



HAL
open science

Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude quantitative par questionnaires

Cécile Matz Flye Sainte Marie

► To cite this version:

Cécile Matz Flye Sainte Marie. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude quantitative par questionnaires. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01733834

HAL Id: hal-01733834

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733834>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Cécile MATZ (FLYE SAINTE MARIE)

le 30 septembre 2011

ENQUETE SUR LES DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PRECAIRES ET MIGRANTS PRECAIRES RESSENTIES PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE MEURTHE-ET-MOSELLE

ETUDE QUANTITATIVE PAR QUESTIONNAIRES

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur François KOHLER

Président

M. le Professeur Xavier DUCROCQ

}

M. le Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

}

M. le Professeur Alain AUBREGE

}

Juges

M. le Docteur Paolo DI PATRIZIO

}

M. le Docteur Michel MAIGNAN

}

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie : **Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ**
 - 1er Cycle : **Professeur Bernard FOLIGUET**
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et
universitarisation études para-médicales »
M. Christophe NÉMOS
 - 2ème Cycle : **Professeur Marc DEBOUVERIE**
 - 3ème Cycle :
« *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »
« *DES Spécialité Médecine Générale* »
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
Professeur Francis RAPHAËL
 - Filières professionnalisées : **M. Walter BLONDEL**
 - Formation Continue : **Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective : **Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
 - Recherche : **Professeur Didier MAINARD**
- Développement Professionnel Continu : **Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND -
Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude
BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de
LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard
FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie
GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT –
Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE -
Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ –
Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU

Denise MONERET-VAUTRIN – Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre
NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel
PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-
Jean ROYER - Paul SADOUL
Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET
– Jean-François STOLTZ –
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ -
Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre
OLIVIER

2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques
FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE,
PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur
Bernard NAMOUR

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur
Christian BEYAERT

3ème sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI

3ème sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur
Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

**47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE,
IMMUNOLOGIE**

1ère sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1ère sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2ème sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD
- Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE
MENTALE,**

HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2ème sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

**50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et
CHIRURGIE PLASTIQUE**

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ;
brûlologie)**

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari
CHAOUAT

2ème sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas
SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI –

Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2ème sous-section : (Chirurgie digestive)

3ème sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

**1ère sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;
médecine générale ; addictologie)**

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine
PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet
AYAV

**54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT,
GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1ère sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2ème sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE,
PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine
MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3ème sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4ème sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3ème sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

**4ère sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de
communication*)**

Docteur Nicolas JAY

**47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE,
IMMUNOLOGIE**

**2ème sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte :
biologique)*)**

Docteur Lina BOLOTINE

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4ème sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur
Nicolas GAMBIER

50ème Section : RHUMATOLOGIE

1ère sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

3ème sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

**54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT,
GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3ème sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5ème sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS -

Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER

66ème section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ -
Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ
Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT

Monsieur le Professeur François KOHLER

Professeur de Biostatistiques et Informatique Médicale (option biologie)

Nous vous remercions de l'intérêt que vous nous avez témoigné et de l'aide que vous nous avez apportée, ainsi que de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

Puissiez-vous trouver dans ce travail l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur émérite de Cardiologie et Maladies Vasculaires

Officier de l'Ordre des Palmes Académiques

Nous vous sommes reconnaissantes du grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail, vous qui avez ouvert la voie de la sensibilisation aux personnes en situation de précarité, dans le cadre universitaire.

Nous avons été particulièrement sensibles à votre disponibilité, par correspondance comme lors de rencontres dans les locaux de Médecins du Monde.

Merci de nous avoir suivies et encouragées avec enthousiasme jusqu'à ce jour.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Xavier DUCROCQ

Professeur de Neurologie

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre de notre jury.

Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Soyez assuré de notre sincère gratitude

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Alain AUBREGE

Professeur associé de Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury de thèse.

Nous vous remercions de votre soutien à notre projet, et de votre implication dans les différentes étapes de sa réalisation.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Paolo DI PATRIZIO

Maître de conférences associé en Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury de thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Soyez assurés de notre reconnaissance.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Michel MAIGNAN

Nous vous remercions avant tout d'avoir accepté de diriger ce travail.

Nous vous sommes particulièrement reconnaissantes de nous avoir accompagnées avec autant de disponibilité, d'implication et d'endurance.

Vous avez été un directeur parfait, par votre rigueur, vos encouragements bien dosés, et l'orientation pertinente que vous nous avez suggérée à chaque étape. Vous nous avez apporté votre réflexion, votre expérience, et l'enrichissement bibliographique !

