme les plus aigües. Malgré la possibilité de prendre en charge ou d'explorer certaines demandes dans le cadre du dispositif grâce à l'offre de soins proposée par ce dernier, ils préfèrent les différer dans l'attente de l'obtention de l'ouverture définitive des droits et ainsi les prendre en charge secondairement. Lorsqu'ils reçoivent les patients du dispositif ne pouvant pas prétendre à une couverture médicale, la démarche est d'optimiser la prise en charge ou les soins pour un minimum de coût supporté par MDM. Le dispositif PASS de ville propose un interprétariat téléphonique professionnel afin d'aider les partenaires qui rencontrent des difficultés de communication dues à la barrière de la langue. Tous les professionnels ont une expérience de cette barrière, car ils exercent dans des quartiers populaires de Marseille. Ils ont tous trouvé des moyens d'adaptation pour y faire face avec plus ou moins de satisfaction. Cependant l'utilisation de l'interprétariat pour les patients du dispositif ne semble pas avoir été saisi par les professionnels pour la résoudre, préférant maintenir leurs moyens de « débrouille ». L'accompagnement des patients, par des bénévoles de MDM, pour les aider dans leurs orientations chez les divers acteurs de soins est perçu comme bénéfique pour les patients mais les professionnels n'y trouvent pas de bénéfices personnels dans l'amélioration de leurs prises en charge.

Plusieurs atouts dans ce dispositif sont soulevés par les différents professionnels. La garantie de paiement que propose MDM pour la prise en charge de ces patients du dispositif. Le fait d'apporter une réponse aux besoins de soins pour ces patients, que les PASS hospitalières n'ont pas pu résoudre notamment du fait d'une saturation. L'intégration dans les soins primaires ambulatoires plutôt que dans une filière « spécifique de la précarité » est également perçue comme un atout. Elle permet de prendre en charge ces patients au plus près de leurs lieux de vies, limitant les obstacles géographiques d'accès aux soins. Les professionnels

médicaux relèvent également le bénéfice qu'ils perçoivent dans l'amélioration de la santé des patients.

Certaines limites sont évoquées par les professionnels. Malgré une large offre de soins que propose le dispositif PASS de ville de MDM, il persiste encore une limitation à l'accès aux soins. C'est le cas pour la prise en charge des pathologies psychiatriques qui peut être un réel besoin concernant les populations migrantes. Une autre limite est ressentie par le dentiste concernant le montant maximal du panier des soins dentaires pour la prise en charge de certaines pathologies bucco-dentaires. Enfin pour certains professionnels médicaux l'instauration d'un réel suivi des patients n'est pas encore ressentie.

Des pistes d'améliorations sont soulevées comme celle de créer une relation entre ce dispositif et les PASS hospitalières car ces dernières reçoivent des patients qui ont des indications à rentrer dans le dispositif PASS de ville. Une autre amélioration évoquée est d'élargir le recrutement des professionnels de la PASS de ville et d'essayer de créer une équipe de professionnels partenaires du dispositif autour du médecin généraliste dans une même zone géographique.

6.2 Discussion de la méthodologie

6.2.1 Population de l'étude

L'échantillonnage, fait dans une approche d'échantillonnage raisonné, a été réalisé afin d'obtenir un échantillon varié des professionnels de santé partenaires du dispositif PASS de ville. Une des limites de notre étude concerne la diversité de notre échantillon. L'expérience du gynécologue n'a pas pu être recueillie. L'échantillonnage de notre étude n'a pas permis d'explorer toute la diversité des expériences des différents acteurs médicaux. Et notamment ceux du gynécologue pour la prise en charge des pathologies gynécologiques des populations précaires par le dispositif. La poursuite de cette exploration semble nécessaire par la réalisation d'autres études.

6.2.2 Les entretiens

Les entretiens étaient réalisés dans de bonnes conditions, sans perturbations extérieures liées aux métiers des professionnels. Le temps consacré par les professionnels pour le déroulement de l'entretien fut suffisant. Afin d'améliorer la qualité des entretiens, les premiers entretiens étaient débriefés avec le directeur de thèse.

