

> SOMMAIRE // Contents

ARTICLE // Article

Première vague épidémique de SARS-CoV-2 en Nouvelle-Aquitaine : approche descriptive des mesures de contrôle, parcours de soins et respect des mesures barrières, mars-avril 2020 // First epidemic wave of SARS-CoV-2 in Nouvelle-Aquitaine: Descriptive analysis of control measures, care pathways and compliance with barrier measures, March-April 2020p. 2

Christine Castor et coll.

Santé publique France – Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux

ARTICLE // Article

État des lieux des pratiques d'orientation des patients vers le système de santé de droit commun, à la suite d'une prise en charge en permanence d'accès aux soins de santé // Current practices of patient orientation directed to mainstream health services, following free medical assistance through the Health Service Access Points.....p. 10

Jérémy Khouani et coll.

Département universitaire de médecine générale, Faculté des sciences médicales et paramédicales, Aix-Marseille Université, Faculté de médecine, Marseille

ERRATUM // Erratump. 21

REMERCIEMENTS AUX RELECTEURS.....p. 22

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'œuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : Laëtitia Huiart, directrice scientifique, adjointe à la directrice générale de Santé publique France
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Frédérique Biton-Debernardi
Rédactrice : Jocelyne Rajnchapel-Messai
Secrétaire de rédaction : Marie-Martine Khamassi
Responsable du contenu en anglais : Chloé Chester
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thierry Blanchon, Iplesp ; Florence Bodeau-Livinec, EHESP ; Julie Boudet-Berquier, Santé publique France ; Kathleen Chamii, Santé publique France ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy, ORS Île-de-France ; Anne Guinard / Damien Mouly, Santé publique France - Occitanie ; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France ; Philippe Magne, Santé publique France ; Valérie Olié, Santé publique France ; Alexia Peyronnet, Santé publique France ; Hélène Therre, Santé publique France ; Sophie Vaux, Santé publique France ; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <https://www.santepubliquefrance.fr/>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

PREMIÈRE VAGUE ÉPIDÉMIQUE DE SARS-COV-2 EN NOUVELLE-AQUITAINE : APPROCHE DESCRIPTIVE DES MESURES DE CONTRÔLE, PARCOURS DE SOINS ET RESPECT DES MESURES BARRIÈRES, MARS-AVRIL 2020

// FIRST EPIDEMIC WAVE OF SARS-COV-2 IN NOUVELLE-AQUITAINE: DESCRIPTIVE ANALYSIS OF CONTROL MEASURES, CARE PATHWAYS AND COMPLIANCE WITH BARRIER MEASURES, MARCH-APRIL 2020

Christine Castor¹ (christine.castor@santepubliquefrance.fr), Gaëlle Gault¹, Sophie Larrieu¹, Sullivan Evain¹, Anna Siguier¹, Viviane Ramel², Martine Vivier Darigol², Alice Herteau¹, Karine Trouvain², Laurent Filleul¹

¹ Santé publique France – Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux

² Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux

Soumis le 15.07.2021 // Date of submission: 07.15.2021

Résumé // Abstract

Contexte – L'enquête Score 19, menée en Nouvelle-Aquitaine auprès des foyers familiaux concernés par la Covid-19 lors de la première vague épidémique, avait pour premiers objectifs de décrire les mesures de contrôle mises en place par l'Agence régionale de santé (ARS), l'accès aux soins et le respect des mesures barrières.

Méthode – Une étude transversale a été menée auprès des personnes ayant eu un prélèvement positif pour la recherche de SARS-CoV-2 entre le 1^{er} mars et le 30 avril 2020 et de l'ensemble des membres de leur foyer, qu'ils aient présenté ou non des symptômes. Ceux-ci ont été interrogés de mi-juin à mi-juillet 2020.

Résultats – Avec un taux de participation d'environ 40%, 940 foyers et 2 536 individus ont été inclus. Parmi eux, 68,3% auraient été atteints par la Covid-19, dont 63,5% étaient des cas biologiquement confirmés. Les femmes et les personnels soignants ont été plus souvent confirmés biologiquement (72,3% et 94,1%). La confirmation biologique augmentait en fonction de l'âge et était plus fréquente en présence d'au moins un facteur de risque et lors d'une hospitalisation.

Parmi les foyers inclus, 79,0% ont été contactés par l'ARS et parmi eux, 92,3% ont reçu des recommandations et 58,9% des masques à leur domicile. Parmi les cas, 80,9% ont contacté un professionnel de santé, dont 83,3% leur médecin généraliste, 20,2% les urgences et 31,3% le Samu. Plus de la moitié aurait bénéficié d'une téléconsultation avec leur médecin généraliste, majoritairement les 15-44 ans. Pour les cas confirmés, les mesures barrières ont été généralement bien respectées pendant leur infection, hormis le port du masque au domicile (38,9%) et l'isolement dans une pièce (50,6%). Pour toutes les personnes incluses dans l'étude, après le confinement, les principales mesures barrières semblaient bien assimilées (supérieures à 80,0%), contrairement à la limitation des interactions sociales (54,0%). Le port du masque en public, la distanciation sociale ou le fait de saluer à distance étaient moins suivis par les enfants. Les femmes auraient mieux respecté le port du masque en public et la limitation des interactions sociales. Il n'y avait pas de différence selon le niveau d'étude ou le statut soignant.

Conclusion – Lors de la première vague épidémique, l'ARS s'est fortement investie dans le *contact-tracing*. Les médecines libérale et d'urgence ont été fortement sollicitées, soulignant l'importance de la télémedecine et d'une régulation adaptée des appels. Les mesures barrières ont globalement bien été respectées, néanmoins certaines ont été plus difficilement applicables et d'autres moins suivies par certaines catégories de population. Les messages de prévention pourraient évoluer et mieux cibler les populations concernées.

Background – Score 19 is an epidemiologic survey that was conducted among households in Nouvelle-Aquitaine affected by COVID-19 during the first epidemic wave. Primary objectives were to describe control measures implemented by the regional health agency, access to care and compliance with barrier measures.

Method – A cross-sectional study was conducted among individuals biologically confirmed as COVID-19 cases between March and April 2020, plus all members of their household, whether they had presented symptoms or not. The survey was administered from mid-June to mid-July 2020.

Results – With a participation rate close to 40%, 940 households and 2,536 individuals were included. Among them, 68.3% had been identified as positive COVID-19 cases, of which 63.5% were biologically confirmed. Women and caregivers were more often biologically confirmed (72.3% and 94.1%). Biological confirmation increased with age and was associated with presence of risk factors and hospitalization.

Among included households, 79.0% had been contacted by the regional health agency, 92.3% of these received recommendations and 58.9% received masks at home. Among cases, 80.9% had contacted a health professional, of which 83.3% contacted their general practitioner, 20.2% the emergency department and 31.3% the emergency medical service. More than half of the cases, mostly in the 15-44 age group, had a teleconsultation with their general practitioner.

For confirmed cases, barrier measures were generally well respected during their infection, except for wearing a mask at home (38.9%) and self-isolation in a separate room (50.6%).

Following the lockdown period, the main barrier measures were well assimilated (above 80%) for all individuals, in contrast to limiting social interactions (54.0%). Wearing a mask in public, social distancing or waving from a distance were less followed by children. Women seemed to show better compliance with wearing a mask in public and limiting social interactions. There was no difference according to education level or care status.

Conclusion – During the first epidemic wave of COVID-19, the regional health agency was strongly involved in contact-tracing. General practitioners and emergency services were heavily solicited, highlighting the importance of telemedicine and adapted call regulation. While barrier measures were generally respected, some were more difficult to apply and others less followed by certain categories of the population, possibly calling for better targeting of prevention messages.

Mots-clés : Covid-19, Pandémie, Mesures barrières, Accès aux soins, Étude transversale
// Keywords: COVID-19, Pandemic, Barrier measures, Access to care, Cross-sectional study

Contexte et justification

Le premier cas de Covid-19 survenu en Europe a été identifié le 24 janvier 2020 en Gironde¹. En Nouvelle-Aquitaine, comme dans d'autres régions métropolitaines, le pic de l'épidémie au cours de la première vague a été atteint en semaine 13 (du 23 au 29 mars 2020)², soit une semaine après le confinement mis en place par les autorités françaises le 17 mars 2020. Au 11 mai, date du déconfinement, l'épidémie de Covid-19 dans notre région se caractérisait par une décrue importante marquant la fin de la première vague. Au cours de cette première vague, la Nouvelle-Aquitaine a été une des régions françaises les moins impactées par l'épidémie³.

Le *contact-tracing* de tous les nouveaux cas de Covid-19 a été mis en place dès le premier cas par la cellule régionale de Santé publique France en Nouvelle-Aquitaine (CR NA) puis par l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine (ARS NA) et a été maintenue le plus longtemps possible jusqu'en mai 2020.

L'ARS NA et la CR NA ont mis en place une étude épidémiologique, Score 19 (Parcours de santé Covid-19 et taux de reproduction⁽¹⁾), auprès des familles touchées par la Covid-19 au cours de cette première vague. Les objectifs de cette étude étaient d'une part, de décrire les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des personnes infectées, leur recours aux soins dans ce contexte particulier de pandémie et de confinement, le respect des mesures barrières préconisées et les mesures de contrôle mises en place par l'ARS NA et, d'autre part, d'identifier les facteurs ayant favorisé la transmission du virus au sein des foyers.

Dans cet article, seuls les résultats portant sur le recours aux soins, le respect des mesures barrières et les mesures de contrôle mises en place par l'ARS sont présentés. Les résultats relatifs aux aspects cliniques et aux facteurs associés à la transmission feront l'objet d'une publication ultérieure.

Matériel et méthodes

Score 19 est une étude transversale menée auprès des personnes résidant en Nouvelle-Aquitaine et ayant eu un prélèvement positif pour la recherche de SARS-CoV-2 entre le 1^{er} mars et le 30 avril 2020, ainsi qu'auprès de l'ensemble des membres de leur foyer, qu'ils aient ou non présenté des symptômes.

Lors de la première vague épidémique de Covid-19 au printemps 2020, soit avant le développement des outils actuels permettant le suivi des indicateurs épidémiologiques de la Covid-19 (SI-DEP et Contact-Covid notamment), une base de données régionale des personnes ayant été infectées par la Covid-19 a été constituée pour le suivi (recommandations et distribution de masques) et le *contact-tracing* (appel et suivi au 7^e et 14^e jour des cas) par l'ARS NA et la CR NA. Cette base a été élaborée à partir de la transmission quotidienne de données sur les personnes ayant eu un prélèvement RT-PCR positif pour la recherche de SARS-CoV-2 diagnostiqué par les laboratoires publics et privés de la région. À partir de cette base, les personnes infectées par la Covid-19 ont été appelées par des étudiants en médecine du 15 juin au 10 juillet 2020. Lors de l'appel, il était demandé d'inclure et d'interroger l'ensemble des membres composant le foyer, permettant ainsi d'inclure le foyer dans l'étude.

Toutes les personnes infectées par la Covid-19, et les membres de leur foyer ont été inclus selon les critères suivants.

Critères d'inclusion :

Personne :

- présentant une RT-PCR positive au SARS-CoV-2 entre le 1^{er} mars et le 30 avril 2020 ;
- domiciliée en Nouvelle-Aquitaine ;
- âgée de moins de 85 ans (facilité d'administration du questionnaire) ;
- vivant à domicile ;
- n'étant pas hospitalisée au moment de l'enquête ;

Et toute personne vivant dans le foyer d'une personne répondant aux critères d'inclusion ci-dessus (quel que soit son statut vis-à-vis du Covid-19, et quel que soit son âge).

⁽¹⁾ <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/etude-score19-parcours-de-sante-covid-19-et-taux-de-reproduction>

Critères d'exclusion :

Personne :

- vivant en collectivité (Ehpad, foyer d'accueil médicalisé, foyer pour personnes handicapées, accueil de migrants, etc.) ;
- ne maîtrisant pas le français ou en incapacité de répondre ;
- numéro de téléphone non disponible ;
- décédée.

