

## CONCLUSION : DES ENSEIGNEMENTS A TIRER

---

1.1	L'ORGANISATION HOSPITALIERE.....	2
1.1.1	Offre hospitalière et couverture sociale : incertitudes et asymétries d'information .....	2
1.1.2	Les hôpitaux français dirigés par des médecins ?.....	3
1.1.3	Maillage des quartiers, mobilité et intégration des différents niveaux de soins .....	4
1.1.4	Le « triage » à l'arrivée des urgences.....	6
1.2	LA PRISE EN COMPTE DES ELEMENTS CULTURELS.....	7
1.2.1	La critique du culturalisme.....	7
1.2.2	La nécessaire incorporation des éléments culturels.....	8
1.2.3	Formations et professionnels adaptés aux populations accueillies.....	10

---

L'observation d'un autre pays démontre une nouvelle fois qu'il faut souvent se garder de tout *a priori* : avant de s'y rendre, l'image – souvent dégradée – de la Turquie faisait anticiper un système hospitalier sensiblement différent de celui qui l'on peut trouver en France. Or l'offre hospitalière est de bonne qualité, ce qui ne veut pas dire que ce soit le cas de l'offre de soins dans son ensemble : les hôpitaux sont localisés dans les grandes agglomérations – particulièrement la métropole d'Istanbul ; dans les zones rurales, ce sont les dispensaires qui prennent en charge les populations, avec un niveau de soin et d'équipement sans commune mesure avec celui des centres hospitaliers.

Ce n'est donc pas tant la qualité de l'offre hospitalière qui fait question en Turquie, mais plutôt l'articulation entre les différents réseaux hospitaliers (ministère de la Santé, ministères, universitaires, SSK, privés) et les multiples mécanismes de couverture sociale (fonctionnaires actifs, fonctionnaire retraités, Bag-Kur, assurances privées). De plus, comme dans les autres pays au niveau de développement comparable, l'état général de santé de la population turque ressortit davantage aux standards d'hygiène de vie qu'à l'offre de soin. En la matière, les comportements nutritionnels et les pratiques mortifères – tout particulièrement la consommation tabagique élevée – semblent s'imposer comme les objectifs prioritaires de toute action de santé publique.

A la double question posée en exergue de ce rapport – comment atteindre les populations qui ne viennent pas spontanément se faire soigner dans les hôpitaux ? comment les accueillir aux urgences quand elles viennent ? –, cette mission a permis de recueillir des éléments de réponses et des pistes de questionnement.

L'observation de l'offre hospitalière et des modalités de couverture sociale en Turquie permet de formuler un certain nombre de remarques corrélées aux débats qui existent en France à l'heure actuelle quant à ces sujets. Les enseignements à tirer s'articulent autour de deux axes : l'évolution de l'organisation hospitalière, et la prise en compte des éléments culturels dans l'accueil et le traitement des précaires étrangers.

## **1.1 L'organisation hospitalière**

Trois caractéristiques observées lors de cette mission ont attiré l'attention, en particulier eu égard à l'actualité de leur débat en France : le fractionnement de l'offre hospitalière et des modes de couverture sociale, la composition des directions des hôpitaux publics français, ainsi que le maillage des quartiers et la mobilité du soin.

### 1.1.1 Offre hospitalière et couverture sociale : incertitudes et asymétries d'information

L'existence d'une pluralité de système de couverture sociale et de réseaux hospitaliers fait de l'information un élément essentiel dans l'accès au soin. Comme fréquemment démontré, les personnes les mieux à même d'obtenir une information exhaustive sur les arcanes d'un système complexe – les membres les mieux intégrés du corps social – sont celles qui parviennent le mieux à en bénéficier. A l'inverse, les personnes les moins diplômées, les moins rémunérées, celles qui disposent d'un réseau relationnel peu étoffé, n'ont ni les moyens financiers ni la capacité à s'orienter au sein d'une mécanique jugée impénétrable.

Durant les entretiens, un phénomène bien connu en France a été décrit : l'existence de personnes précaires sans couverture sociale par ignorance de leurs droits. La crainte de se rendre à l'hôpital ou de ne pas avoir les moyens financiers d'assumer le coût des soins peut s'analyser par le biais du faible taux d'occupation des hôpitaux turs. En 1999, il était de 57,8 % dans les hôpitaux de soins aigus et de 59,4 dans

l'ensemble des hôpitaux, contre respectivement 77,4 % et 83,4 % dans les hôpitaux français la même année <sup>1</sup>.