Toute fois la posture d'intervieweur n'est pas quelque chose d'aisée. La gestion du déroulement de l'entretien est très variable en fonction de la personne qui est en face, rendant l'échange parfois délicat. Cela explique la grande variabilité de durée des entretiens.

6.2.3 Analyse

Le nombre d'entretiens réalisés n'a pas permis d'arriver à suffisance des données. Il n'était pas possible d'en réaliser d'autres par manque de réponse des professionnels. Par conséquent, l'analyse faite ultérieurement des données recueillies manque certainement d'exhaustivité et participe à une autre limite de cette étude. Certaines données n'ont probablement pas émergé et la poursuite d'entretiens aurait été souhaité pour améliorer la validité de notre étude.

L'analyse était réalisée seulement par le doctorant. Toutefois, les principales étapes de l'analyse ont fait l'objet de discussion avec le directeur de thèse.

6.3 Discussion des résultats

6.3.1 Les démarches de prises en charge des professionnels du dispositif

Dans notre étude, les professionnels de santé du dispositif évoquent avoir la même prise en charge pour les patients de la PASS de ville de MDM que pour le reste de leur patientèle. Ces patients sont considérés comme leurs autres patients, la seule différence se faisant sur une organisation administrative. Ce discours peut s'expliquer par le fait que tous les professionnels de notre étude exercent dans des quartiers populaires de Marseille. L'expérience de la précarité est quelque chose de déjà connue pour ces professionnels. Leurs patientèles habituelles, bien qu'ayant une couverture médicale effective, doivent présenter des similarités avec ces patients sur le plan socio-économique, culturel et linguistique. De plus, il arrive quelques fois pour ces professionnels de prendre en charge également des patients qui

n'ont aucune couverture médicale. Un des professionnels exerce à la fois dans une PASS hospitalière mais également en médecine de ville et participe au dispositif PASS de ville de MDM. Le profil des patients de la PASS de ville qu'il reçoit doit être proche du profil des patients qu'il rencontre à la PASS hospitalière. Une des questions que l'on pourrait se poser serait de savoir qu'elle serait la vision de la population PASS de ville par les professionnels du dispositif si ces derniers n'avaient pas la même expérience de la précarité ?

Cependant des spécificités sont objectivées dans la pratique des professionnels dans la prise en charge des patients PASS de ville. Les professionnels médicaux (médecins, dentiste) hiérarchisent les demandes de soins, privilégiant la prise en charge de celles considérées comme plus urgentes. En médecine générale, il est habituel lors d'une consultation de devoir gérer plusieurs problèmes de santé et en particulier la simultanéité de pathologies aiguës ou chroniques. Cela est même une des spécificités de l'exercice de la médecine générale (29). Toutefois, cette démarche de hiérarchisation ne semble pas être seulement déterminée par la question médicale. L'obtention définitive de la couverture médicale, pour les patients identifiés à l'entrée du dispositif comme ayant des droits potentiels, semble déterminer également leurs démarches de soins ultérieurs. Les pathologies qui ne semblent pas être de l'ordre de l'urgence ou demandent une exploration complémentaire, possible dans le cadre du dispositif, sont explorées secondairement dans l'attente de l'ouverture effective des droits. Cependant dans la situation où le patient est repéré comme ayant des droits potentiels, lorsqu'il est orienté vers un acteur de soins primaire, on peut considérer que le droit commun a déjà commencé. Et la démarche de prise en charge devrait être la même qu'un patient de droit commun habituel. On peut donc s'interroger sur la démarche des professionnels qui diffèrent des soins que le dispositif permet d'explorer. Notre étude ne permet pas de répondre à cette question et cette stratégie de la part des professionnels aurait mérité d'être plus approfondie lors de nos entretiens.