Le questionnaire d'enquête était composé de trois volets : un volet commun sur les caractéristiques du foyer (type d'habitat, composition du foyer, contact ARS) et des volets individuels pour les adultes d'une part, et les enfants de moins de 18 ans d'autre part (données sociodémographiques, signes cliniques, prise en charge médicale, confirmation biologique, facteurs de risque, respect des mesures barrières).

Les personnes incluses dans l'étude comprenaient ainsi des non malades, et des cas de Covid-19 (confirmés, probables, possibles), définis selon l'avis relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique du Covid-19 d'avril 2020 de la Haute Autorité de santé et de la définition de cas proposée par Santé publique France^{4,5} (tableau 1). La période d'infection correspondait aux 14 jours suivant la date de confirmation par RT-PCR ou de début des signes.

Une analyse descriptive de la population d'étude a été réalisée, ainsi qu'un descriptif des caractéristiques sociodémographiques des cas. Une description du recours aux soins des cas a été réalisée avec une comparaison de leurs caractéristiques. Pour les analyses portant sur le parcours de soins, la description était basée uniquement sur les cas confirmés et probables, en raison d'une définition trop sensible des cas possibles dans notre étude. Le respect des mesures barrières a été décrit selon le statut vis-à-vis de la maladie et selon les caractéristiques socio-démographiques pendant et après le confinement.

Les données ont été analysées sous Stata 14[®]. Une différence était considérée comme statistiquement significative pour toute valeur de $p < 0,05$.

Tableau 1

Classification des individus dans l'enquête selon leur statut vis-à-vis de l'infection à la Covid-19 et/ou la présence de signes cliniques, étude Score 19, Nouvelle-Aquitaine, mars-avril 2020

Cas confirmé	Personne pour laquelle a été obtenu un résultat positif par RT-PCR pour la recherche de SARS-CoV-2 depuis le 1 ^{er} février 2020, qu'il soit symptomatique ou non
Cas probable	Personne présentant depuis le 1 ^{er} février 2020, en l'absence de confirmation biologique, une agueusie ou une anosmie isolée OU au moins deux signes évocateurs de la Covid-19* avec ou sans scanner pulmonaire évocateur et appartenant à un foyer au sein duquel un cas a été confirmé par RT-PCR
Cas possible	Personne présentant depuis le 1 ^{er} février 2020 un seul signe clinique évocateur de la Covid-19* et appartenant à un foyer au sein duquel un cas a été confirmé par RT-PCR
Non malade	Personne n'ayant présenté ni de test positif pour la recherche de SARS-CoV-2, ni aucun signe évocateur de la Covid-19* depuis le 1 ^{er} février 2020

* Liste des signes cliniques évocateurs de Covid-19 : fièvre (ou sensation de fièvre), toux, difficultés respiratoires (essoufflement, sensation d'oppression dans la poitrine), maux de tête en dehors d'une pathologie migraineuse connue, courbatures / douleurs musculaires inexplicables, diarrhée, douleurs au ventre, maux de gorge, rhinite, asthénie inexplicables, perte de l'odorat (anosmie), perte du goût (agueusie), altération de l'état général, décompensation d'une pathologie antérieure.

Cette étude a été menée conformément aux dispositions de l'autorisation n° 341194V42 délivrée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) pour les traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre d'investigations urgentes par Santé publique France.

Résultats

Description de la population d'étude

Parmi les 2 395 foyers comprenant au moins une personne infectée par la Covid-19 répondant aux critères d'inclusion, 940 (39,2%) ont été inclus dans l'étude, ce qui représentait 2 536 individus. Parmi ces individus, 52,0% étaient des femmes et 21,9% avaient moins de 18 ans. Sur les 2 492 personnes pour qui cette information était renseignée, 1 703 (68,3%) auraient été atteintes par la Covid-19 ou auraient souffert de symptômes pouvant évoquer une infection au SARS-CoV-2 et 789 (31,7%) ont été considérés non malades (tableau 2).

Description des cas de Covid-19

Les cas étaient majoritairement des femmes (56,7%) et des personnes âgées de 15 à 44 ans (43,4%), et plus d'un tiers étaient des soignants (tableau 3). Parmi l'ensemble des cas, 14,2% ont été hospitalisés. Les femmes et les personnels soignants ont été plus souvent confirmés biologiquement (72,3% et 94,1%) ($p < 0,001$). La confirmation biologique augmentait en fonction de l'âge et était plus fréquente en présence d'au moins un facteur de risque et lors d'une hospitalisation ($p < 0,001$).

Mesures de contrôle de l'ARS

Parmi les 928 foyers ayant répondu aux questions relatives aux mesures de contrôle, 79,0% ont confirmé avoir été contactés par l'ARS NA, et parmi ces derniers, 92,5% ont bien reçu les recommandations en matière de mesures barrières. Parmi les foyers contactés par l'ARS, plus de la moitié (58,9%) ont reçu des masques à leur domicile. Parmi ceux n'en ayant pas reçu alors qu'ils avaient été contactés ($n=279$), 39,1% ne souhaitaient pas

Tableau 2

Répartition des répondants selon leur statut Covid-19 (n=2 492), étude Score 19, Nouvelle-Aquitaine, mars-avril 2020

	n	%
Malades	1 703	68,3
Cas confirmés	1 082	43,4
Cas probables	499	20,0
Cas possibles	122	4,9
Non malades	789	31,7
Total	2 492	100,0

en recevoir car en avaient déjà, pouvaient s'en procurer ou n'en voulaient pas. Ainsi, 23,2% des foyers contactés par l'ARS qui auraient souhaité recevoir des masques à domicile n'ont pas pu bénéficier de ce service. Pour les foyers qui n'avaient pu être contactés par l'ARS (n=201), la grande majorité d'entre eux (78,6%) avaient pu se procurer des masques par leurs propres moyens.

Les sites Internet dédiés et le numéro vert mis en place par l'ARS ont été peu utilisés par les foyers (respectivement 15,3% et 7,1%). Pour les cas confirmés adultes, seuls 1,8% (n=18) auraient bénéficié

Tableau 3

Caractéristiques de l'ensemble des cas de Covid-19 et proportion des cas confirmés (n=1 703), étude Score 19, Nouvelle-Aquitaine, mars-avril 2020

	Total cas		Cas confirmés		p-value *
	n	%	n	%	
Sexe					<0,001
Homme	736	43,3	383	52,0	
Femme	964	56,7	697	72,3	
Total	1 700	100,0	1 080	63,5	
Classe d'âge					<0,001
[0-14]	157	9,2	10	6,4	
[15-44]	738	43,4	462	62,6	
[45-64]	620	36,5	468	75,5	
[65-74]	143	8,4	108	75,5	
[75 et+]	42	2,5	33	78,6	
Total	1 700	100,0	1 081	63,6	
Activité professionnelle					<0,001
Salarié privé public	953	63,5	712	74,7	
Libéral	159	10,6	113	71,1	
Recherche emploi	31	2,1	18	58,1	
Retraite	218	14,5	157	72,0	
Au foyer	15	1,0	7	46,7	
Élève ou étudiant	89	5,9	31	34,8	
Recherche 1 ^{er} emploi	3	0,2	3	100,0	
Autre	32	2,2	22	68,8	
Total	1 500	100,0	1 063	70,9	
Soignant					<0,001
Oui	572	33,6	538	94,1	
Non	550	32,3	297	54,0	
Non actif/non renseigné	581	34,1	247	42,5	
Total	1 703	100,0	1 082	63,5	
Facteur de risque **					<0,001
Oui	568	33,4	436	76,8	
Non	1 135	66,6	646	56,9	
Total	1 703	100,0	1 082	63,5	
Hospitalisation					<0,001
Oui	230	14,2	222	96,5	
Non	1 393	85,8	809	58,1	
Total	1 623	100,0	1 031	63,5	

* Comparaison de la proportion des cas confirmés selon les caractéristiques des cas.

** Présence d'au moins un des facteurs de risque suivant : obésité, diabète, hypertension artérielle, pathologies cardiaques et respiratoires, dialyse, déficit immunitaire.

Note : les différences d'effectifs totaux sont liées à des valeurs manquantes.

d'une aide à domicile pendant leur maladie ou leur convalescence et 3,7% de portage de repas à domicile (n=38). Il s'agissait majoritairement de personnes âgées de 45 à 64 ans.

Parcours de soins des personnes infectées par la Covid-19

Parmi l'ensemble des cas confirmés et probables ayant renseigné cet item, 80,9% ont fait appel à un professionnel de santé en raison de leurs symptômes (tableau 4). Parmi ces personnes, 83,3% ont contacté leur médecin généraliste dont plus de la moitié (54,0%) ont pu bénéficier d'une téléconsultation, 20,2% ont eu recours à un service d'urgences et 31,3% au Samu ou aux pompiers (plusieurs professionnels pouvant être contactés). Parmi les cas ayant appelé le Samu, 41,3% ont été orientés vers un service d'urgences et pour 24,9%, un maintien à domicile a été préconisé.

Le recours à un professionnel de santé augmentait avec l'âge, il était quasi systématique chez les personnes de 75 ans et plus (94,7%) et de près de deux tiers chez les enfants de moins de 15 ans (64%) (p<0,001). Les 75 ans et plus ont plus souvent fait appel à un service d'urgences (40,0%) ou au Samu (41,7%) que les moins de 15 ans (respectivement 11,7% et 18,0%) (p<0,001). En revanche,

l'âge des cas n'avait pas d'influence sur la sollicitation de son médecin généraliste. Toutefois, les 15-44 ans ont plus souvent eu une téléconsultation (62,8% d'entre eux), alors que les plus de 65 ans ont plus souvent bénéficié d'une visite à domicile ou au cabinet du médecin (p <0,001). Les cas ayant fait appel à un professionnel de santé ont été plus souvent confirmés biologiquement que ceux n'en ayant pas contacté (p<0,001).

Respect des mesures barrières des cas confirmés pendant leur infection ⁽²⁾

Pour les cas confirmés, pendant l'infection (dont la majorité a eu lieu pendant le confinement), les mesures barrières telles que le lavage des mains régulier, le port du masque dans les lieux publics ou le respect du confinement à la maison étaient globalement très bien respectées (respectivement 97,9%, 95,1% et 97,9%). Pour les personnes ne vivant pas seules, le port du masque à la maison était respecté par plus d'un tiers des personnes ayant eu une Covid-19 confirmée (38,9%), et la moitié (50,6%) indiquait s'être isolée dans une pièce pendant sa maladie.

⁽²⁾ La période d'infection correspond aux 14 jours suivant la date de confirmation par RT-PCR.

Tableau 4

Type et modalités de recours aux soins chez les cas de Covid-19 confirmés ou probables, et proportion de cas confirmés (n=1 581), étude Score 19, Nouvelle-Aquitaine, mars-avril 2020

	Total cas		Cas confirmés		p-value *
	n	%	n	%	
Appel professionnel de santé					<0,001
Oui	1 219	80,9	928	76,1	
Non	288	19,1	101	35,1	
Total	1 507	100,0	1 029	68,3	
Appel médecin généraliste					0,01
Oui	1 000	83,3	750	75,0	
Non	201	16,7	167	83,1	
Total	1 241	100,0	921	74,2	
Appel urgences					<0,001
Oui	232	20,2	222	95,7	
Non	915	79,8	654	71,5	
Total	1 147	100,0	876	76,4	
Appel Samu/pompiers					<0,001
Oui	364	31,3	333	91,5	
Non	800	68,7	555	69,4	
Total	1 164	100,0	888	76,3	
Modalités consultation médecin généraliste					0,9
Téléconsultation	519	54,0	395	76,1	
Visite domicile	96	10,0	73	76,0	
Cabinet médical	346	36,0	259	74,9	
Total	961	100,0	727	75,7	

* Comparaison de la proportion de cas confirmés selon le type de recours aux soins.

Note : les différences d'effectifs totaux sont liées à des valeurs manquantes.