La fragmentation de l'offre hospitalière conduit à une segmentation de la demande : la SSK, système de sécurité sociale et pourvoyeur de soin, traite ainsi les deux-tiers des maladies chroniques recensées en Turquie – affection parmi les plus coûteuses à soigner. Les moyens manquant, 50 % des actes chirurgicaux pratiqués sur des patients couverts par la SSK le sont dans des hôpitaux d'Etat ou des hôpitaux privés qui, pour beaucoup d'entre eux, vivent uniquement de cette activité. L'accueil des populations précaires ou disposant de la carte verte entraîne une perte pour les hôpitaux, ou bien est générateur de difficultés de trésorerie sous l'effet des délais de remboursement. Les hôpitaux universitaires sont ainsi conduits à ne pas accepter – sauf urgences – ce type de populations, tout du moins en premier niveau de soin. Les populations les plus démunies fréquentent donc prioritairement les hôpitaux de la SSK, et les hôpitaux de ministère de la Santé pour les titulaires de la carte verte.

La France parvient pour l'heure à maintenir une cohérence dans un système hospitalier pourtant composite par le biais d'une protection sociale unifiée. Dès lors que la couverture sociale ressortirait à plusieurs systèmes concurrents – notamment publics et privés –, nul doute que des liaisons s'établiraient entre systèmes hospitaliers et mécanismes de protection sociale, avec une hiérarchisation dans les risques couverts, les pathologies traitées et les populations accueillies. Dès aujourd'hui, le service public hospitalier prend en charge les populations les moins solvables – sans même évoquer « l'exclusivité » pour certains actes parmi les plus coûteux, les transplantations d'organes ou la prise en charge des polytraumatisés, par exemple.

#### 1.1.2 Les hôpitaux français dirigés par des médecins ?

Les hôpitaux turcs sont dirigés par un médecin dont le pouvoir d'évocation concerne l'ensemble des dimensions du management – administratives et cliniques. Le rôle du directeur administratif de l'hôpital se limite à faire se conformer l'établissement à la législation en vigueur. Cet état de fait renvoie à la question désormais posée en France du rôle des médecins dans la direction des hôpitaux.

---

<sup>1</sup> Voir annexe 2, page **Erreur ! Signet non défini.**

L'Académie de médecine vient de rendre publique une enquête suggérant d'instaurer une collégialité à la tête des hôpitaux publics en créant une « *direction médicale* », l'argument étant que des médecins sont mieux à même de juger de l'utilité des évolutions techniques et d'arbitrer au sein des demandes des chefs de services. Force est de constater que si le corps médical est associé à la gestion des hôpitaux – en particulier *via* la commission médicale d'établissement (CME) – seuls les médecins ne sont pas représentés dans les équipes de direction des hôpitaux, tous les autres corps de métiers en faisant partie : personnels soignants, personnels techniques, personnels administratifs.

Pourtant, l'introduction des médecins dans les équipes de direction ne résoudrait pas bon nombre de problèmes que connaît l'hôpital :

- l'imperméabilité des organisations du travail, notamment entre le monde administratif et le monde du soin ;
- la non-concordance entre l'organisation du travail des médecins et celle des non-médecins (infirmières, aides-soignantes, personnels médico-techniques...);
- l'entremêlement des lignes hiérarchiques : les médecins, qui ne relèvent en rien de l'autorité de la direction de l'hôpital, exercent une autorité hiérarchique sur des personnes paramédicaux dépendant organiquement de la direction de l'établissement.

Au fil des entretiens, de nombreuses critiques ont été formulées à l'encontre de gestion des hôpitaux turcs confiée aux médecins-chefs : la non-prise en compte des contraintes financières dans les choix stratégiques, le clientélisme dans l'attribution des moyens, la non-planification de la localisation des équipements.

### 1.1.3 Maillage des quartiers, mobilité et intégration des différents niveaux de soins

Pour être : « *Ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services* », comme l'édicte le Code de la Santé publique, les hôpitaux publics français doivent peut-être emprunter des pistes novatrices pour garantir l'égal accès de tous aux soins.