6.3.2 Les outils de la PASS de ville pour améliorer la prise en charge des patients

6.3.2.1 L'interprétariat

Dans notre étude, les professionnels de santé sont confrontés à la barrière de la langue que ce soit dans leurs pratiques quotidiennes ou avec les patients du dispositif PASS de ville. Tous les professionnels ont des moyens de « débrouille » plus ou moins satisfaisants pour contourner cette barrière. La prise en charge se trouve limitée par défaut d'informations comprises et fiables. Cependant malgré la mise à disposition d'un interprétariat téléphonique, les partenaires ne semblent pas avoir saisis cet outil afin de résoudre leurs difficultés.

En termes de soins, l'importance d'une bonne communication paraît essentielle. La qualité de la communication et de l'échange avec un patient apparaît indispensable pour comprendre les motifs d'une consultation, les plaintes exprimées et répondre aux besoins que pourraient avoir les patients. Comment établir un diagnostic fiable, conduire un traitement efficace et expliquer son intérêt lorsque que l'on est en face d'un patient qui ne comprend pas notre langue ? Ces difficultés de communication entre soignants et patients peuvent avoir des répercussions sur les démarches de prises en charges et entraîner une qualité de soins altérée (30).

Dans son référentiel de compétences sur l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé (31), la HAS rapporte que le recours à des interprètes professionnels est associé à une amélioration globale des soins. La barrière de la langue conduit également à une augmentation des dépenses de santé par l'augmentation du risque d'erreurs médicales et de complications mais induit aussi des dépenses de santé inutiles (investigations inappropriées, augmentation du nombre de consultations répétées, recours augmentés aux services d'urgences). Ceci montre à quel point l'interprétariat proposé par la PASS de ville est un atout dans la prise en charge des patients précaires avec un obstacle à la langue.

L'autre frein au recours à un interprète identifié dans notre étude était le fait qu'utiliser l'interprétariat demande du temps. Les difficultés de mise en place d'un interprétariat téléphonique lors d'une consultation de médecine générale ont été mise en évidence dans une étude (32). Le temps à y consacrer constituait un frein à son utilisation. Il ressortait également de cette étude que les médecins interrogés ressentaient un besoin de formation concernant l'interprétariat et que cette formation serait utile.

Dans le cadre du dispositif PASS de ville, afin que les professionnels de santé puissent mieux se saisir de l'interprétariat pour améliorer la prise en charge de ces patients, il peut être envisageable de leur apporter une meilleure information concernant l'apport de cet outil sur la santé des patients et de mieux les guider dans son utilisation.

6.3.2.2 L'accompagnement des patients par des bénévoles de MDM

Les professionnels de santé, dans notre étude, ressentent un bénéfice pour les patients d'être accompagnés. Surtout lorsque les patients sont confrontés à l'isolement, avec des problématiques de santé lourdes ou d'ordre psychologiques. Cependant ils n'expriment pas le fait que cet accompagnement puisse être un atout pour eux. Ni dans leurs relations avec le patient ni dans l'amélioration de leurs prises en charge. Certains professionnels expriment même n'y voir aucune utilité dans la pratique de leurs soins.

Toutefois on peut s'interroger sur le bénéfice que peut retirer les professionnels de santé dans la « prise en main » de cet accompagnement pour une amélioration de la relation soignant-soigné. Une étude réalisée auprès de médecins généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires faisait ressortir que l'intervention pendant la consultation d'une tierce personne (un travailleur social en l'occurrence), favorisait la relation thérapeutique (33). Dans notre situation, les accompagnateurs étaient de simples bénévoles. Le rôle se limitait probablement à un simple accompagnement dans les divers lieux de rendez-vous. Cependant cet accompagnant pourrait être une aide pour les professionnels s'ils les incluaient dans leurs démarches de soins, surtout si ces bénévoles ont des informations à transmettre sur les problématiques pré-identifiées du patient ou certains éléments médicaux déjà connus.