Respect des mesures barrières après le confinement

Les mesures barrières les mieux assimilées à l'issue du premier confinement, que les personnes aient été malades ou non, étaient : le lavage des mains régulier (95,6%), se saluer à distance (90,2%), tousser dans son coude et utiliser un mouchoir jetable (87,2%), porter un masque en public (83,6%) ou respecter la distanciation sociale (82,6%) (tableau 5). En revanche, la limitation des interactions sociales telles que les réunions de famille ou entre amis (54,0%) semblait plus difficile à respecter. Chez les personnes pouvant être concernées par le télétravail, 31,7% ont continué à privilégier cette modalité de travail.

Les personnes ayant souffert de la Covid-19 (confirmée ou non) portaient le masque en public plus souvent que les personnes n'ayant pas été atteintes ($p < 0,01$) (tableau 5). En revanche, la distanciation sociale dans les lieux publics était moins bien respectée par les cas ($p < 0,05$), celle-ci étant bien mieux respectée par les personnes n'ayant pas été malades. Toutefois, il n'y avait pas de différence significative pour les autres mesures barrières.

Quel que soit le statut vis-à-vis de la maladie, le port du masque en public était moins bien appliqué par les enfants de moins de 15 ans (62,9%) alors que dans les autres classes d'âge, cette proportion était supérieure à 85% ($p < 0,001$). Une différence

Tableau 5

Respect des mesures barrières pour l'ensemble des cas de Covid-19 (confirmés, probables, possibles) et des non malades après la période de confinement (n=2 492), étude Score 19, Nouvelle-Aquitaine, mars-avril 2020

Mesures barrières	Cas (n=1 703)		Non malades (n=789)		Total		p-value *
	N	%	N	%	N	%	
Porter un masque dans les lieux publics							<0,01
Oui (toujours/souvent)	1 380	85,2	603	80,1	1 983	83,6	
Non (rarement /jamais)	240	14,8	150	19,9	390	16,4	
Total	1 620	100,0	753	100,0	2 373	100,0	
Se laver régulièrement les mains							0,2
Oui (toujours/souvent)	1 581	95,9	734	94,8	2 315	95,6	
Non (rarement /jamais)	67	4,1	40	5,2	107	4,4	
Total	1 648	100,0	774	100,0	2 422	100,0	
Favoriser le télétravail (actifs)							0,8
Oui (toujours/souvent)	139	31,5	46	32,4	185	31,7	
Non (rarement /jamais)	302	68,5	96	67,6	398	68,3	
Total	441	100,0	142	100,0	583	100,0	
Distance d'au moins d'un mètre dans lieux publics							<0,05
Oui (toujours/souvent)	907	81,0	644	85,1	1 551	82,6	
Non (rarement /jamais)	213	19,0	113	14,9	326	17,4	
Total	1 120	100,0	757	100,0	1 877	100,0	
Limiter les interactions sociales							0,1
Oui (toujours/souvent)	852	52,8	427	56,5	1 279	54,0	
Non (rarement /jamais)	760	47,2	329	43,5	1 089	46,0	
Total	1 612	100,0	756	100,0	2 368	100,0	
Tousser ou éternuer dans son coude							0,9
Oui (toujours/souvent)	1 357	87,1	645	87,3	2 002	87,2	
Non (rarement /jamais)	201	12,9	94	12,7	295	12,8	
Total	1 558	100,0	739	100,0	2 297	100,0	
Utiliser un mouchoir à usage unique							0,9
Oui (toujours/souvent)	1 357	87,1	645	87,3	2 002	87,2	
Non (rarement /jamais)	201	12,9	94	12,7	295	12,8	
Total	1 558	100,0	739	100,0	2 297	100,0	
Saluer sans serrer la main, éviter embrassades							0,2
Oui (toujours/souvent)	1 440	90,7	661	89,2	2 101	90,2	
Non (rarement /jamais)	147	9,3	80	10,8	227	9,8	
Total	1 587	100,0	741	100,0	2 328	100,0	

* Comparaison entre l'ensemble des cas (confirmés, probables, possibles) et les non malades.

Note : les différences d'effectifs totaux sont liées à des valeurs manquantes.

identique était observée selon l'âge pour le respect d'une distance d'au moins 1 mètre dans les lieux publics (77,0% vs plus de 82% pour les autres, $p < 0,05$) ou le fait de se saluer à distance (84,4% vs plus de 89% pour les autres, $p < 0,001$). Le lavage des mains régulier était suivi par plus de 90% des personnes quel que soit l'âge, mais il était mieux suivi par les 45-64 ans (97,8%) ($p < 0,05$). La limitation des interactions sociales était plus respectée par les personnes âgées de 75 ans et plus (82,6% vs plus de 50% pour les autres, $p < 0,001$).

Les femmes disent avoir mieux respecté le port du masque dans les lieux publics (85,5% vs 81,3%, $p < 0,05$) et ont plus limité les interactions sociales (56,2% vs 52,0%, $p < 0,05$). Il n'y avait pas de différence significative du respect des mesures barrières selon le niveau d'étude ou du statut soignant.

Discussion

Ces premiers résultats de l'étude Score 19 ont permis d'apporter des éléments descriptifs concernant les mesures de gestion mises en place par l'ARS, le parcours de soins des malades et le respect des mesures barrières à l'issue de la première vague de Covid-19 en 2020.

Cette enquête a pu souffrir d'un certain nombre de biais propres à ce type d'étude. Le fait que l'entretien ait été mené par téléphone à distance du premier pic épidémique a pu entraîner des biais de mémorisation et prévarication. De plus, 39% des foyers initialement identifiés ont finalement pu être interrogés, ce qui limite les possibilités d'extrapolation des résultats, étant donné que les répondants ont pu avoir des caractéristiques et des comportements, notamment au niveau des gestes-barrières, différents de ceux des non répondants. Malgré ces limites, cette étude a permis de dégager des résultats intéressants qui ont constitué des pistes d'amélioration, dont certaines ont d'ailleurs été adoptées par l'ARS lors des vagues épidémiques ultérieures.

À cette période de l'épidémie, les tests RT-PCR n'étaient pas encore largement utilisés, puisqu'ils étaient réservés aux personnels soignants et/ou aux patients présentant des signes de gravité. Cette étude, portant sur des cas confirmés ainsi que sur l'ensemble des personnes vivant dans leur foyer, confirme la sous-estimation de l'ampleur de la première vague épidémique⁶. En effet, au sein des foyers des 1 703 cas confirmés inclus dans cette étude, 1 581 cas probables et possibles ont été identifiés, à savoir des personnes qui ont présenté une symptomatologie compatible avec l'infection au SARS-CoV-2, mais qui n'ont pas pu bénéficier d'un prélèvement biologique. Certains de ces cas probables ou possibles ont pu ne pas être réellement infectés et leurs symptômes ont pu être liés à une autre cause. Cependant, à l'inverse, d'autres personnes non identifiées comme cas probables ou possibles du fait de l'absence de symptômes ont pu être des cas asymptomatiques de SARS-CoV-2.

La prise en charge du *contact-tracing* par l'ARS lors de la première vague épidémique a mobilisé de manière conséquente les équipes. Si près de 20% des foyers n'ont pu être contactés, un certain nombre d'appels n'a certainement pu aboutir en raison de l'absence des personnes à leur domicile et d'autres ont pu oublier l'appel de l'ARS. Néanmoins, cet investissement très lourd des équipes de l'ARS a rapidement trouvé ses limites et a conduit à mobiliser les équipes de l'Assurance maladie pour la prise en charge systématisée du *contact-tracing* lors des vagues ultérieures. En revanche, la mise à disposition de masques de protection par l'ARS auprès des malades et de leur famille, et dont l'efficacité en termes de mesure de freinage de l'épidémie n'est plus à prouver⁷, a pu contribuer, aux côtés des autres mesures, à une moindre circulation virale dans notre région, même si d'autres hypothèses sont étudiées. Toutefois, parmi les foyers contactés et ayant exprimé leur souhait de recevoir des masques, près d'un quart n'a pas pu en recevoir par le biais de l'ARS (pénurie de masques sur cette période en France).

En ce qui concerne le recours aux soins, la grande majorité des cas (confirmés et probables) a fait appel à un professionnel de santé, et plus souvent les personnes âgées de 75 ans et plus, plus à risque de formes sévères. Les médecins généralistes ont été particulièrement sollicités. Leur recours a été probablement favorisé par la téléconsultation avec plus de la moitié des cas ayant fait appel à leur médecin par ce moyen. Cette modalité de consultation à distance, certainement plus appropriée aux formes les moins sévères et aux patients les plus jeunes, est un levier particulièrement important pour éviter des risques de transmissions secondaires, et doit être encouragé et développé. Les services d'urgences et les Samu ont également été très sollicités, et plus particulièrement par les personnes plus âgées à risque de formes graves. Or, près des deux tiers des cas ayant contacté le Samu n'ont pas été orientés vers les urgences, ceux-ci ayant généralement été invités à rester confinés à leur domicile. En revanche, le numéro vert mis à disposition par les autorités sanitaires a été peu utilisé. Ces éléments incitent à améliorer la stratégie de régulation des malades en période de crise sanitaire, afin de ne pas surcharger inutilement les services de médecine d'urgence.

Lors du premier confinement de 2020, les mesures barrières semblent avoir été globalement bien respectées en Nouvelle-Aquitaine dans le cadre de cette étude. Dans l'enquête CoviPrev nationale, lors de cette même période, ces mesures étaient moins bien respectées en population générale, avec par exemple 77% pour le respect du port du masque et 58% pour le respect des mesures de distanciation sociale⁸. Ces différences peuvent s'expliquer par des populations d'étude différentes, les résultats de Score 19 concernant pour cette phase des personnes ayant toutes eu la Covid-19, donc plus sensibilisées au risque de transmission. En outre, la forte proportion de soignants dans l'échantillon de l'étude, plus sensibilisés aux respects des mesures barrières,

peut expliquer en partie ces meilleurs résultats. Néanmoins, certaines mesures barrières, telles que l'isolement dans une pièce ou le port du masque à l'intérieur de son foyer, semblaient difficilement réalisables pour la majorité des personnes infectées.

Lors de la première période post-confinement de 2020, les mesures barrières semblent également avoir été mieux suivies dans l'étude Score 19 en comparaison des résultats de l'étude nationale CoviPrev⁸. Néanmoins, les résultats régionaux de l'enquête CoviPrev en Nouvelle-Aquitaine (échantillonnage par quotas d'environ 200 adultes sur plusieurs vagues d'enquête afin d'évaluer des tendances) restent inférieurs à ceux de l'étude Score 19⁹. Ces différences peuvent encore s'expliquer par des populations enquêtées différentes, l'étude Score 19 portant sur des foyers familiaux ayant tous été concernés par la survenue d'au moins un cas de Covid-19. Néanmoins, les résultats de l'étude Score 19 mettent en évidence un moindre respect de certaines mesures barrières chez des catégories de population (limitation des interactions sociales et port du masque chez les hommes, distanciation sociale et port du masque chez les enfants) qui pourraient être pris en compte lors de l'élaboration de campagne de prévention.

Des analyses complémentaires dans le cadre de l'étude Score 19 vont permettre d'évaluer le rôle de différents facteurs sociodémographiques, mais également celui du respect des mesures barrières dans la transmission du SARS-CoV-2 au sein des foyers. ■

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des étudiants du *call center* de l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour leur contribution à la réalisation de l'enquête, les internes de santé publique superviseurs et Jean-Marc Beauvieux pour sa contribution dans l'organisation de cette enquête.

Nous remercions Michel Laforcade et Hélène Junça de la Direction de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine pour leur soutien à la mise en œuvre de cette étude.

Nous remercions Hélène Maïzi, pour sa contribution dans la réalisation des enquêtes et la saisie des données, ainsi que Martine Casseron pour la saisie des données.