Remerciements sincères au Docteur Lucien MAISON, qui a été parmi les premiers à témoigner de l'enthousiasme pour notre projet, nous faisant ainsi réaliser qu'il devait s'intégrer à une dynamique collective locale.

Remerciements à l'équipe de l'Unité Médico-Sociale du CHU de Nancy pour leur accueil et leur soutien à la mise en place du projet, ainsi que pour les conseils et le partage d'expériences de chacun, et particulièrement à Céline PARENTY (assistante sociale), Yasmina GUENIFA (secrétaire) et Thierry LIEVIN (médecin).

Remerciements au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meurthe-et-Moselle pour leur accueil et leur soutien actif, et particulièrement au Docteur Jean-Luc FENOT.

Remerciement à Madame Valérie LEVY-JURIN, Conseillère déléguée à la Santé du Grand Nancy, d'avoir accueilli notre projet, et de nous avoir orienté vers le CCAS, pour le financement de l'envoi des questionnaires.

Remerciements à Cédric BAUMANN, Docteur en Epidémiologie, pour son expertise indispensable au bon déroulement des étapes de ce travail, et à la réalisation des statistiques.

Remerciements à Anne FLYE SAINTE MARIE ainsi qu'à Stéphanie RUBI, Docteurs en Sciences de l'Education et Sociologie, pour leurs conseils experts et bienveillants, notamment concernant la méthode qualitative.

Remerciements aux différents professionnels qui nous ont reçues et conseillées pour la réalisation de l'une ou l'autre étape de l'enquête : l'équipe de Médecins du Monde Nancy et notamment Madame Catherine LOUAPRE (assistante sociale), Docteur Alain CRITON (médecin généraliste), Docteur Mathilde GEHIN (Assistante dans le service de Médecine H du CHU de Nancy), Monsieur Gilles DUMAIT de l'IRTS, Madame Laurence VERGER (Responsable de la Communication au CHU de Nancy), Docteur Huguette BOISSONAT-PELSY (dentiste et coordonnatrice santé) d'ATD Quart Monde.

Remerciements pour l'implication technique ou pratique dans la réalisation de ce travail : Christine LECLERC, Marine MAIZEAU, Emilie MONTAIGNE, Monique DUTRIEUX, Claire KUNZE, Nicolas FLYE SAINTE MARIE et Thomas QUERRIOUX.

Remerciements aux médecins ayant participé aux pré-tests pour les questionnaires ou pour les entretiens : Docteur Philippe REMY, Docteur Elisabeth STEYER, Docteur Dominique EIDESHEIM, Docteur Marie-Christine FREBY-CAYOTTE, Docteur Philippe GIRARDET, Docteur Philippe CHABAUX, Docteur Martine COTTONI.

Remerciements au Docteur Philippe MASSON pour l'intérêt qu'il a porté à notre travail.

Enfin, nous remercions les 398 médecins ayant participé activement à la réalisation de ce travail en répondant aux questionnaires, et tous ceux qui nous ont témoigné leur sympathie lors des échanges téléphoniques. Nous remercions tout particulièrement les 28 médecins ayant accepté de se rendre disponibles pour les entretiens, et les 5 qui se sont mobilisés pour coordonner les rencontres.

Remerciements reconnaissants à Philippe REMY, pour l'exemple de sa pratique professionnelle, associé à ses qualités humaines.

Remerciements amicaux et reconnaissants à Alain CRITON, qui m'a offert de poursuivre ma formation en médecine générale en y intégrant les dimensions particulières de sa pratique, avec surtout le travail en réseau pluridisciplinaire et l'accompagnement particulier nécessaire au suivi des patients en situation de précarité.

Remerciements à tous ceux qui m'ont fait mesurer la valeur d'une Equipe aux compétences complémentaires pour bien soigner les patients, et particulièrement à l'EMSP.

« Ca commence dans la musique avec un M »...

Merci à ma famille, et à mes amis pour leur Amour, leur confiance et leur présence, qui m'ont accompagnés, et soutenus dans mes choix.

Merci Papa, pour ton accompagnement sécurisant.

Comme ce n'est pas votre genre, je ne m'attarde pas sur les si précieux : petits thés, surprises sur mesure, votre bienveillance et votre disponibilité, notamment envers nos enfants (et vos petits-enfants, neveux et nièces, filleuls et filleules, ...)...Un immense merci.

Merci à tous ceux qui nous ont simplifiés la tâche dans la dernière étape de ce travail, en partageant les fonctions High Tech de *Skype* ou la remise à jour automatique de la biblio, ou en nous offrant : les conseils « hors consultation » ; la mise à disposition de local de travail et des moments volés qui donnent de la légèreté à la Vie.

Merci à tous ceux qui ont supporté voire assumé avec nous le quotidien de ces derniers mois, avec patience et compréhension.