Mis à part les situations de prise en charge par les services mobiles d'urgence, la norme veut que ce soit le patient qui fasse la démarche d'aller vers les lieux et les acteurs de soins. Or, pour atteindre les populations qui n'ont pas spontanément cette démarche, il est peut-être temps que le soin se déplace vers ces patients-là. En

s'inspirant des structures mobiles de certaines fondations turques ou du réseau de santé de la municipalité d'Istanbul, il conviendrait alors de mener à son terme la démarche qui a conduit à la création du « Samu social » en mettant en œuvre des structures hospitalières mobiles.

Cette approche est déjà expérimentée : les camions de prévention du cancer du sein qui amènent vers le patient les éléments techniques d'accomplissement des examens ; le Bus sanitaire, « l'Homnibus » expérimenté à l'hôpital Jean Verdier <sup>2</sup>. L'expérience de la municipalité d'Istanbul, ainsi que des véhicules de santé ambulants de la fondation Ayhan Sahenk doivent conduire à s'interroger sur la généralisation des modalités d'accès aux populations les plus défavorisées. Il pourrait être envisagé que les hôpitaux publics articulent leur action avec celle d'associations pour mettre au point des unités mobiles de soins à destination des populations du bassin de vie – particulièrement les plus rétives à la prise en charge médicale.

Ce type d'action permettrait de répondre à un double objectif :

- un objectif éthique : améliorer l'état de santé de population précaires et défavorisées qui ont peu ou pas recours aux soins ;
- un objectif organisationnel : traiter des pathologies en amont de l'arrivée aux urgences, éviter l'embolisation de ces dernières et, partant, diminuer le coût de la prise en charge.

Cela revient à s'interroger de nouveau sur la mission dévolue à l'hôpital : mission sanitaire ou mission sociale ? Ce débat, dont les termes évoluent dans le temps, n'est pas tranché, et rien n'interdit d'imaginer que, par delà son immense compétence clinique, l'hôpital revienne aussi à son rôle fondateur de secours aux plus nécessiteux.

L'articulation entre hôpital et dispensaires, telle qu'elle est pratiquée par les hôpitaux du ministère de la Santé turc <sup>3</sup>, pourrait participer d'une meilleure anticipation de la venue des patients vers les services d'urgences de l'hôpital. Sans prétendre parvenir au maillage de la population accompli en Turquie, qui – cela été souligné – n'est pas sans soulever de nombreuses interrogations en termes de respect des libertés publiques, il pourrait être envisagé de solliciter l'expertise d'associations locales. Ces dernières se verraient ainsi mettre à disposition matériels et personnels qualifiés

---

<sup>2</sup> Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Bondy.

<sup>3</sup> **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**, p. **Erreur ! Signet non défini.**

pour prendre en charge des populations qu'elles ne parviennent pas à convaincre de venir se faire soigner en établissement ; l'hôpital parviendrait ainsi à contrôler le flux d'accès dans son service d'urgence et à limiter les frais afférents grâce au suivi préalable des populations concernées.

Les modalités d'action de ces équipes mobiles de soins restent à définir ; nul doute qu'elles devraient être constituées de membres d'association, de soignants, de médecins et de personnels sociaux.

#### 1.1.4 Le « triage » à l'arrivée des urgences

Une autre des leçons à retenir de l'observation des hôpitaux turcs porte sur l'opportunité de renforcer l'accueil aux urgences et d'y intégrer systématiquement une unité de consultations sans rendez-vous.

Actuellement, une infirmière d'orientation interroge le patient quand il se présente au guichet d'urgence ; suivant les réponses, elle juge du degré d'urgence et pré-remplit un dossier destiné au médecin qui va prendre en charge ce patient. Parfois, un accueil administratif et/ou une caisse sont également installés. Dans certains cas, des consultations sans rendez-vous sont proposées au sein des services d'accueil des urgences, elles permettent soit d'y envoyer les patients qui se présentent aux urgences pour des soins courants, soit de proposer cette alternative à une consultation de médecin généraliste en cabinet de ville.

Pourtant, bien souvent, c'est davantage d'urgence sociale qu'il s'agit, et pas d'urgence médicale. Les populations précaires qui se présentent aux urgences déplorent une affection physique qui, dans bien des cas, n'est qu'une forme d'expression d'une détresse sociale. Dans ces conditions, pas plus un médecin généraliste qu'un médecin urgentiste ne sont compétents pour prendre en charge ces situations.