6.3.3 Perspectives d'amélioration du dispositif

6.3.3.1 Une relation PASS de ville – PASS hospitalière

Comme l'a évoqué, dans l'étude, un professionnel qui travaille également dans une PASS hospitalière, ces dernières sont saturées et engendrent d'importants délais de consultation. De nombreux patients qui se présentent dans les PASS hospitalières, et qui ne relèvent pas d'une prise en charge qui nécessite un plateau technique hospitalier, ont une indication à intégrer la PASS de ville de MDM. Actuellement, MDM porte le projet PASS de ville. Seuls les patients qui se présentent au CASO de MDM sont intégrés dans le dispositif. Créer un lien entre la PASS de ville de MDM et la PASS hospitalière peut être quelque chose à envisager même si les modalités sont encore à définir. Élargir les lieux de recrutement des patients éligibles à la PASS de ville de MDM, notamment en faisant un repérage dans les locaux de la PASS hospitalière serait une éventualité.

6.3.3.2 Créer un réseau de partenaires de proximité

Certains médecins généralistes de l'étude évoquent leur isolement par rapport aux autres partenaires du dispositif PASS de ville, ce qui peut rendre difficile le parcours des patients vers ces différents partenaires.

Les équipes de soins primaires (ESP) créées par la loi de santé du 26 janvier 2016, sont des dispositifs mis en place pour les professionnels de santé qui souhaitent mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner sur un territoire, pour proposer une meilleure fluidité dans le parcours de santé des patients sur un territoire donné.

A l'instar de ces ESP, on peut envisager que chaque médecin généraliste qui intègre le dispositif PASS de ville puisse se reposer sur d'autres professionnels partenaires également du dispositif (laboratoire de biologie médicale, pharmacie, radiologie) qui se situent dans une même zone géographique. Et pourquoi pas avec les professionnels de santé avec qui il a l'habitude de travailler.

6.3.3.3 Élargir le recrutement des professionnels du dispositif

Augmenter le nombre de partenaires du dispositif permettrait d'étendre la zone géographique d'action du dispositif. Et de cette manière être au plus près des personnes que ce dispositif aide.

Élargir le recrutement à d'autres professionnels (infirmières, kinésithérapeute...) permettrait également de couvrir l'ensemble des professions impliquées dans le soin primaire. La question des médecins spécialistes à l'intérieur du dispositif se pose également. Des avis de spécialistes peuvent être nécessaires sans nécessité de prise en charge hospitalière. Recruter d'autres spécialistes en médecine peut être une amélioration à apporter.

6.4 Perspectives générales

Une étude comparative qui associe une phase quantitative et qualitative, a obtenu un financement PREPS et débutera en 2020. Ce projet de recherche, nommé EFFI-PASS, vise à comparer l'efficacité d'une intervention en soins primaires type « PASS ambulatoire » (la PASS de ville de MDM à Marseille) par rapport à la prise en charge classique réalisée dans un CASO sur la réduction des recours aux urgences des personnes précaires qui présentent des barrières à l'accès aux soins. Elle évaluera également l'impact sur l'accès aux soins, les parcours de soins, la santé perçue, la qualité de vie et les expériences de soins....

7 Conclusion

Le dispositif PASS de ville de MDM à Marseille permet l'intégration directement dans le tissu de soins primaires ambulatoires des populations précaires ayant un obstacle à l'accès aux soins.

Cette étude nous a permis de mieux comprendre les expériences vécues par les professionnels de santé qui participent à ce dispositif. Elle a mis en évidence que ces professionnels adoptaient des démarches de prise en charge spécifiques concernant ces patients (hiérarchisation et prise en charge des demandes de soins les plus urgentes, attente de l'ouverture définitive des droits pour celles considérées comme non urgentes, optimisation de la prise en charge pour un minimum de coûts supportés par MDM pour les patients sans droits théoriques).