Merci, Nico, pour tout ça et pour tout le reste. Merci pour l'essentiel que tu partages si bien....

Avec un clin d'œil à Jacques,
A vous tous,
A vous, les trésors, Leïla, Pablo, Anouk et Erwan☺,
Et bien sûr, à Isa, sans qui il manquerait largement plus
que la moitié de ce travail.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	31
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	37
1. SANTE ET PRECARITE.....	37
A. DEFINITIONS	37
1. La Santé.....	37
2. La Précarité.....	37
B. SANTE ET PRECARITE : LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE.....	39
1. Trois grandes familles de déterminants selon le rapport du Haut Conseil Santé Publique (HCSP) de 2009	41
a) Les déterminants socio-économiques	41
b) Les comportements	41
c) Le système de soins.....	42
2. Les déterminants selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).....	43
3. Le score EPICES.....	43
C. L'ACCES AUX SOINS.....	44
1. Loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions	44
a) Mesures au niveau national	44
b) Mesures au niveau régional.....	45
2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST).....	47
D. LE CONTEXTE EN MEURTHE-ET-MOSELLE DE LA PRECARITE ET DES REPNSES APPORTEES	48
1. La démographie médicale.....	49
2. Les structures existantes	51
a) Dispositifs de veille sociale	52
b) Les services de l'Etat	52
c) Les autres autorités administratives	54
d) Les structures de soins	55
1) Consultations de médecine générale	55
2) Consultations spécialisées	56
e) Associations de solidarité	58
E. LA PRECARITE DU POINT DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES	60
F. FORMATION A LA PRECARITE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES EN MEURTHE-ET- MOSELLE.....	61
2. LA SANTE DES MIGRANTS : LE CAS PARTICULIER DES PRIMO-ARRIVANTS	61
3. L'INTERACTION MEDECIN-PATIENT.....	63
A. ETUDE INTERMEDE.....	63
B. ETUDE PARUE DANS LE JAMA (JOURNAL OF AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION) .	64
C. ENQUETE DE L'IRDES SUR LE REFUS DE SOINS AUX PATIENTS BENEFICIAIRES DE LA CMUC.....	65
D. AUTRES ETUDES	66
DEUXIEME PARTIE : ETUDE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE MEURTHE-ET-MOSELLE – PRESENTATION DE L'ETUDE QUANTITATIVE.....	67
1. INTRODUCTION	67
2. MATERIEL ET METHODE	68
A. MATERIEL	68

B. METHODE.....	68
1. Elaboration du questionnaire (de juin 2008 à mars 2009).....	69
Les différents items du questionnaire.....	72
a) Situation du médecin.....	72
b) Expérience de la précarité.....	72
c) Connaissance des ressources du territoire.....	72
2. L’annonce des questionnaires.....	74
3. Le recueil des données.....	75
4. L’analyse des données.....	75
a) Pour les questions fermées.....	76
b) Pour les questions ouvertes.....	76
1) L’analyse des mots-clés.....	76
2) L’analyse des structures.....	79
3) Les thèmes de formation et propositions d’amélioration.....	80
4) Les dernières questions ouvertes.....	80
3. RESULTATS.....	81
A. CONTACTS TELEPHONIQUES.....	81
B. LE QUESTIONNAIRE.....	81
1. Taux de réponse.....	82
2. Profil et situation des répondants.....	82
3. Expérience d’une patientèle en situation de précarité.....	85
a) La situation économique et sociale.....	87
b) Les difficultés de prise en charge.....	92
c) Volet médical de la prise en charge.....	95
d) Particularités des patients.....	98
e) La relation médecin-patient.....	100
4. Nombre de patients précaires et migrants précaires par semaine.....	101
5. Les difficultés ressenties.....	102
a) Pourcentage de médecins déclarant des difficultés.....	102
b) Niveau de difficulté ressenti à l’EVA.....	103
c) Situations pour lesquelles les médecins déclarent s’être déjà sentis en difficulté.....	104
d) Les situations de prévention.....	106
e) Difficultés rencontrées selon le genre.....	107
f) Difficultés selon la variable installation urbaine/non urbaine.....	107
g) Difficultés selon la zone du département (Z1 à Z6) (cf Première Partie – Carte 2).....	107
h) Difficultés selon l’âge.....	108
6. Connaissance des ressources du territoire.....	109
a) Auto évaluation des connaissances.....	109
b) Les raisons invoquées pour expliquer la rareté des contacts.....	110
c) Analyse des structures.....	111
1) Les relais du secteur social.....	111
2) Les structures de soins gratuits.....	113
3) Les services hospitaliers.....	113
4) L’aide à la personne.....	114
5) Les services de soins à domicile.....	114
6) Les administrations.....	115
d) Structures relais spécifiques pour les patients migrants précaires.....	115
7. Formation.....	116
a) Deux tiers des médecins intéressés.....	116
b) Les thèmes de formation.....	117
8. Les propositions d’amélioration.....	120