Offrir la possibilité d'accès à des consultations externes aux personnes qui se présentent à l'accueil des services d'urgences permettrait sans nul doute de prendre en charge les pathologies au niveau d'expertise requis, et éviterait de solliciter inutilement le plateau technique de l'hôpital. Ces consultations pourraient prendre la forme d'une unité de consultations sans rendez-vous intégrée dans les services d'urgences, ou bien se traduire par l'association géographique d'un dispensaire aux urgences. Ce dispensaire serait soit géré en interne par l'hôpital suivant une structure

traditionnelle de polyclinique, soit géré sous forme d'extension d'un dispensaire extérieur. Cette dernière formule présenterait l'avantage d'articuler l'action locale d'un dispensaire avec celle plus spécialisée d'un hôpital. Les patients accéderaient à l'hôpital adressé par le dispensaire et, symétriquement, l'hôpital renverrait vers le dispensaire les patients qui en relève.

Cette organisation ne dispenserait pas de renforcer l'accueil des urgences avec des personnels formés à la prise en charge sociale – activité prépondérante des SAU et peu prise en compte. L'accueil aux urgences devrait se compléter d'une présence ou d'une possibilité recours aux travailleurs sociaux – assistantes sociales ou représentants d'associations actives dans ce domaine (voir *infra*).

## **1.2 La prise en compte des éléments culturels**

### 1.2.1 La critique du culturalisme

En matière de soins, les éléments qui ont attiré l'attention des chercheurs relèvent surtout de l'attitude des personnels à l'égard des populations étrangères. Kessar (2000) cite l'alinéa 3 de l'article 7 de la Charte du patient hospitalisé (Encadré 1), et l'interrogation des soignants quant au respect des pratiques et des coutumes. La dénonciation du culturalisme est un autre élément d'interrogation.

Fassin (2000), note que : « *Si la tuberculose pulmonaire ou l'ulcère gastrique sont, en première analyse, les mêmes chez l'autochtone et chez l'immigré, leurs manifestations cliniques et leur incidence statistique peuvent différer assez notablement.* » Mais il ajoute : « *Cette diversité de la pathologie dépasse cependant la seule dimension liée à l'origine géographique ou ethnique puisqu'elle est également documentée depuis longtemps, parmi les Français, entre les citadins et les ruraux, entre les ouvriers et les cadres, entre les femmes et les hommes. La différence, aussi bien dans l'occurrence des pathologies que dans leur traduction en symptômes, ne se pose donc pas seulement par rapport à l'étranger.* » Il critique le culturalisme en tant qu'il obère les éléments factuels de limitation de l'accès aux soins – problèmes financiers, régularité du séjour, discriminations au quotidien, etc. – qui pourtant, selon lui, rendent souvent compte des comportements en matière de santé et de soins.

Quand les spécificités culturelles sont prises en compte, c'est dans le cadre de consultations psychiatriques liées à des troubles mentaux ou à des déviances sociales : Crenn (2000) adosse son travail à l'observation d'une « ...*association de médecine transculturelle destinée à des malades dits " migrants ", intervenant dans un hôpital public bordelais.* »

### 1.2.2 La nécessaire incorporation des éléments culturels

Si l'accès aux soins des étrangers sans papiers ou des étrangers en situation irrégulière ne remplissant pas encore les conditions de résidence pour bénéficier de la CMU ressortit à des éléments matériels, il n'en est pas de même s'agissant des titulaires de droits qui ne renâclent à se faire soigner.

A l'observation, le rapport à la santé, au corps, à la maladie et à la douleur ressortissent à des éléments culturels : il a été constaté dans certains hôpitaux de la région nord parisienne qu'étaient admis en urgence des personnes qui n'avaient pas eu recours à la médecine hospitalière à des stades antérieurs de leur pathologie, et qui intégraient l'hôpital *via* les services d'urgences mobiles (SAMU, SMUR). Seule, la santé de leurs enfants conduit les parents d'origine étrangère réticents aux soins à transgresser interdits, tabous et/ou craintes : maîtrisant peu ou pas le français, ils amènent pourtant leurs enfants à l'hôpital, alors qu'ils refusent d'y venir pour eux-mêmes. L'inconvénient de cette situation se pose en termes de santé publique, de coûts majorés de prise en charge (mobilisation du plateau technique des urgences en lieu et place d'une consultation de généraliste), d'embolisation des services d'urgence.