Nous remercions également Bertrand Dubois (ARS Nouvelle-Aquitaine) et Clothilde Hachin (Santé publique France) pour les aspects réglementaires et Pascal Vilain pour sa relecture attentive de l'article.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Bernard Stoecklin S, Rolland P, Silue Y, Mailles A, Campese C, Simondon A, *et al.* First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in France: Surveillance, investigations and control measures, January 2020. *Euro Surveill.* 2020;25(6):2000094
- [2] Cellule régionale Nouvelle-Aquitaine – Santé publique France. Point épidémiologique spécial Covid-19. 4 juin 2020. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/nouvelle-aquitaine/documents/bulletin-regional/2020/covid-19-point-epidemiologique-en-nouvelle-aquitaine-du-4-juin-2020>
- [3] Santé publique France. Bulletin national Covid-19 : point épidémiologique du 16 avril 2020. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-16-avril-2020>
- [4] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique du Covid-19, 20 avril 2020. Paris: HCSP; 2020. 18 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=812>
- [5] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la conduite à tenir en cas de contact d'une personne ayant des antécédents évocateurs de Covid-19 avec une personne malade du Covid-19, 7 mai 2020. Paris: HCSP; 2020. 12 p. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=819>
- [6] Salje H, Tran Kiem C, Lefrancq N, Courtejoie N, Bosetti P, Paireau J, *et al.* Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France. *Science.* 2020;369(6500):208-11. Erratum in: *Science.* 2020;26;368(6498):eabd4246.
- [7] Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ. COVID-19 systematic urgent review group effort (SURGE) study authors. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2020;395(10242):1973-87.
- [8] Santé publique France. Résultats de l'étude CoviPrev sur l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evo-lution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>
- [9] Cellule régionale Nouvelle-Aquitaine – Santé publique France. CoviPrev : Adoption des mesures de prévention et santé mentale au cours de l'épidémie de COVID-19, Nouvelle-Aquitaine – Point épidémiologique spécial, Février 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/nouvelle-aquitaine/documents/bulletin-regional/2021/coviprev-point-epidemiologique-en-nouvelle-aquitaine-fevrier-2021>

Citer cet article

Castor C, Gault G, Larrieu S, Evain S, Siguier A, Ramel V, *et al.* Première vague épidémique de SARS-CoV-2 en Nouvelle-Aquitaine : approche descriptive des mesures de contrôle, parcours de soins et respect des mesures barrières, mars-avril 2020. *Bull Epidémiol Hebd.* 2022;(1):2-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/1/2022_1_1.html

ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES D'ORIENTATION DES PATIENTS VERS LE SYSTÈME DE SANTÉ DE DROIT COMMUN, À LA SUITE D'UNE PRISE EN CHARGE EN PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

// CURRENT PRACTICES OF PATIENT ORIENTATION DIRECTED TO MAINSTREAM HEALTH SERVICES, FOLLOWING FREE MEDICAL ASSISTANCE THROUGH THE HEALTH SERVICE ACCESS POINTS

Jérémy Khouani^{1,2} (jeremy.khouani@univ-amu.fr), Christophe Bertrand¹, Eugénie Launay², Maeva Jégo^{1,2}, Pascal Auquier², Clémence Tabélé²

¹ Département universitaire de médecine générale, Faculté des sciences médicales et paramédicales, Aix-Marseille Université, Faculté de médecine, Marseille

² Centre d'études et de recherche sur les services de santé et qualité de vie, Aix-Marseille Université, Marseille

Soumis le 09.07.2021 // Date of submission: 07.09.2021

Résumé // Abstract

Introduction – Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ont pour mission d'offrir des soins ambulatoires à des personnes qui n'y ont pas accès et de résoudre leurs problématiques d'accès aux droits, de sorte qu'ils aient *in fine* accès au dispositif médecin traitant de droit commun. Notre objectif était d'établir un état des lieux des pratiques des Pass concernant l'orientation vers le droit commun du patient ayant obtenu une couverture maladie complète.

Matériel et méthode – Cette étude observationnelle transversale a été menée dans le cadre du Programme de recherche sur la performance du système de soins Pass-Multi. Des questionnaires ont été envoyés à 274 Pass sur les 410 que compte le territoire français. Le recueil des données s'est déroulé de juin à octobre 2020.

Résultats – Il existe une grande diversité au niveau du personnel dédié à l'organisation des Pass. Un tiers des Pass n'ont jamais connaissance de l'ouverture des droits de leurs patients et l'orientation vers le droit commun des patients ayant acquis une couverture maladie n'est systématique que dans 33% des Pass. Bien que rarement mise en place, l'existence d'une procédure formalisée d'accompagnement du patient en ambulatoire permet une connaissance plus systématique de l'ouverture des droits des patients et une orientation optimisée vers les soins de ville. Une plus grande évaluation de la bonne intégration du patient dans le droit commun s'avère nécessaire face aux nombreux retours de patients vers les Pass. Le renforcement du travail en réseau avec les soins de ville pourrait permettre d'anticiper la suite de la prise en charge du patient.

Conclusion – Il existe une hétérogénéité des pratiques d'orientation des patients vers le système de santé de droit commun en sortie du dispositif Pass. Une rationalisation des pratiques de sortie du dispositif paraît nécessaire afin d'y permettre une intégration plus efficiente du patient.

Introduction – Health Service Access Points (PASS) aim to provide walk-in medical and social support to vulnerable populations and to resolve issues that are blocking their right of access to care via general practice surgeries. Our purpose was to assess current practices in PASS for orientating those who obtain full health insurance towards the regular system of public healthcare.

Materials and methods – This cross-sectional observational study was carried out in the framework of a research program evaluating the "PASS-MULTI" healthcare system. Questionnaires were sent to 274 PASS centres out of the 410 that exist across the French territory. Data collection was conducted from June to October 2020.

Results – PASS centres represent a diversity of professions. One third of the centres declared never being informed of their patients' health-insurance eligibility, and orientation towards the common primary health for those entitled is systematic only for 33% of "PASS". Although rarely implemented the existence of a formalised assistance procedure of ambulatory patient provide a better systematic knowledge of the person's entitlement and an optimal orientation to primary health care. A wider assessment of the successful integration of patient to common primary care services should be set up considering the huge number of patients who are coming back to "PASS" due to refusals from health care workers to receive vulnerable patients. Strengthening the networking with a community-based practice could help to anticipate patient care.

Conclusion – There is a great heterogeneity in patient orientation to common primary health care in PASS. A rationalization of the end of the PASS scheme seems necessary to ensure a more effective integration.

Mots-clés : Pass, Soins primaires, Relai ville-hôpital, Continuité des soins, Précarité

// **Keywords**: PASS, Primary health care, Town-hospital network, Continuity of care, Vulnerable populations

Introduction

Les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ont été créées dans le cadre de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions¹. On compte aujourd'hui près de 430 Pass en France². Rattachées aux établissements de santé participant au service public hospitalier, l'objectif des Pass est de proposer aux personnes en situation de précarité une prise en charge médico-sociale ambulatoire dans une perspective d'intégration dans le droit commun. En 2013, une circulaire de la Direction générale de l'offre de soin (DHOS) identifie comme patientèle cible des Pass les patients qui n'ont pas de couverture maladie, donc pas d'accès au dispositif médecin traitant de droit commun³. Une enquête de 2017 réalisée par Médecins du Monde retrouve que 70,9% des patients n'ayant pas de couverture maladie ont des droits potentiels à une assurance maladie, mais ne sont pas couverts car :

- ils n'en ont pas fait la demande ;
- ils en ont fait la demande, mais la procédure d'accès au droit est suffisamment complexe pour qu'ils n'aient pas accès aux soins au moment où ils en ont besoin. Ceci est corroboré par d'autres enquêtes^{4,5} ainsi que par le défenseur des droits qui explique que les procédures d'accès au droit peuvent s'accompagner : « *d'un contrôle des conditions d'ouverture restrictif et de demandes de pièces injustifiées* »⁶. De fait, la mission des Pass est donc d'offrir des soins à des personnes qui n'y ont pas accès et de résoudre leurs problématiques d'accès aux droits, de sorte qu'elles aient *in fine* accès au dispositif médecin traitant de droit commun.

Des travaux s'intéressant à ce relais ville-hôpital ont mis en évidence des déficits de communication lors de la sortie d'hospitalisation, fragilisant la continuité des soins^{7,8}. Une étude interventionnelle s'intéressant à un programme spécifique comprenant la prise d'un rendez-vous et l'envoi du compte rendu d'hospitalisation au médecin traitant a retrouvé une réduction d'environ 30% des recours hospitaliers au cours des 30 jours suivant la sortie d'hospitalisation⁹.

Concernant spécifiquement les Pass, trois travaux se sont intéressés à l'effectivité de l'intégration du patient dans le système de droit commun. On y retrouvait respectivement les proportions de 30%¹⁰, 22%¹¹ ou 37,1%¹² des patients qui n'avaient pas consulté de médecin généraliste à la suite de leur prise en charge à la Pass.

Nous n'avons pas retrouvé de données s'intéressant aux pratiques des Pass concernant leur mission d'orientation vers le système de droit commun, qui permettraient de renforcer leur efficacité.

L'objectif principal de notre travail était donc d'établir un état des lieux des pratiques des Pass concernant l'orientation vers le droit commun pour les patients ayant obtenu une couverture maladie complète.

Matériel et méthode

Design de l'étude et population concernée

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale. Les structures éligibles sont l'ensemble des Pass répertoriées en France. Une cartographie basée sur les annuaires régionaux des Pass a été construite en amont de l'étude. Les Pass ayant refusé de participer ou les structures de coordination ne recevant pas de patients n'ont pas été incluses.

Cette étude a été menée dans le cadre du Programme de recherche sur la performance du système des soins (Preps) Pass-Multi, enregistré sous le numéro NCT03986801. Le Preps Pass-Multi a reçu un avis favorable du Comité de protection des personnes (CPP) Sud-Ouest et Outre-Mer (avis n° 2019-A02740-57) et de la Commission nationale de l'information et des libertés (Cnil) (avis n° DR-2021-143), garantissant le respect du Règlement général sur la protection des données (RGPD).

Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré par les professionnels de la Pass et de la pharmacie hospitalière de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM).

N'ayant pas retrouvé dans la littérature d'études similaires, la création du questionnaire s'est appuyée sur le retour d'expérience de ces services (voir annexe). Il reprend les étapes du parcours de soin du patient à la fin de son suivi en Pass. Il est composé de deux parties : une partie descriptive de l'organisation de la Pass répondante et une partie contenant des questions de type Likert. Les réponses sont de type « toujours », « le plus souvent », « parfois » ou « jamais ».

Recueil des données

Le questionnaire a été envoyé par mail à 274 Pass sur les 410 que compte le territoire français. Une seule réponse par un membre de l'équipe Pass était attendue. En cas de non-réponse à 15 jours, les Pass rattachées à un CHU ont été recontactées pour compléter le questionnaire directement en ligne.

Le recueil des données s'est déroulé de juin à octobre 2020.

Analyses statistiques

L'exploitation statistique n'a été commencée qu'après vérification de la validité de la base de données. Les données consolidées ont ensuite été traitées à l'aide du logiciel SPSS® software. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05. Des analyses de corrélation univariées avec détermination du coefficient de Pearson et des études d'association avec détermination du Chi2 ont été réalisées pour mettre en évidence les facteurs influençant certaines variables.

Résultats

Parmi les 274 Pass contactées, 73 ont répondu au questionnaire (taux de réponse : 26,6%) : 49 étaient rattachées à des centres hospitaliers (CH, 67,1%)

et 21 à des centres hospitaliers universitaires (CHU, 28,8%). Parmi les 30 Pass rattachées à un CHU, le taux de réponse était de 70%. Les réponses analysées de ces questionnaires permettent donc d'avoir une bonne représentativité des pratiques dans les Pass rattachées à un CHU en France.

Files actives et organisation des Pass

La file active annuelle médiane est de 374 patients avec un minimum de 20 et un maximum de 5 000 patients. Les CHU ont des files actives annuelles significativement plus importantes que les autres établissements ($p=0,047$) : ils représentent plus de 66% des files actives annuelles de plus de 2 000 patients.