De plus notre étude a montré de quelles façons les professionnels utilisaient les outils mis en place par la PASS de ville pour une meilleure prise en charge de ces patients. L'interprétariat téléphonique professionnel proposé ne semble pas avoir été saisi par les professionnels qui préféraient utiliser les moyens d'adaptation trouvés pour faire face à la barrière de la langue. L'accompagnement des patients par des bénévoles de MDM vers les différents acteurs était perçu comme un bénéfice pour le patient mais les professionnels ne semblaient pas y voir d'atouts dans l'amélioration de leurs propres prises en charge.

Les professionnels ont souligné les atouts que possédaient le dispositif pour répondre à une prise en charge dans les soins primaires ambulatoires des patients ayant un obstacle à l'accès aux soins. Confrontés dans leurs exercices à la prise en charge de patients en dehors du droit commun, la garantie de paiement proposée par MDM permettait aux professionnels d'exercer correctement leurs métiers. Ils ressentaient également un intérêt à l'intégration de ces patients dans les soins primaires ambulatoires et ce dispositif y apportait une réelle réponse.

Cette étude a fait ressortir les points positifs du dispositif et a montré son bénéfice sur la prise en charge des patients précaires du point de vue des soignants. Ces derniers ont soulevé des pistes d'améliorations pour une meilleure efficience.

La réalisation d'autres études est maintenant nécessaire pour explorer les bénéfices de ce dispositif du point de vue des patients et montrer son efficacité dans l'amélioration de la santé des personnes présentant un obstacle d'accès aux soins.

Références

1. Maurin L, Brunner A, Leandri N, Saint-Martin X, Schlemmer B, Schmidt N, et al. Rapport sur la pauvreté en France. 2018.
2. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal Officiel de la République Française. Avis et rapports du Conseil économique et social. 1987.
3. Larcher P. La parabole du trampoline. Revue Quart Monde. 2000 ; La santé pour tous : pour quand ?(184).
4. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France 2017 [Internet]. Disponiblesur:<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/10/16/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2017>.
5. Les permanences d'accès aux soins de santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>
6. Loi de lutte contre les exclusions de 1998 (Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998).
7. Martin L. L'ARS Ile-de-France expérimente une pass ambulatoire pour les sans droit. La Gazette Santé Sociale. 1 déc 2017;(145):43-5.
8. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Vo l u m e :8.
9. La santé en France 2002 [Internet]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr>
10. Joubert M, Chauvin P, Facy F. Les risques du SIDA et la précarité sociale. Précarisation, risques et santé – Questions en santé publique. Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale ; 2001.
11. Poinsignon Y, Marjanovic Z, Bordon P, Georges C, Farge D. Réémergence de la tuberculose et précarité socio- économique. Rev Med interne. 1998;19:649-57.
12. Guize L, Jaffiol C, Gueniot M, Bringer J, Giudicelli C, Tramonì M, et al. Diabète et précarité. Étude d'une vaste population française. Paris : Académie nationale de médecine ; communication 09/12/2008.
13. La Rosa E, Le Clesiau H, Valensi P. Metabolic syndrom and psychosocial deprivation. Data collected from a Paris suburb. Diabetes Metab. 2008;34(2):155-61.
14. Cambois E, Drees. Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. Les travaux de l'observatoire. 2003-2004:101-26.
15. Blanpain N. L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes. Insee Première. 2018;(1687).
16. Geeraert J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Soins. nov 2014;(790)
17. Ameli.fr. CMU Complémentaire : conditions et démarches [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/cmu-complementaire>
18. Ameli.fr. Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/aide-paiement-complementaire-sante>