a) La prise en charge pluridisciplinaire.....	120
b) La formation	121
c) Les mesures administratives et organisationnelles dans les champs du service social et de la santé.....	121
d) Prévention et éducation des patients	123
e) Le cas particulier des migrants.....	123
f) Autres propositions	124
9. Intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire : traitement croisé des thèmes et supports de formation, et des propositions d'amélioration	124
4. DISCUSSION	125
A. MATERIEL ET METHODE	125
1. Matériel	125
2. Méthode.....	125
a) Elaboration des questionnaires	126
b) Le recueil des mots-clés sous forme de question ouverte	126
c) La démarche de prise de contact téléphonique	127
d) Les courriers.....	128
e) La méthode d'analyse des questions ouvertes	128
B. RESULTATS	130
1. La situation des répondants.....	130
2. Les difficultés	131
a) Les situations de précarité perçues par les médecins	132
b) Les difficultés ressenties dans les prises en charge des patients précaires.....	133
1) Difficultés particulières selon l'âge.....	133
2) Difficultés spécifiques aux lieux d'exercice	134
3. Les inégalités de santé.....	135
a) Les difficultés d'accès aux soins sont une difficulté essentielle	135
b) Les médecins témoignent des inégalités d'accès à la santé à travers le mauvais état de santé de leurs patients	135
c) La place des problèmes d'argent dans les difficultés d'éducation hygiéno-dététique et de dépistage	136
d) Les problèmes de santé mentale et les addictions : toujours très représentés chez les précaires.....	137
e) Politiques sociales de santé	138
4. Difficultés de communication et relation médecin-patient	138
a) Difficultés de suivi	139
b) Les contraintes de consultation.....	140
5. Connaissance et utilisation des ressources du territoire	141
6. Problématiques liées aux migrants.....	144
a) Difficultés spécifiques	144
b) Structures spécifiques	144
5. CONCLUSION	145

TROISIEME PARTIE : CONFRONTATION DES RESULTATS

COMPLEMENTAIRES DES DEUX ETUDES	147
1. INTRODUCTION	146
2. LA METHODE	147
INTERET DE LA DOUBLE APPROCHE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE.....	149
3. LES RESULTATS.....	150
A. LES INEGALITES D'ACCES A LA SANTE TOUCHENT UN PUBLIC PLUS VASTE QUE LES GRANDS PRECAIRES	151
B. PLUS DE DIFFICULTES EN MILIEU URBAIN : INTERET DU TRAVAIL EN RESEAU PLURIDISCIPLINAIRE.....	153

C. LES DIFFICULTES FINANCIERES ET DE TRANSPORT : OBSTACLES MAJEURS ET CROISSANTS A L'ACCES A LA SANTE PERÇUS PAR LES MEDECINS	154
D. AUTRES FREINS A L'ACCES A LA SANTE : LES REPRESENTATIONS QUE LES PATIENTS ONT DE LA SANTE, D'EUX-MEMES, LA RELATION AU MONDE MEDICAL.....	156
E. L'EXPERIENCE FACILITE LA COMMUNICATION AVEC LES PATIENTS PRECAIRES.....	159
F. LES MIGRANTS	163
4. PISTES DE TRAVAIL	165
A. PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE	165
1. Un annuaire des structures.....	166
2. Travail en réseau pluridisciplinaire	167
B. FORMATION DES MEDECINS	167
C. NECESSITE D'UNE VOLONTE POLITIQUE.....	169
D. « RESTRUCTURATION» DE LA PRATIQUE DE LA MEDECINE GENERALE.....	169
CONCLUSION COMMUNE.....	173
BIBLIOGRAPHIE	175
ANNEXES	179