Les Pass comptent quasiment toutes, dans leurs équipes, des assistances sociales (AS) (97% des Pass sont dotées d'AS et 100% dans les CHU). Cependant, la présence de médecin et d'infirmier diplômé d'État (IDE) n'est pas systématique (présents respectivement dans 79% et 68% des Pass). Il existe en effet des Pass transversales limitées à un(e) assistant(e) social(e) (AS) avec répartition des consultants au sein des spécialités présentes dans l'établissement hospitalier auquel il (elle) est rattaché(e) ; dans ces cas, il n'y a pas d'équipe de soin spécifiquement rattachée à la Pass.

L'étude montre une variabilité des professions représentées au sein des Pass, présentant chacune des potentiels de valeur ajoutée permettant d'optimiser le parcours de soins des patients en situation de précarité : des agents d'accueil sont présents dans 44% (71% pour les CHU) des équipes, des pharmaciens dans 28% (52% pour les CHU) et des médiateurs en santé dans 4%.

Ouverture des droits et orientation vers le droit commun

Dans un tiers des cas (34%), les Pass n'ont jamais connaissance de l'ouverture des droits de leurs patients, et seulement 18,8% des Pass déclarent en avoir connaissance systématiquement ou le plus souvent. Dans ces cas, l'information est obtenue principalement lors d'un rendez-vous du patient avec l'AS du service (72%), mais aussi lors d'une consultation médicale (CS), de la consultation du logiciel « consultation des droits » de la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) ou lors d'une vérification régulière par un membre de la Pass (figure 1). Le patient n'informe que rarement la Pass de l'acquisition de ses droits complets à l'Assurance maladie.

Lorsque le patient acquiert une couverture maladie complète, l'orientation vers le système de santé de droit commun n'est systématique que dans 33% des Pass. Dans les autres cas, la décision d'orientation vers le droit commun se fait selon différents critères (figure 2) et, le plus souvent, lors de la résolution de l'événement aigu ayant amené le patient à consulter : 70% des patients sont orientés vers le système de droit commun à ce moment-là et pas nécessairement dès lors que l'équipe a la connaissance que ses droits complets à l'assurance maladie sont ouverts.

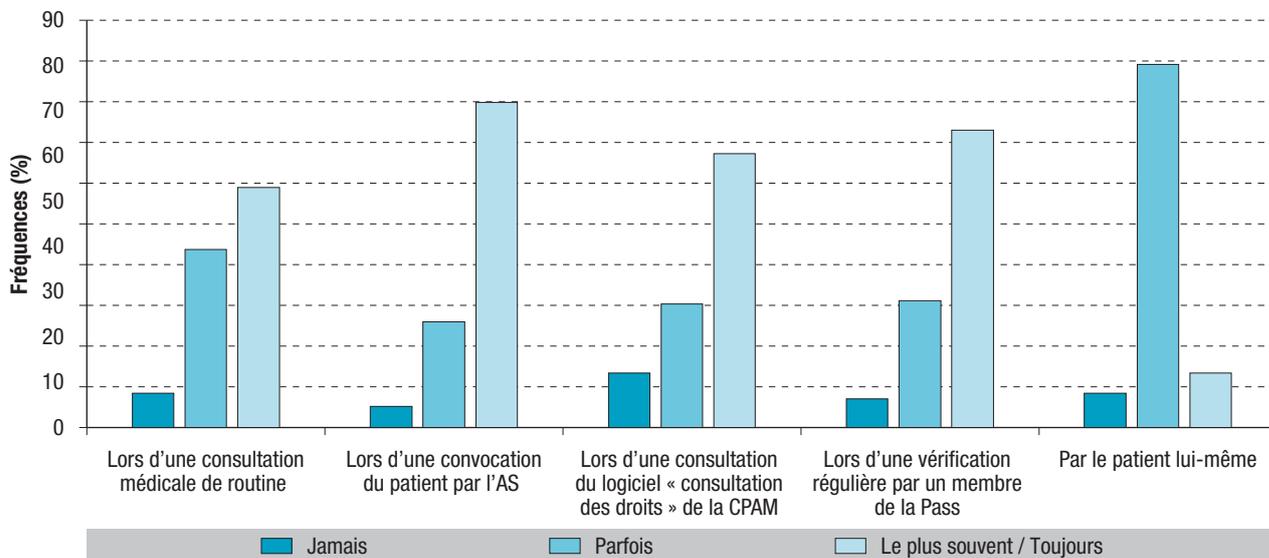
Concernant les patients allophones, leur maîtrise du français et/ou la déclaration d'un médecin traitant maîtrisant leur langue maternelle n'influence que très peu la décision des équipes des Pass de les orienter vers le système de santé de droit commun.

Accompagnement du patient en ambulatoire

Seules 35% des Pass ont formalisé une procédure d'accompagnement du patient en ambulatoire après l'ouverture des droits à l'Assurance maladie.

Figure 1

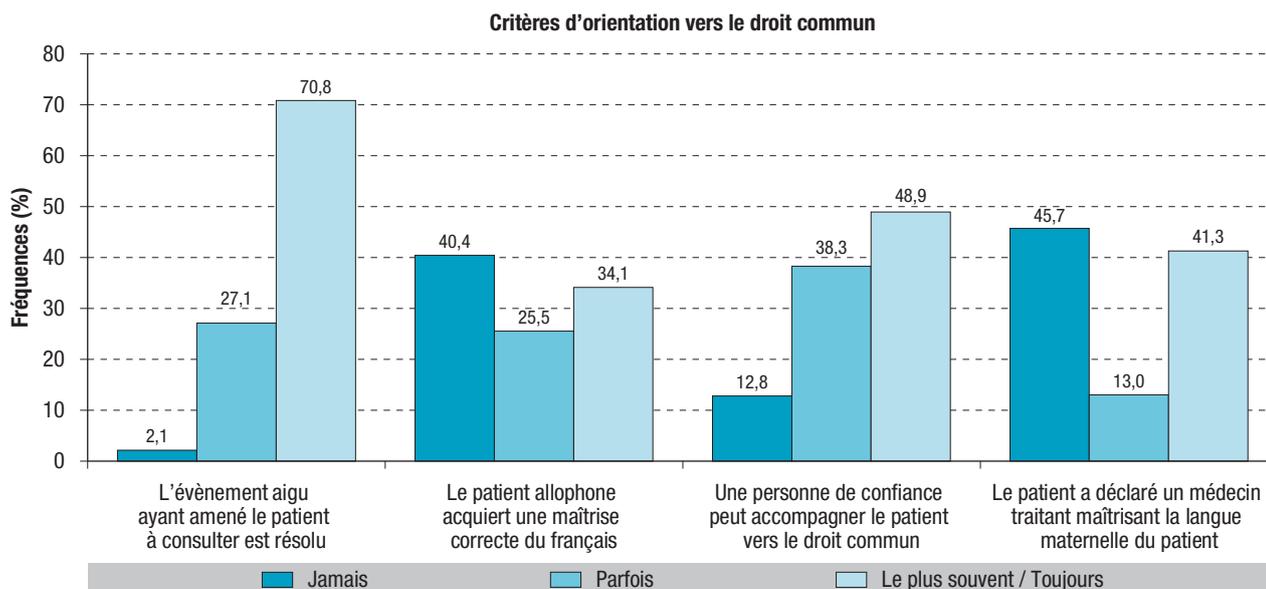
Circonstances de découverte de l'ouverture des droits des patients par les Pass (14 données manquantes), France, juin-octobre 2020



Pass : permanence d'accès aux soins de santé ; AS : assistant(e) social(e) ; CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie.

Figure 2

Critères d'orientation vers le système de santé de droit commun par les Pass (12 données manquantes), France, juin-octobre 2020



Pass : permanence d'accès aux soins de santé.

Cette procédure permet de protocoliser les démarches à entamer lorsqu'un patient obtient ses droits et sort du dispositif de Pass.

Les situations pour lesquelles il y a toujours connaissance de l'ouverture des droits sont représentées uniquement par les Pass ayant formalisé une procédure d'accompagnement en ambulatoire (100%), contre 0% pour celle qui n'en ont pas formalisé ($p=0,046$) (figure 3). Il existe une relation statistiquement significative entre la présence d'une telle procédure et la connaissance systématique de l'ouverture des droits des patients, lors d'une consultation médicale (80% des cas où la connaissance de l'acquisition des droits en consultation médicale est systématique sont représentés par des Pass ayant formalisé une procédure d'accompagnement des patients, contre 20% des Pass ne l'ayant pas fait, $p<0,001$) ou d'un rendez-vous avec un(e) AS (71% des cas où la connaissance de l'ouverture des droits en rendez-vous avec l'AS est systématique sont représentés par des Pass ayant formalisé une procédure d'accompagnement des patients, contre 29% des Pass ne l'ayant pas fait, $p=0,001$) (figure 3).

La formalisation d'une procédure d'accompagnement des patients sortant du dispositif de la Pass permet une connaissance plus systématique de l'acquisition des droits des patients et donc de leur accès possible au dispositif médecin traitant.

D'autre part, seulement 22% des Pass ont construit un annuaire des professionnels de santé de ville vers qui orienter ces patients. Dans ces cas, cet annuaire a été réalisé majoritairement selon le lieu de résidence des patients suivis (79% des cas) et très peu selon les langues maternelles les plus représentées dans la patientèle (7% des cas). Cela explique pourquoi la majorité des orientations de l'équipe de la Pass

vers les professionnels de ville s'effectue selon des critères géographiques de résidence des patients et rarement selon des critères linguistiques (figure 4).

Cependant, dans cette étude, il existe deux situations dans lesquelles les patients en sortie du dispositif de la Pass sont orientés préférentiellement vers des professionnels de ville selon leur langue maternelle :

- 100% des Pass possédant un annuaire élaboré selon les langues maternelles des patients qui déclarent systématiquement les orienter vers les professionnels de ville bilingues, contre 8% en l'absence cet annuaire ($p=0,003$) ;
- lorsqu'un médiateur en santé est intégré à l'équipe de la Pass, il y a une orientation quasi-systématique des patients en sortie du dispositif de la Pass vers un professionnel de santé ambulatoire maîtrisant la langue maternelle du patient (66,6% des cas d'orientation selon la langue maternelle du patient sont réalisés dans les équipes des Pass comportant un médiateur en santé, contre 12,5% quand le médiateur est absent $p<0,001$).