19. Ameli.fr. Aide médicale de l'État et soins urgents [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale>
20. Warin P, Le non-recours : définition et typologies, Document de travail n°1, Odenore, 2010.
21. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. 2011;6
22. Médecins Du Monde, Coordination Mission France. « Je ne m'occupe pas de ces patients », Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France. 2006.
23. Afonso MM, Bénard A, Chapron A, Chau K, Doussiet E, Guillemin F, et al. Primary care: A definition of the field to develop research. Epidemiology and Public Health / Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. mars 2018;66(2):157-62.
24. Joyce DP, Limbos M. Identification of cognitive impairment and mental illness in elderly homeless men: Before and after access to primary health care. Can Fam Physician. nov 2009;55(11):1110.
25. O'Toole TP, Buckel L, Bourgault C, Blumen J, Redihan SG, Jiang L, et al. Applying the chronic care model to homeless veterans: effect of a population approach to primary care on utilization and clinical outcomes. Am J Public Health. déc 2010;100(12):2493-9.
26. PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) | AP-HM [Internet]. Disponible sur : <http://fr.ap-hm.fr/patients-public/informations-pratiques/consultation/pass>
27. PASS-PSY (Permanence d'accès aux soins en milieu psychiatrique) - Centre Hospitalier Edouard Toulouse [Internet]. Disponible sur : <https://www.ch-edouard-toulouse.fr/spip.php?article313>
28. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. crs. 27 avr 2011;(23):147-81.
29. Allen DJ, Heyrman PJ. Préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
30. Ngo-Metzger Q, Sorkin DH, Phillips RS, Greenfield S, Massagli MP, Clarridge B, et al. Providing High- Quality Care for Limited English Proficient Patients: The Importance of Language Concordance and Interpreter Use. J Gen Intern Med. nov 2007;22(Suppl 2):324-30.
31. Haute Autorité de Santé - Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-santé
32. CHAABAN S. Évaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprète professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse. Thèse de doctorat en médecine. Toulouse : Université Paul Sabatier – Toulouse III ;2014.
33. BEN HAMMOU K. Le patient précaire au cabinet de médecine générale : le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès de populations précaires. Thèse de médecine. Rouen : UFR de médecine - pharmacie de Rouen ; 2014.

Liste des abréviations

ACS : Aide à la complémentaire santé

AME : Aide médicale d'état

CASO : Centre d'accueil, de Soins et d'Orientation

CMU-c : Couverture maladie universelle complémentaire

MDM : Médecins Du Monde

PASS : Permanence d'accès aux Soins de Santé

Annexes

Guide d'entretien :

Guide d'entretien semi-directif : accès aux soins primaires chez les patients précaires : à propos du développement d'une PASS de ville à Marseille

Première partie : présentation de l'étude et de l'enquête

- « Tout d'abord merci d'avoir accepté cet entretien. J'effectue cette étude dans le cadre de mon travail de thèse. Je m'appelle Alexandre Halford, je suis actuellement interne en médecine générale effectuant des remplacements. »
- « Cet entretien permettra d'approfondir les expériences et ressentis des professionnels de santé partenaires du dispositif PASSDV de MDM ayant commencé à recevoir des patients dans le cadre de ce dispositif. »
- Modalités pratiques : « cet entretien sera enregistré, cela fait partie de la méthodologie de l'étude, si vous acceptez bien sûr, mais il restera strictement confidentiel. Vos réponses et propos seront utilisés uniquement à des fins d'analyses et l'entretien sera anonymisé. »
- Consignes : « Dite moi les choses le plus librement possible, ce qui m'importe est d'écouter et comprendre, sachez qu'il n'y a pas de mauvaises réponses. »
- « Avant de commencer souhaitez-vous des précisions sur le déroulement de l'entretien ? »

Deuxième partie : l'entretien

1- Expériences de soins des patients adressés dans le cadre du dispositif PASSDV

- Pouvez-vous me raconter comment cela se passe pour vous lorsque vous recevez un patient dans le cadre du dispositif PASSDV ?
- Avez-vous rencontré des difficultés liées à la barrière de la langue ?
 - Si oui : comment faites-vous ?
 - Avez-vous utilisé l'interprétariat de MDM ?

2- Pratiques de soins

- Comment vous organisez-vous pour l'accueil et la prise en charge de ces patients ?
 - Quelle organisation des plages horaires ?