LISTE DES ABREVIATIONS

ADAPA : Aide à Domicile aux Personnes Agées
ADMIR : Aide à Domicile en Milieu Rural
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CES : Centre d'Examen de Santé
CG : Conseil Général
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage, de Diagnostic et de traitement des Infections Sexuellement Transmissibles
CLAT : Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMS : Centre Médico-Social
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
CREDES : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
CREDOC : Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie
CV : Centre de Vaccination
DAF : Dispense d'Avance de Frais
DGS : Direction Générale de la Santé
DMG : Département de Médecine Générale
EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé
EPS : Examen Périodique de Santé
FMC : Formation Médicale Continue
FRAPS : Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé
HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
IRTS : Institut Régional de Travail Social
Loi HPST : Loi Hôpital/Patient/Santé/Territoire
MDM : Médecins du Monde
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONPES : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
ORS : Observatoire Régional de Santé
PAIS/CLIC : Points Accueil Information Service / Centre Local d'Information et de
Coordination (destiné aux personnes âgées et leurs familles)
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI : Protection Materno-Infantile
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRIPI : Programme Régional d'Insertion des Populations Immigrées
PRSP : Programme Régional de Santé Publique
REAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
RSA : Revenu de Solidarité Active
SDF : Sans Domicile Fixe
SOFRES : Société Française d'Etudes et de Sondages
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
UFATT : Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes
UMS : Unité Médico-Sociale
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
ZUS : Zone Urbaine Sensible

INTRODUCTION

Il existe des inégalités sociales face à la santé dans notre pays.

Médecins remplaçantes depuis quelques mois, nous avons démarré notre recherche il y a près de trois ans, en nous questionnant sur notre rôle de médecin face à ces inégalités d'accès à la santé.

Au cours de nos stages d'internat, nous avons pris conscience qu'une attention particulière dans la prise en charge des patients en difficulté s'avérait nécessaire.

A travers notre expérience débutante de la médecine générale, nous avons observé à quel point les particularités individuelles interviennent dans les prises en charge. Il nous a semblé que pour accéder à une qualité de soins comparable, plus le patient est en situation précaire, plus il requiert du temps et de l'accompagnement.

La relation médecin-patient qui participe à la bonne santé du patient est influencée par un ensemble de déterminants personnels, culturels et sociaux caractérisant le patient comme le médecin.

Nous nous sommes interrogées sur la place des représentations des médecins comme déterminant dans les inégalités de santé.

Dans notre pratique professionnelle quotidienne, nous manquons d'outils pour répondre aux difficultés rencontrées, dès l'instant où l'on quitte le champ des schémas décisionnels diagnostiques et thérapeutiques auxquels nous avons été formées.

Pour introduire la présentation de notre travail et la démarche dans laquelle il s'est construit, nous reprenons ici les items caractérisant le rôle du Médecin Généraliste énoncés par la Société Européenne de Médecine Générale (1) :

A) « La médecine générale est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne

concernée.

B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.

E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. » (1)

L'exercice de ces missions doit respecter l'éthique du code de déontologie en s'appliquant à tous les patients de façon égale. Le médecin doit prendre soin de ne pas laisser ses représentations altérer son jugement, comme le précise l'**Article 7 du Code de la Santé Publique (article R.4127-7) :**

« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. »

En effet, la relation médecin-patient a une influence sur la prise en charge et *in fine* sur l'état de santé des patients, selon les résultats encore en cours d'analyse de l'étude de INTERMÈDE menée en 2008 (2) .

Nous nous engageons en prononçant le **Serment d'Hippocrate** à mettre en œuvre les moyens permettant de promouvoir au mieux la santé de chacun dans sa singularité, avec une attention particulière envers les patients les plus vulnérables.

Ainsi, les patients en situation précaire requièrent souvent une prise en charge sociale au sein de la prise en charge médicale globale et il est de notre ressort de nous assurer que les moyens de cette prise en charge sociale sont mis en œuvre, afin d'optimiser la santé de ces patients.

« Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. » Article 50 (article R.4127-50 du code de la santé publique)

C'est le souci d'améliorer la prise en charge des patients précaires qui a généré ce travail de thèse.

Le sujet s'est précisé en collaboration avec le Docteur Michel MAIGNAN, et au contact des professionnels de l'Unité Médico-Sociale (UMS) du CHU de Nancy aussi appelée « Espace Lionnois ». Une consultation de médecine générale « gratuite » y est assurée pour les patients sans couverture sociale, essentiellement des migrants primo-arrivants, ainsi qu'une consultation sociale afin de faciliter l'obtention de leurs droits.

Les différents intervenants de l'Espace Lionnois, dont des médecins généralistes exerçant en libéral par ailleurs, nous ont fait part de l'intérêt d'améliorer le lien avec les médecins traitants afin d'optimiser l'orientation et l'accès aux soins de leurs patients. La majorité d'entre eux étant des migrants primo-arrivants, notre étude a porté une attention particulière à cette catégorie de précaires.

De plus, nous avons pu assister à des consultations médicales au sein de l'UMS, qui ont mis en évidence les particularités de la prise en charge des patients précaires.