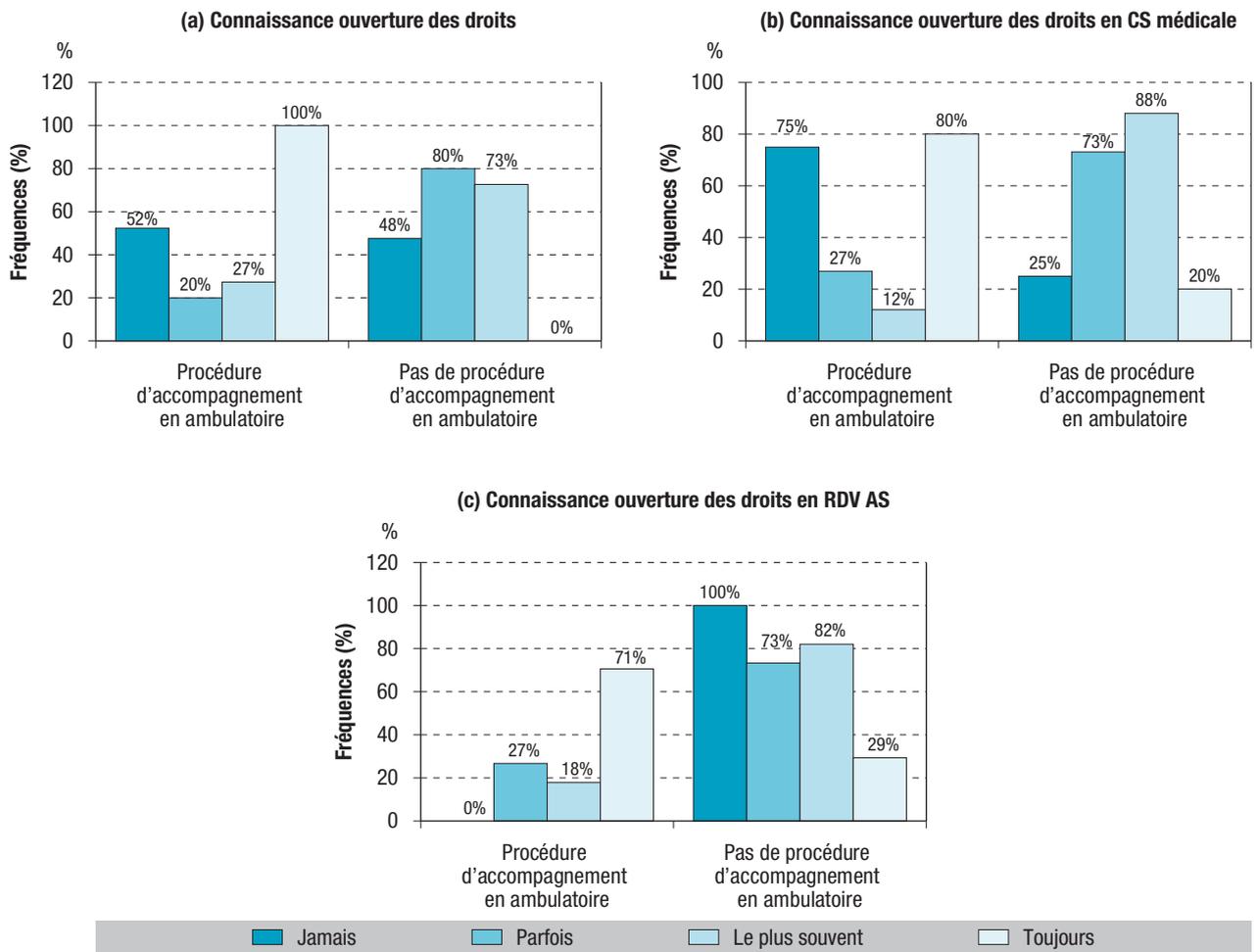
Pour une meilleure orientation des patients allophones au sortir du dispositif de la Pass, la présence d'un annuaire des professionnels de ville bilingues, ainsi que celle d'un médiateur en santé, semblent primordiales (figure 5).

Après la sortie du dispositif

Plus de la moitié des Pass ne convoquent jamais les patients pour s'assurer qu'ils ont bien été intégrés dans le parcours de soins de droit commun (figure 6). Le médecin traitant qui a théoriquement pris le relais n'est jamais contacté par la Pass dans 33,8% des cas. Enfin, plus de 66% des Pass déclarent ne jamais contacter les officines pour s'assurer que le patient

Figure 3

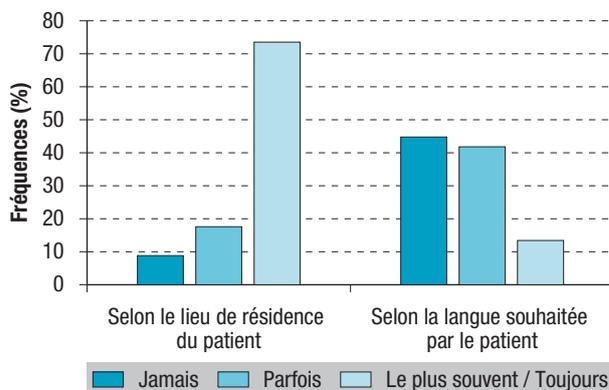
(a) Relation entre la présence d'une procédure d'accompagnement en ambulatoire par la Pass et la connaissance de l'ouverture des droits, (b) lors d'une consultation médicale ou (c) d'un rendez-vous avec un(e) assistant(e) social(e), France, juin-octobre 2020



Pass : permanence d'accès aux soins de santé ; CS : consultation ; RDV AS : rendez-vous assistant(e) social(e).

Figure 4

Modalités d'orientation des patients par les Pass vers les médecins, pharmaciens, ou autres professionnels de santé de ville (1 donnée manquante), France, juin-octobre 2020



Pass : permanence d'accès aux soins de santé.

a bien pu récupérer ses traitements. Or, les retours des patients vers les Pass ou associations humanitaires sont nombreux le premier mois, car faute

d'avoir reçu leur carte vitale ou carte d'AME, ils se voient refuser l'accès aux consultations médicales et aux traitements sans avance de frais¹³⁻¹⁵.

Discussion

Organisation des Pass

Il existe une grande diversité au niveau du personnel dédié à l'organisation des Pass. La circulaire du 18 juin 2013 relative à leur organisation et fonctionnement précise qu'elles doivent disposer au minimum d'un référent social et d'un référent médical connus de tous. La présence de ces référents dans l'organisation de chaque Pass est donc un préalable indispensable à une prise en charge médicosociale globale du patient. On retrouve quasiment toujours un(e) AS qui joue un rôle pivot dans le dispositif, mais une partie des Pass ne comprennent pas de personnel médical dédié, que ce soit des médecins ou des infirmiers. La présence d'un pharmacien est rare, pouvant entraîner une dispensation des traitements dissociée de l'action des Pass et mener à des ruptures de traitements et à une moindre sécurisation

Figure 5

Impact de la présence d'un médiateur (a) ou d'un annuaire linguistique (b) sur l'orientation des patients allophones par les Pass vers les professionnels de ville polyglottes, France, juin-octobre 2020

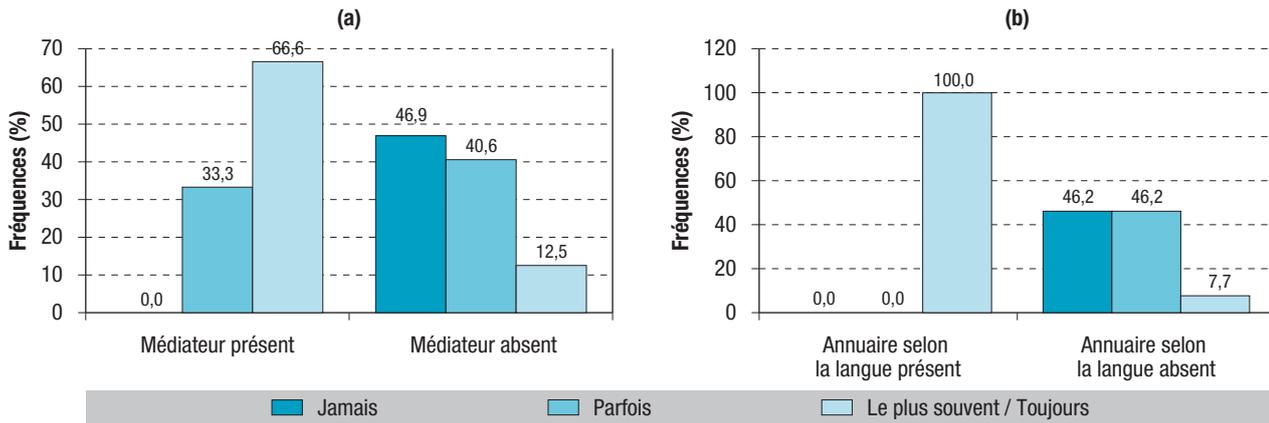
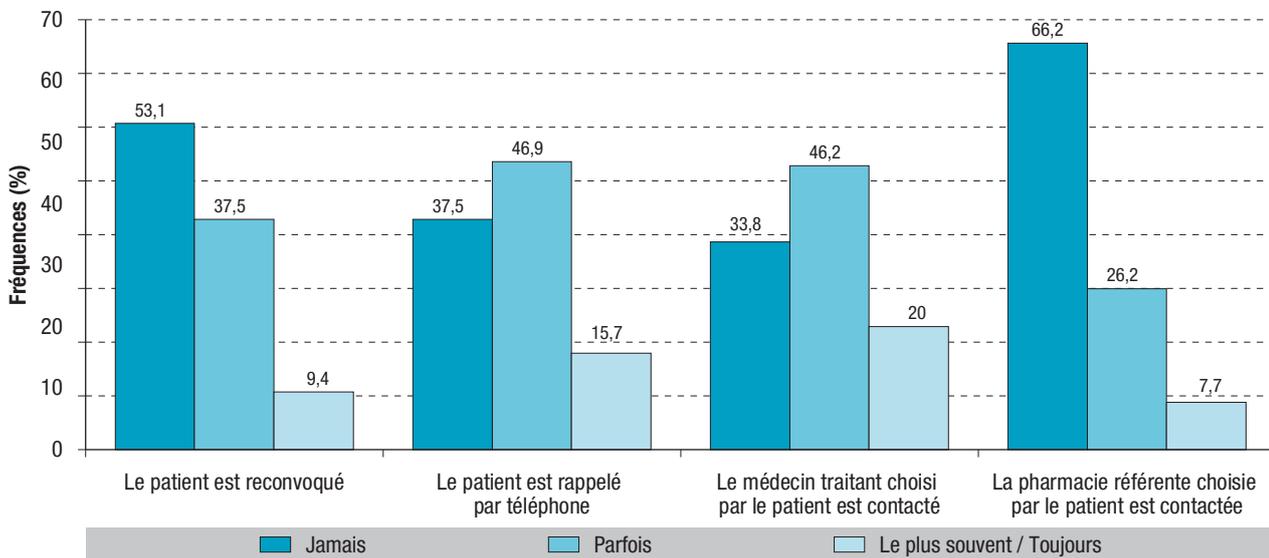


Figure 6

Modalités des Pass pour s'assurer du lien ville-hôpital effectif (14 données manquantes), France, juin-octobre 2020



de la dispensation des produits de santé. Sa présence effective dans l'équipe permettrait de plus un gain en termes de qualité de prise en charge du patient (consultations pharmaceutiques adaptées à la précarité des personnes et à leur niveau de littératie) et de diminution des surcoûts¹⁶. Concernant la médiation en santé, le rapport 2016 d'évaluation du Programme national de médiation sanitaire (PNMS)¹⁷ a mis en avant que celle-ci permet l'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité. *In fine*, l'existence d'équipes pluridisciplinaires dédiées à la prise en charge globale des personnes en situation de précarité étant retrouvée dans la littérature¹⁸, nous pouvons formuler l'hypothèse que les Pass composées de professionnels du soin (médecins, IDE, médiation, pharmacie, etc.) et du social sont mieux préparées à la prise en charge des patients consultant en Pass que les Pass transversales composées uniquement d'AS.

Ouverture des droits et orientation vers le droit commun

Les Pass n'orientent pas toujours systématiquement vers le droit commun les patients ayant acquis une couverture maladie, ce qui peut contribuer à alourdir le dispositif en le saturant. Une enquête de la Fédération des acteurs de la solidarité menée en 2017 montre que 35% des intervenants sociaux auprès des Pass ayant répondu les estiment saturées, certaines Pass ne pouvant recevoir que sur rendez-vous et avec des délais pouvant atteindre plusieurs semaines¹⁹. Il existe plusieurs freins à cette orientation vers le système de santé de droit commun : la persistance du problème médical ayant amené le patient à consulter, l'absence de personne de confiance permettant l'accompagnement du patient et, à un moindre niveau, la barrière linguistique. Le renforcement du travail en réseau avec les soins de ville pourrait permettre d'anticiper la suite

de la prise en charge du patient²⁰, notamment avec les dispositifs innovants en soins primaires tels que les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui sont des champs que les Pass peuvent investir afin d'amplifier et de consolider ce réseau. En effet, l'une des missions socle de ces CPTS est de faciliter l'accès à un médecin traitant pour les patients n'en ayant pas²¹.

Enfin, le déploiement à grande échelle de médiateurs en santé pourrait être pertinent dans les Pass, en soutien aux patients pour qui cette orientation vers les soins de ville est la plus complexe²², en raison de barrières multiples et complexes (culturelles, linguistiques, renoncement, etc.), et pour lesquels la médiation en santé est une des solutions potentielles²³.