Ce qui est étonnant est la place accordée à la nationalité, renvoyant aux problèmes de l'interdiction à l'accès aux soins. Or étranger ou Français, la question est celle du non accès quand les conditions de l'accès sont pourtant réunies. Il y a tout d'abord contradiction entre la dénonciation du culturalisme et la nécessité proclamée d'adaptation des soignants aux populations étrangères. De même, faut-il s'interroger sur le fait de savoir si c'est au soignant de prendre en charge les difficultés liées aux différences culturelles, si cette activité ne relève pas d'une compétence particulière qui fait défaut actuellement à l'hôpital français. Il est important que les soignants s'adaptent au patient non seulement pour éviter toute maladresse par méconnaissance des autres cultures, mais surtout pour favoriser le diagnostic et le traitement de ces patients.



### Encadré 1. Charte du patient hospitalisé : les éléments relatifs aux différences culturelles

**Préambule** : « ...les établissements de santé se doivent de veiller au respect des droits de l'homme et du citoyen reconnus universellement, ainsi que des principes généraux du droit français : non discrimination, respect de la personne, de sa liberté individuelle, de sa vie privée, de son autonomie. »

**Article 1, alinéa 1** : « Les établissements de santé qui assurent le service public hospitalier accueillent toutes personnes, quels que soient leur origine, leur sexe, leur situation de famille, leur âge, leur état de santé, leur handicap, leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses. Ils les accueillent de jour comme de nuit, éventuellement en urgence. A défaut, ils doivent tout mettre en oeuvre pour assurer leur admission dans un autre établissement. »

**Article 1, alinéa 3** : « A l'égard des difficultés de nature linguistique, le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des populations immigrées sera recherché. »

**Article 7, alinéa 3** : « L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression...). Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'établissement, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du personnel. »

**Source** : Charte du patient hospitalisé, disponible sur [www.ap-hop-paris.fr/droits/charte.pdf](http://www.ap-hop-paris.fr/droits/charte.pdf).

L'un des aspects à prendre en compte peut être aussi celui des *Idioms of distress*, traduit « formulation idiomatique culturellement déterminée par la souffrance » (Rechtman, 2000). Les *Idioms of distress* sont des : « ... *Formulations métaphoriques souvent somatiques, pas pas exclusivement, qui véhiculent une condition pathologique plus ou moins précise mais éloignée du sens littéral de l'idiome.* » Pour Rechtman : « *C'est par exemple, dans le cas de certaines communautés turques d'Iran, la " détresse cardiaque ", qui traduit, par le biais de l'expression littérale d'une plainte cardiaque, un ensemble de frustrations plus générales, notamment des conflits conjugaux et familiaux, et qui ne peuvent s'exprimer que sous cette métaphore. (...) La " fatigue ", le " mal de dos " et le " mal de cœur ", en France, sont à ce titre des Idioms of distress.* » Ainsi, quand un patient d'origine cambodgienne évoque un mal de tête, il est possible qu'il ne fasse pas référence uniquement à une céphalée. L'expression *Chu kbaal* (largement utilisée en Asie du Sud-Est), qui signifie « mal de tête », associée à l'expression de la souffrance, celle de la tristesse, de la fatigue, de la nostalgie du pays natal, et même de la rencontre avec des esprits. A l'inverse, ce patient peut ne décrire qu'un simple mal de tête.

### 1.2.3 Formations et professionnels adaptés aux populations accueillies

C'est la raison pour laquelle la prise en compte de la dimension culturelle dans l'accueil des populations précaires étrangères dans les services d'urgences nécessiterait l'introduction à l'hôpital de compétences qui n'y sont pas présentes. Les personnels de soins ou les agents administratifs n'ont pas la formation nécessaire pour adapter leur pratique professionnelle à des situations pourtant fréquentes.

Pour Crenn (2000), l'un des facteurs de soin est : « *D'assurer au malade la croyance des thérapeutes en sa maladie* » : en Turquie, on l'a vu, les « immigrés de l'intérieur » sur-interprétait les manifestations de la maladie et de la souffrance pour convaincre les soignants – pensent-ils – de la réalité de leur pathologie. La prise en charge « culturelle » de ces populations dans les services d'urgence des hôpitaux français devrait être confiée à des agents formés à cette tâche – personnels de soins ou, plus efficacement, professionnels de disciplines de sciences humaines familiarisés avec le soin : psychologues, sociologues... Les arguments de l'ethnomédecine ou de l'anthropologie médicale devraient être étudiés.