Dans le cadre de la recherche menée par l'UMS visant à améliorer la prise en charge de tous les patients précaires, différents angles avaient déjà été étudiés comme le point de vue des patients et des soignants hospitaliers. Il apparaissait donc intéressant d'orienter notre étude vers les médecins généralistes libéraux.

Nous avons trouvé peu d'études récentes considérant ce point de vue.

A l'occasion d'échanges spontanés sur le sujet, certains confrères nous ont exprimé un sentiment d'incompréhension, d'impuissance ou de lassitude face à leurs patients précaires.

L'expression vigoureuse de leurs ressentis nous a évoqué un manque de préparation à l'accueil de ce public.

De nos expériences personnelles et des témoignages recueillis, il ressort également des difficultés lorsqu'il est question d'orienter les patients précaires vers d'autres professionnels, d'obtenir des informations sur leurs droits, leur mode de vie et sur les démarches nécessaires à leur prise en charge.

Nous avons abordé l'étude en formulant l'hypothèse que des difficultés sont ressenties par une part importante des médecins généralistes, et qu'une meilleure connaissance des mécanismes et particularités de la précarité pourrait constituer une première piste d'amélioration de la relation médecin-patient.

Suite à ces constats, nous avons choisi de recueillir :

- d'une part, les représentations des médecins généralistes afin de mesurer l'impact de ces représentations dans les soins portés aux patients précaires, notamment au travers de la relation « médecin-patient » ;
- d'autre part, les difficultés pratiques rencontrées par nos confrères, afin d'élaborer des pistes de travail pour envisager des outils adaptés à leurs besoins.

Notre étude s'est attachée à interroger les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle.

Dans un premier temps, une étude quantitative sous forme d'enquête a été menée auprès de tous les médecins généralistes du département, afin de leur demander s'ils rencontrent des difficultés dans la prise en charge des patients précaires. Cette enquête visait également à identifier la nature de ces éventuelles difficultés et à recueillir les représentations qu'ils ont du public précaire.

Dans un second temps, une étude qualitative sous forme d'entretiens de groupes de médecins choisis a complété cette enquête, en explorant les problématiques à la source de ces difficultés et le poids des représentations des médecins et de leur cadre d'exercice sur ces dernières. Elle devait aussi faire préciser aux médecins leurs besoins ou leurs attentes.

La présente thèse s'attachera à présenter l'étude quantitative, l'étude qualitative étant présentée dans la thèse d'Isabelle QUERRIOUX.

Dans la première partie, nous présenterons un état des connaissances permettant de situer le sujet dans son contexte, économique, social, territorial et déontologique.

La seconde partie sera consacrée à l'enquête, au matériel et à la méthode utilisés, à la présentation des résultats et à leur analyse.

Enfin, nous confronterons les résultats obtenus dans les deux études, afin de compléter la discussion.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

1. SANTE ET PRECARITE

A. DEFINITIONS

1. La Santé

Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé par la Charte d'OTTAWA, 21 novembre 1986

« La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'invalidité. » (3)

« La santé est une ressource de la vie quotidienne, et non le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. » (3)

« La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger ; accéder à l'éducation ; se nourrir convenablement ; disposer d'un certain revenu ; bénéficier d'un écosystème fiable ; compter sur un apport durable de ressource ; avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable » (3)

2. La Précarité

" La pauvreté est l'insuffisance de ressources, la précarité c'est la fragilité, l'instabilité des situations. » (4)

La pauvreté

La pauvreté est définie par un niveau de vie inférieur à la moitié du niveau de vie médian.

3 600 000 personnes sont concernées en France. 1 000 000 travaillent sans dépasser ce seuil, ce sont les « **travailleurs pauvres** ».

L'exclusion

Est considérée comme exclue toute personne ne pouvant bénéficier de l'aide correspondant le plus à sa situation (300 000 personnes) (4).

La précarité

Nous nous sommes basées sur la définition de la précarité issue du rapport « *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* » rendu au Conseil Economique et Social français le 11 décembre 1987 par le père Joseph WRESINSKI, fondateur du Mouvement des Droits de l'Homme ATD Quart Monde :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. »

Les critères les plus souvent utilisés pour mesurer la précarité sont : le chômage ; la Catégorie Socio Professionnelle (CSP) ; le niveau de revenu ; l'affiliation à la Couverture Maladie Universelle et le niveau de prestations.

On distingue plusieurs dimensions de la précarité.

La précarité économique, qui se définit par des difficultés à se loger, se nourrir, se vêtir. Les normes européennes fixent un seuil de pauvreté pour la France à 954 euros par mois pour une personne seule en 2009 (5).