Accompagnement du patient en ambulatoire

Une procédure formalisée d'accompagnement du patient en ambulatoire après l'ouverture de ses droits est rarement mise en place. Cette absence de protocole peut entraîner une variabilité des pratiques qui ne permet pas de généraliser les plus efficaces. Il existe par ailleurs chez le patient précaire un manque de connaissance de l'offre de soins et de ses droits à la santé ce qui peut entraîner un renoncement aux soins²⁴. La mise en place d'une consultation d'orientation dédiée à la sortie du dispositif, permettant de fournir des informations adaptées au patient sur le système de santé, pourrait lui permettre d'acquérir des éléments essentiels pour son accès aux soins. Une étude menée par Médecins du Monde avait mis en évidence des difficultés liées au financement des Pass : les budgets alloués aux Pass sont trop peu conséquents et ne permettent pas de couvrir tous leurs besoins²⁵. Ce type de consultation nécessiterait des moyens humains et matériels qui ne sont pas actuellement effectifs, quand bien même ils permettraient *in fine* d'alléger le dispositif Pass en évitant des consultations itératives de patients ne trouvant pas de relais en ville.

Après la sortie du dispositif

Cet état des lieux a également mis en évidence le fait que peu de Pass s'assurent de la bonne intégration du patient dans le droit commun. Une évaluation appréciant l'effectivité de cette intégration pourrait s'avérer nécessaire afin d'en apprécier la réalité, d'autant que les difficultés rencontrées par certains patients après l'ouverture de leurs droits peuvent les entraîner à retourner à la Pass. Une enquête menée en 2017 montre qu'un grand nombre de personnes se rendent à la Pass malgré leurs droits ouverts, en raison du refus de certains médecins de recevoir les patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'Aide médicale d'état (AME)²⁶. Une orientation ciblée vers les professionnels de la CPTS de proximité du lieu de vie du patient pourrait être une réponse. En effet, une étude réalisée à la Pass de Saint-Étienne a montré que l'efficacité du relais avec

la médecine de ville était plus importante lorsque celui-ci était nominatif et lorsqu'une communication portant sur l'ensemble des données médicales du patient auprès du médecin prenant la suite était assurée²⁷. Afin de limiter ces refus de soins⁶ et donner les moyens aux professionnels de ville de répondre aux problématiques complexes des patients en situation de précarité, de futurs travaux pourraient évaluer l'impact d'une prise en charge multidisciplinaire en ville adaptée aux problématiques rencontrées par les patients (interprétariat professionnel, médiation en santé, expertise sociale, etc.) sur l'efficacité du relais de la Pass vers le droit commun.

Limites

Il s'agit d'une étude déclarative : les résultats sont subjectifs et analysés en conséquence.

Il existe un manque de puissance de cette étude en lien avec des effectifs trop faibles et il aurait fallu obtenir des taux de réponses supérieurs pour augmenter la significativité de nos résultats. Le recueil s'est effectué pendant la période de crise sanitaire entre les deux confinements nationaux. Cette étude n'est pas exhaustive en ce qui concerne les critères d'orientation des patients (genre, expérience communautaire, etc.). Enfin, nous n'avons pu relancer que les Pass rattachées à un CHU, ce qui limite l'extrapolation de nos résultats à l'intégralité des Pass.

Forces

Il s'agit du premier état des lieux concernant les pratiques des Pass relatifs à l'orientation de leurs patients vers le droit commun. Ces données peuvent permettre aux Pass de construire leurs propres procédures d'accompagnement du patient vers les soins de ville.

Conclusion

Cet état des lieux met en évidence une hétérogénéité des pratiques d'orientation des patients vers le système de santé de droit commun en sortie du dispositif Pass. Les Pass constituant une interface entre les dispositifs spécifiques d'accès aux soins et le système de santé de droit commun pour les populations vulnérables, il paraît nécessaire de rationaliser les pratiques de sortie du dispositif. Une synergie entre les Pass et les CPTS, ainsi que l'instauration de consultations dédiées à la sortie du dispositif, pourraient permettre une intégration plus efficace du patient dans les soins de ville. L'optimisation des moyens financiers, matériels et humains est un préalable à la mise en place de telles stratégies. Nos résultats ont permis l'élaboration d'un protocole d'orientation et un guide d'entretien de fin de suivi en Pass à destination des professionnels de santé. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. JO du 31 juillet 1998. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000206894/>
- [2] Ministère des Solidarités et de la Santé. Précarité : accès aux soins. [Internet]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite/article/precarite-acces-aux-soins>
- [3] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Circulaire N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (Pass). <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37144>
- [4] Geeraert J. La question sociale en santé : L'hôpital public et l'accès aux soins des personnes en marge du système de santé en France à l'aube du XX^e siècle. Thèse de doctorat de l'Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité; 2017. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02372103>
- [5] Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N, *et al.* Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(19-20):396-405. http://beh.sante.publiquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_4.html
- [6] Défenseur des droits. Rapport. Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer. Paris: Défenseur des droits; 2019. 78 p. <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2019/05/personnes-malades-etrangeres-des-droits-fragilises-des-protections-a-renforcer>
- [7] Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Rasmussen P, Pierson R, *et al.* A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other areas. *Health Aff (Millwood).* 2012;31(12):2805-16.
- [8] Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. Paris: Université Paris-Descartes – Faculté de médecine; 2016. 70 p. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01347479>
- [9] Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, *et al.* A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: A randomized trial. *Ann Intern Med.* 2009;150(3):178-87.
- [10] Collin T. Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry : évaluation du retour au droit commun. Thèse pour l'obtention du diplôme de Doctorat en médecine. Grenoble : Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble; 2011. 77 p. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620694>
- [11] Viciano M. Devenir des patients consultant à la Pass de l'Hôpital Henri Mondor. Thèse pour l'obtention du diplôme de Doctorat en médecine. Paris: Université Paris Descartes. Faculté de médecine Paris Descartes; 2018. 49 p. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02304238>
- [12] Bonnafous Chloé. Devenir médicosocial des patients en situation de précarité consultant la consultation médicale Pass de l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis. Thèse pour l'obtention du diplôme de Doctorat en médecins. Villetaneuse: Université Paris 13; 2020. 51 p.
- [13] Peslin N, Pasquier V, Plaçais C, Coutant A, Agard C, Barrier J, *et al.* Évaluation d'une nouvelle offre de soins : la permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Nantes. *Sante Publique.* 2001;13(4):349-57.
- [14] Chauvin P, Parizot I, Drouot N, Simmonot N, Tomasino A. L'accès aux soins des personnes en situation irrégulière. La Plaine Saint-Denis: Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde; 2007. 76 p. <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2007/09/24/observatoire-europeen-de-lacces-aux-soins-lacces-aux-soins-des-personnes-en-situation-irreguliere>
- [15] Pailhes S. De la Pass au système de santé de droit commun. Thèse pour l'obtention du diplôme de Doctorat en médecine. Lyon: Université Claude Bernard, Lyon 1. Faculté de médecine Lyon Nord; 2008. https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2012/01/These_sophie_pailhes.pdf
- [16] Bataille J, Bardo-Brouard P, Cordonnier-Jourdin C, Kiri-Matondo W, Simpelaere S, Astier A, *et al.* Évaluation des pratiques professionnelles : implication du pharmacien hospitalier dans l'amélioration de la prise en charge des patients en précarité. *Ann Pharm Fr.* 2017;75(2):121-30.
- [17] Évaluation du Programme national de médiation sanitaire. Rapport final. Paris: NovaScopia; 2016. 109 p. <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/12/Evaluation-finale-PNMS-2016-rapport.pdf>
- [18] Jego M, Abcaya J, Ştefan D-E, Calvet-Montredon C, Gentile S. Improving health care management in primary care for homeless people: A literature review. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(2):309.
- [19] Denormandie P, Cornu-Pauchet M. L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité. Paris: PromoSanté Île-de-France. 2018. 102 p. <https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires/lacces-aux-droits-et-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-et-des-personnes-en-situation>
- [20] Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis. 5^e génération 2018-2023. Provence-Alpes-Côte d'Azur. Marseille : Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur; 2019. https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-03/PRAPS%20VF_pour%20consultation_13.03.2018.pdf
- [21] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). JO du 27 janvier 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>
- [22] Geddes JR, Fazel S. Extreme health inequalities: Mortality in homeless people. *Lancet.* 2011;377(9784):2156-7.
- [23] Haute Autorité de santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. 70 p. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins
- [24] Observatoire régional de la santé en Auvergne. Le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne. Clermont-Ferrand: ORS Auvergne; 2016. 49 p. https://www.pfoss-auvergne-rhone-alpes.fr/wp-content/uploads/2017/11/2016_Rapport_non_recours_soins_Auvergne.pdf
- [25] Médecins du Monde. État des lieux des Permanences d'accès aux soins de santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent. La Plaine Saint-Denis: MDM; 2010. 26 p. <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2011/03/18/etat-des-lieux-des-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-dans-23-villes-ou-mdm-est-present>
- [26] Le fonctionnement des Pass (Permanence d'accès aux soins de santé). Veille inégalités sociales de santé. Hérouville Saint-Clair: Promotion santé Normandie; 2015. 5 p. <https://resodochn.typepad.fr/inegalitessante/2017/05/le-fonctionnement-des-pass-permanence-dacc%C3%A8s-aux-soins-de-sant%C3%A9.html>
- [27] Rivollier E, Bourgin V. Pass et réintégration dans le système de soins de droit commun. Saint-Étienne: Permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Saint-Étienne; Assurance maladie; 2005. 12 p.

Citer cet article

Khouani J, Bertrand C, Launay E, Jégo M, Auquier P, Tabélé C. État des lieux des pratiques d'orientation des patients vers le système de santé de droit commun, à la suite d'une prise en charge en permanence d'accès aux soins de santé. *Bull Epidemiol Hebd.* 2022;(1):10-21. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/1/2022_1_2.html

Questionnaire lien ville-hôpital pour les patients en situation de précarité

Préambule

Concernant l'organisation de votre Pass :

→ File active annuelle (estimation) :

→ Entourez les professions représentées : Assistante sociale Médecin IDE Médiateur en santé Agent d'accueil Pharmacien Autres (précisez)

À l'ouverture des droits d'un patient, cocher et argumenter vos choix :

1. L'orientation vers le droit commun est systématique lors de l'acquisition d'une couverture maladie complète (CSS ou AME ou autres) pour les patients

Oui Non

2. Si non, sur quels critères décidez-vous de l'orientation vers le droit commun des patients bénéficiant d'une couverture maladie complète ?

o Lorsque l'évènement aigu ayant amené le patient à consulter est résolu

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

o Lorsqu'un patient allophone acquiert une maîtrise correcte du français

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

o Lorsqu'une personne de confiance peut accompagner le patient vers le droit commun

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

o Lorsque le patient a déclaré un médecin traitant maîtrisant la langue maternelle du patient

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

o Autre (précisez)

Commentaire :

3. Il n'existe pas d'accompagnement particulier à l'ouverture des droits

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

Si vous avez répondu « Toujours » le questionnaire s'arrête ici pour vous.

4. Vous n'avez pas connaissance de l'ouverture des droits de vos patients

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

5. Vous avez connaissance de l'ouverture des droits d'un patient

o Lors d'une consultation médicale de routine

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

o Lors d'une convocation du patient par l'AS

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

o Lors d'une vérification régulière par un membre de la Pass

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

o Par le patient lui-même

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

o Autres (Précisez) :

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

6. Il existe une procédure d'accompagnement du patient en ambulatoire

Oui Non

Commentaire :

7. Il existe un annuaire des médecins/pharmaciens/autres professionnels de santé

Oui Non

8. Si oui, cet annuaire est construit autour :

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois

Commentaire :

9. Vous proposez au patient des médecins/pharmaciens/autres professionnels de santé selon

o Son lieu de résidence

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois
- Jamais

Commentaire :

o La langue souhaitée par le patient

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois
- Jamais

Commentaire :

o D'autres critères

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois
- Jamais

Commentaire :

10. Vous faites le relais avec une autre structure médico-sociale

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois
- Jamais

11. Une procédure existe pour s'assurer du lien ville hôpital effectif

o Le patient est reconvoqué

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois
- Jamais

Commentaire :

o Le patient est rappelé par téléphone

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois
- Jamais

Commentaire :

o Le médecin traitant choisi par le patient est contacté

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois
- Jamais

Commentaire :

o La pharmacie référente choisie par le patient est contactée

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

o Autre

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Commentaire :

12. Vous évaluez la satisfaction de vos patients sur le lien ville-hôpital

Toujours Le plus souvent Parfois Jamais

Si oui, comment ?