- Comment se passe la prise en charge des patients ?
- Pouvez-vous me parler de votre ressenti concernant la prescription d'examens complémentaires pour ces patients ?

3- Ressentis vis-à-vis du dispositif

- Quel était votre ressenti lors de la proposition d'intégrer le dispositif ?
- Comment avez-vous entendu parlé ou connu le dispositif PASSDV ?
- Après quelques mois du lancement du dispositif quels sont vos ressentis vis-à-vis du dispositif ?

4- Relations avec le CASO MDM

- Pouvez-vous me parler des relations que vous entretenez avec le CASO MDM dans le cadre du dispositif PASSDV ?
- Avez-vous reçu un patient qui était accompagné par une personne de MDM ? Si oui, que pensez-vous de cet accompagnement ? comment avez-vous ressenti cet accompagnement ?

5- Atouts et freins perçus

- Pouvez-vous me parler des atouts que vous percevez dans le dispositif PASSDV ?
- Pouvez-vous me parler des freins que vous percevez dans le dispositif PASSDV ?
- Pour vous, quelles sont les limites ou les difficultés que vous éprouvez dans le cadre du dispositif PASSDV ?

6- Pistes d'améliorations pressenties

- Que souhaiteriez-vous voir améliorer dans le fonctionnement du dispositif ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUMÉ

Introduction : Une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de ville a été créée en 2019 à Marseille par Médecins Du Monde (MDM) pour permettre l'accès immédiat aux soins primaires ambulatoires, des populations précaires ayant un obstacle à l'accès aux droits et aux soins.

Objectif : explorer les expériences et vécus des professionnels de santé partenaires du dispositif qui reçoivent ces patients.

Matériels et méthode : une étude qualitative a été menée auprès des professionnels de santé du dispositif, recrutés par échantillonnage raisonné, de juin à septembre 2019. Des entretiens semi-dirigés ont exploré leurs expériences et ressentis vis-à-vis du dispositif. Ils ont fait l'objet d'une analyse de contenu inductive.

Résultats : au total, 11 professionnels ont été interviewés. Ces derniers adoptaient des démarches de prises en charge spécifiques bien qu'ils considéraient les patients du dispositif comme identiques au reste de leurs patientèles. Pour les patients du dispositif présentant des droits potentiels, ils prenaient en charge les demandes de soins considérées comme urgentes et différaient celles considérées comme non urgentes dans l'attente de l'obtention définitive des droits prévus par le dispositif. Pour les patients du dispositif qui ne pouvaient prétendre à une couverture médicale, les professionnels maximiser la prise en charge des soins tout en minimisant leurs coûts qui était supporté par MDM. L'interprétariat téléphonique professionnel proposé par le dispositif n'a pas été saisi par les professionnels pour résoudre la barrière de la langue. L'accompagnement des patients par des bénévoles de MDM était perçu comme bénéfique pour les patients mais les professionnels n'y trouvaient pas de bénéfices dans l'amélioration de leurs prises en charge. Ce dispositif était ressenti comme un atout pour la prise en charge des populations précaires ayant un obstacle à l'accès aux soins et leurs intégrations dans un circuit de soins primaires ambulatoires. La garantie de paiement proposé par le dispositif était également ressentie comme un atout pour la prise en charge de ces patients. Certains professionnels n'ont pas encore ressenti de réel suivi dans la prise en charge des patients et exprimaient la persistance de limites à l'accès aux soins (prise en charge des pathologies psychiatriques). Des pistes d'améliorations ont été soulevées : créer un lien avec les PASS hospitalières, augmenter le recrutement des professionnels dont des médecins spécialistes, créer une équipe de professionnels partenaires de proximité au niveau géographique centré autour d'un médecin généraliste également partenaire.

Conclusion : cette étude a mis en évidence les points positifs du dispositif et montré le bénéfice perçus sur la prise en charge des populations précaires du point de vue des soignants.

Mots clés : permanence d'accès aux soins (PASS), précarité, soins primaires, accès aux droits, accès aux soins.