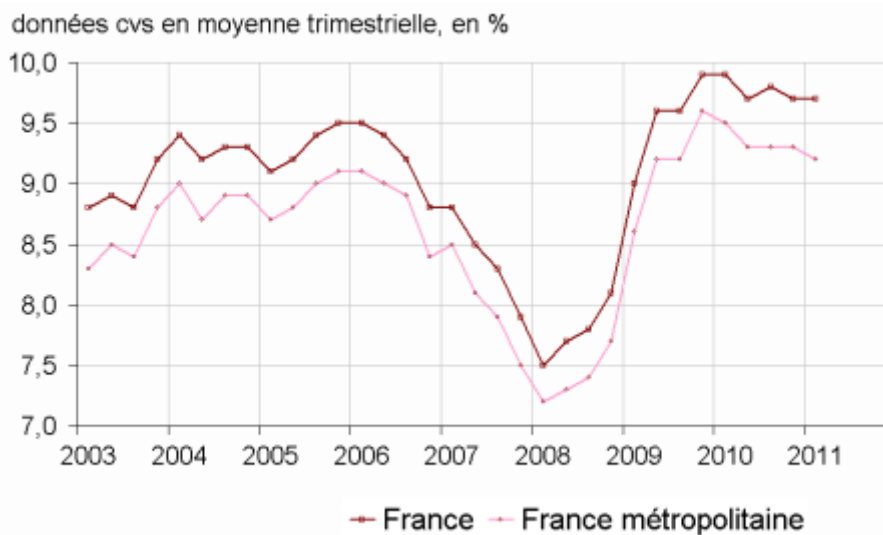
Selon l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES), 13% de la population se situe sous ce seuil en France (6). Nous pouvons ajouter à ce pourcentage les personnes en surendettement (chiffres très variables selon les sources), les personnes en attente de logement social et celles vivant en logement insalubre. Selon l'INSEE encore, le

nombre de SDF en France s'élève à environ 250 000 personnes en 2011. A ce nombre, s'ajoute les personnes mal logées (7).

La précarité professionnelle

Tableau 1

Evolution du taux de chômage



En 2009, 3.3 millions de personnes perçoivent une aide sociale versée par leur département. Parmi celles-ci, 2.7 millions sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'insertion (RSA socle) et des aides aux personnes âgées (APA, ou aide sociale pour l'accueil en établissement) (8).

Les catégories de personnes les plus fréquemment désignées comme étant plus à risque de précarité sont : les gens du voyage, les jeunes, les familles monoparentales et les personnes âgées isolées, les migrants, les anciens détenus récemment sortis de prison (4).

Les jeunes de 18 à 29 ans sont les plus touchés par la pauvreté, selon une enquête de l'INSEE réalisée en 2008 (9).

B. SANTE ET PRECARITE : LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

La précarité constitue une source d'inégalité face à la santé. Ces inégalités de santé concernent principalement : l'accès aux soins, l'utilisation du système de soins et la qualité des soins (manque d'information et d'éducation, représentation et place de la santé...).

L'état de santé de la population dans son ensemble s'est amélioré dans les dernières décennies.

L'espérance de vie est en constante amélioration, ainsi que l'espérance de vie sans incapacité.

L'état de santé individuel, quelle que soit l'origine ou l'appartenance sociale, ne bénéficie en revanche, pas de la même évolution ; les progrès ne profitent pas de la même manière à tous et les inégalités sociales de santé se creusent.

Le gradient d'espérance de vie selon les catégories socioprofessionnelles en témoigne. Selon une étude publiée par l'INSEE en 2005, il existe une différence de 7 ans à 35 ans entre ouvriers et cadres supérieurs (10). On remarque cependant que cette différence qui a progressé pour les hommes entre le début des années quatre-vingts, et la fin des années quatre-vingt-dix, est restée stable à 3 ans pour les femmes.

Les auteurs expliquent ces différences de mortalité entre les catégories socioprofessionnelles (selon le sexe), par le cumul de différents facteurs notamment liés aux conditions de travail (rythmes décalés, risques d'accident de travail, exposition à des toxiques, etc.) et aux modes de vie (recours aux soins retardé, consommation de tabac et d'alcool, alimentation déséquilibrée).

Espérance de vie des hommes et des femmes à 35 ans, par périodes et catégorie socio professionnelle (en années)

Tableau 2

	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Agriculteurs	Artisans, commerçants, chef d'entreprise	Employés	Ouvriers	Inactifs non retraités	Ensemble
Hommes								
1976-1984	41,5	40,5	40,5	39,5	37,0	35,5	27,5	38,0
1983-1991	43,5	41,5	41,5	41,0	38,5	37,5	27,5	39,0
1991-1999	46,0	43,0	43,5	43,0	40,0	39,0	28,5	41,0
Femmes								
1976-1984	47,5	46,5	45,5	46,0	45,5	44,5	44,5	45,0
1983-1991	49,5	48,0	47,0	47,5	47,5	46,5	45,5	46,5
1991-1999	50,0	49,5	48,5	49,0	48,5	47,0	47,0	48,0

Champ : France entière.