Merci pour votre participation

> ERRATUM // Erratum

ERRATA // Errata

Dans l'article : **Dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France** (Andler et coll.), du BEH n° 17 du 9 novembre 2021, des erreurs se sont glissées dans le résumé, l'abstract et les résultats p. 304, p. 306 et p. 307.

- Page 304, dans le résumé // abstract, il faut lire : « Les personnes dépassant les repères étaient en majorité des hommes (68,1%) dont 47,7% n'avaient aucun diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat. » et « *The majority of those exceeding recommended levels were men (68.1%), 47.7% of whom had no diploma or a diploma less than the baccalaureate.* »
- Pages 306 et 307, il faut lire : « un diplôme inférieur au baccalauréat » (et non pas « un diplôme inférieur ou égal au baccalauréat »).

REMERCIEMENTS AUX RELECTEURS

Le BEH remercie chaleureusement tous ceux qui ont contribué en 2021 à sa réalisation

Merci, bien sûr, aux auteurs qui y ont proposé leurs articles.

Merci à tous les relecteurs, dont le regard critique contribue grandement à la qualité finale des travaux publiés.

Merci aux membres du Comité de rédaction et aux coordinateurs des numéros thématiques, qui mettent à la disposition du BEH leur expertise et beaucoup de leur temps.

Les membres du Comité de rédaction en 2021

Raphaël ANDLER, Santé publique France, Saint-Maurice
Thierry BLANCHON, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique, Paris
Florence BODEAU-LIVINEC, École des hautes études en santé publique, Rennes, France
Julie BOUDET-BERQUIER, Santé publique France, Saint-Maurice
Kathleen CHAMI, Santé publique France, Saint-Maurice
Bertrand GAGNIÈRE, Santé publique France – Bretagne, Rennes
Isabelle GRÉMY, Observatoire régional de santé Île-de-France, Paris
Anne GUINARD, Santé publique France – Occitanie, Toulouse
Nathalie JOURDAN-DA SILVA, Santé publique France, Saint-Maurice
Damien MOULY, Santé publique France – Occitanie, Toulouse
Valérie OLIÉ, Santé publique France, Saint-Maurice
Philippe MAGNE, Santé publique France, Saint-Maurice
Alexia PEYRONNET, Santé publique France, Saint-Maurice
Annabel RIGOU, Santé publique France, Saint-Maurice
Hélène THERRE, Santé publique France, Saint-Maurice
Sophie VAUX, Santé publique France, Saint-Maurice
Isabelle VILLENA, CHU, Hôpital Maison Blanche, Reims

Les relecteurs des articles parus (ou refusés) en 2021

Lydie ANCELOT, Université de Poitiers, Poitiers
Isabella ANNESI-MAESANO, Institut Desbrest d'Epidémiologie et Santé Publique Inserm et Université de Montpellier, Montpellier
Delphine ANTOINE, Santé publique France, Saint-Maurice
Laurence ARMAND-LEFEVRE, Laboratoire de bactériologie, CHU Bichat-Claude Bernard et IAME Inserm UMR 1137, Université de Paris, Paris
Pierre ARWIDSON, Santé publique France, Saint-Maurice
Pascal ASTAGNEAU, Cpias Île-de-France, Paris
Agnès AUBLET-CUVELIER, INRS, Vandœuvre-lès-Nancy
Thierry BALANNEC, Cnam, Département Prévention, Bretagne, Rennes
Richard BALLAS, Clinique des orchidées, Le Port
Pascal BARAT, CHU Bordeaux, Bordeaux
Frédéric BARBUT, AP-HP, Université de Paris, Paris
François BECK, Insee, CESP, Paris
Xavier BERTRAND, UFR santé, Besançon
Martin BLAIS, Département de sexologie, Chaire de recherche sur l'homophobie, Université du Québec, Montréal
Nicolas BONNET, Réseau de prévention des addictions, Paris
Céline BOUVIER-SLEKOVEC, CHU de Besançon, Besançon
Denys BRAND, UMR Inserm 1259 – Université de Tours, Tours
Mathias BRUYAND, Santé publique France, Saint-Maurice

Catherine BUISSON, Santé publique France, Saint-Maurice
Christophe BURUOJA, CHU de Poitiers, Université de Poitiers, Poitiers
Linda CAMBON, Université de Bordeaux, Bordeaux Population Health, Bordeaux
Sandrine CAROLY, PR ergonomie, laboratoire PACTE-UGA, Université Grenoble Alpes, Grenoble
Catherine CAVALIN, CNRS-IRISSO (UMR CNSR-INRAE 7170-1427) – Université Paris-Dauphine (PSL), Paris
Agnès CERTAIN, CHU Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Alexandre CHARMILLON, Service de maladies infectieuses et tropicales, CHRU Brabois, Nancy
Hadrien CHARVAT, National Cancer Center, Tokyo, Japon
Sarah CHÉRIET, Ugecam Normandie, CRMPR Les Herbiers, Bois-Guillaume
Natacha CHETCUTI-OSOROVITZ, CentraleSupélec et IDHES-ENS Paris-Saclay
Coralie CHEVALLIER, Inserm U960, ENS-PSL, Paris
Sandra CHYDERIOTIS, Institut Pasteur, Paris
Thierry COMOLET, Atia, Versailles
Dominique COSTAGLIOLA, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, Sorbonne Université et Inserm, Paris
Lise CUZIN, Université de Martinique, Fort-de-France
Sébastien CZERNICHOW, AP-HP et Université de Paris, Paris
Nicolas DANCHIN, Hôpital européen Georges Pompidou, Université de Paris, Paris
Bertrand DAUTZENBERG, Paris sans tabac, Paris
Alice DEBAUCHE, Université de Strasbourg, Strasbourg
Jean-Claude DEHARO, Aix-Marseille Université, CHU La Timone, Marseille
Coraline DELEBARRE, Cegidd du CHI André Grégoire de Montreuil
Xavier DEPARIS, ARS Réunion, Saint-Denis
Jean-Claude DESENCLOS, Santé publique France, Saint-Maurice
Sylvain DIAMANTIS, Groupe hospitalier sud Île-de-France (GHISF), Melun
Gilles DUCHAMPS, Cerema, Direction Territoriale Sud-Ouest, Saint-Médard-en-Jalles
Fabienne EL KHOURY, Sorbonne Université, Inserm UMRS 1136 Iplisp, Paris
Marguerite FINES-GUYON, CHU Côte de Nacre, Caen
Marion FIORENTINO, SanteRCOM Sesstim IRD, Marseille
Gilles FORÊT, LISA (CNRS/UPEC/UPE), Créteil
Christèle FRAISSE, Université de Bretagne occidentale, Brest
Laurent GAISSAD, EVCAU – ENSA Paris Val-de-Seine, Paris
Karine GALLOPEL-MORVAN, EHESP, Rennes
Alain GAMI, Inserm-CESP, Le Kremlin Bicêtre
Gabriel GIRARD, Inserm, Sesstim, Marseille
Claire GOURIER-FRÉRY, APHP-Sorbonne Université, Paris
André GRIMALDI, APHP, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris

Cinzia GUARNACCIA, Université Rennes 2, Rennes
 Romain GUIGNARD, Santé publique France, Saint-Maurice
 Jean-Paul GUTHMANN, Santé publique France, Saint-Maurice
 Françoise HAMERS, Santé publique France, Saint-Maurice
 Mathieu HOCQUELET, Centre d'études et de recherches sur les qualifications (Céreq), Marseille
 Loïc JOSSEYRAND, APHP, Université de Versailles-Saint-Quentin en Yvelines, Saint-Quentin en Yvelines
 Julie LAFOREST, Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Canada
 Emmanuel LAGARDE, Inserm, Bordeaux Population Health, Bordeaux
 Anne LAMBERT, Institut national d'études démographiques, Paris
 Guy LA RUCHE, ARS Occitanie, Montpellier
 Judith LEBLANC, AP-HP, Sorbonne Université, Paris
 Annette LECLERC, Hôpital Paul Brousse, Villejuif
 Stéphane LEGLEYE, CESP, Inserm, Paris
 Simon LE HELLO, CHU Caen, Caen
 Olivier LE NEZET, OFDT, Paris
 Hélène LEPINAY, CoreVIH Île-de-France Ouest
 France LERT, Vers Paris sans sida, Paris
 Philippe MABO, CHU Rennes
 Mehdi MENAI, Institute of Cardiometabolism and Nutrition (ICAN), Paris
 Arnaud METLAINE, Centre du sommeil et de consultations pathologies professionnelles – Hôtel-Dieu– APHP, Paris
 Laurence MEYER, Université Paris Saclay – Inserm U1018 – AP-HP Hôpital de Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre
 Romain MOIRAND, CHU Rennes, Rennes
 Benoît MONGOURDIN, Unité Rhône-Alpes d'accueil et de soins pour les sourds, CHU Grenoble Alpes, Grenoble
 Julien MOUSQUES, Irdes, Paris
 Anaëlle MUGGEO, Université de Reims
 Michka NAIDITCH, Irdes, Paris
 Vincent NEDELLEC, Vincent Nedellec Conseils, Toulon
 Vincent OLLIER, SMUR pédiatrique du SAMU 92, hôpital Antoine Béclère, Clamart
 Carole PELISSIER, Université Lyon1, IFSTTAR, UMRESTTE, CHU Saint Étienne, Saint-Étienne
 Martine PESTEL-CARON, CHU de Rouen, Université de Rouen Normandie
 Gilles PIALOUX, Hôpital Tenon, AP-HP, Paris
 Clara PIFFARETTI, Santé publique France, Saint-Maurice
 Étienne PUYMIRAT, Hôpital européen Georges Pompidou, Paris
 Guillemette QUATREMERIE, Santé publique France, Saint-Maurice
 Sylvie QUELET, ARS Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux
 Jocelyn RAUDE, EHESP, Paris
 Alexis REVET, Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU de Toulouse
 Grégoire REY, CépiDc-Inserm, Le Kremlin-Bicêtre
 Daniela ROJAS CASTRO, U1252 SESSTIM – Coalition PLUS, Paris
 Stéphane ROMAN, Service ORL pédiatrique et CCF, CHU Timone, Marseille
 Lucia ROMO, Université Paris Nanterre EA 4430 Clipsyd, Nanterre
 Françoise ROUDOT-THORAVAL, Service d'Hépatologie, GH Henri Mondor, Créteil
 Valérie ROY, École de travail social et de criminologie, Université Laval, Québec, Canada
 Gaëlle SANTIN, Agence de biomédecine, Saint-Denis
 Christine SILVAIN, CHU Poitiers, Poitiers
 Susan STOCK, École de santé publique de l'Université de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, Montréal
 Wahida TALANTIKITE, Laboratoire Image Ville Environnement, UMR 7362 CNRS et Université de Strasbourg
 Fabienne THOMAS, Santé publique France, Saint-Maurice
 Philippe TUPPIN, Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), Paris
 Michel UNDERNER, Unité de recherche clinique, CH Laborit, Poitiers
 Nadia VALIN, AP-HP, Paris
 Stéphanie VANDENTORREN, Santé publique France, Saint-Maurice
 Michel VEZINA, INSPQ, Québec
 Catherine VIDAL, Comité d'éthique de l'Inserm
 Bertrand XERRI, ACMS, Suresnes