Sources : INSEE, échantillon démographique permanent et état civil.

L'espérance de vie des personnes sans domicile fixe serait de 45 ans d'après les quelques données disponibles (11) .

La surcharge pondérale constitue un miroir des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Selon des données recueillies de 2005-2006 et parues dans le BEH en 2011 (12), 13,9% des enfants de 6 ans dont le père est issu de la catégorie socioprofessionnelle « ouvrier » présentent une surcharge pondérale et 4,3% une obésité, contre respectivement, 8,6% et 1,2% des enfants de 6 ans dont le père est « cadre ».

Les inégalités sociales de santé concernent non seulement l'espérance de vie, mais également toutes les dimensions de la Santé. Il en découle de plus des inégalités dans la qualité de vie. Le gradient d'inégalités suit de façon continue le gradient des divers indicateurs socio-économiques, culturels, environnementaux et le niveau d'étude. On le retrouve également pour la quasi-totalité des facteurs de risque et des pathologies (13).

1. Trois grandes familles de déterminants selon le rapport du Haut Conseil Santé Publique (HCSP) de 2009

Le rapport du HCSP paru en décembre 2009 évoque le rôle de déterminants multiples participant à la genèse des inégalités sociales de santé (13).

a) Les déterminants socio-économiques

Selon ce rapport, les causes à l'origine des inégalités de santé sont à rechercher dans de nombreux autres domaines que celui de la santé.

Ainsi l'accès à l'éducation, le niveau de revenu, les conditions de vie dans l'enfance, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, les conditions de vie et d'environnement, ainsi que l'intégration sociale, sont autant de facteurs qui paraissent influencer les modes de vie et les comportements de santé et indirectement l'état de santé.

b) Les comportements

On distingue dans le rapport : « *les causes proximales, les comportements des individus, des causes fondamentales, le contexte favorisant ou non dans lequel ces comportements s'insèrent. Cette approche souligne le caractère social et pas seulement individuel des comportements de santé* ».

Les exemples du rôle de la consommation de tabac et d'alcool, associée aux expositions

professionnelles dans l'augmentation des cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures, ou de celui des comportements alimentaires dans celle de l'obésité, sont développés. On comprend l'intrication de phénomènes complexes où il faut prendre en considération d'autres paramètres déterminants comme les législations sur les messages publicitaires, les prix de ventes du tabac et de l'alcool, ou les conditions de vie stressante qui peuvent conduire au tabagisme dans le premier exemple. De même, l'obésité touche plus les enfants d'ouvriers que les enfants de cadres toujours selon ce rapport qui explique : *« la disponibilité et le prix des différents aliments, l'accès à une restauration de type fast-food, la restauration collective, l'industrie agro-alimentaire, les lobbys agro-alimentaires, la possibilité d'exercer une activité physique dans différentes zones sont à cet égard aussi importants à creuser que l'éducation nutritionnelle individuelle. Il s'agit de rendre les choix sains plus faciles ».*

c) Le système de soins

Le rapport explique enfin que différentes étapes sont retrouvées dans le processus d'accès aux soins.

« L'accès théorique est assuré par le dispositif d'assurance maladie et ses extensions. Il lève les obstacles financiers et théoriquement permet l'accès aux soins. L'accès réel aux soins qui est l'enjeu véritable, se décompose en deux étapes. Le premier contact avec une structure de soins qui définit l'accès primaire. Ce primo-contact est suivi par une trajectoire complexe, ensemble de processus et de résultats qui constituent l'accès secondaire aux soins. »

2. Les déterminants selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'Organisation Mondiale de la Santé définit également dix déterminants sociaux ayant un impact sur l'état de santé.

Déterminants sociaux de la santé selon l'Organisation mondiale de la santé

Tableau 3

Tableau 1 Déterminants sociaux de la santé selon l'Organisation mondiale de la santé ⁹	
Déterminants sociaux	Impact(s) sur la santé
1. Gradient social	Les personnes situées au bas de l'échelle sociale sont très fréquemment exposées au risque de maladies graves ou de décès prématuré
2. Stress	Les facteurs psychosociaux associés au stress (anxiété, sentiment de vulnérabilité, mauvaise opinion de soi-même) ont des effets cumulatifs avec le temps et entraînent une dégradation de la santé mentale en particulier
3. Petite enfance	Les fondements de la santé de l'adulte prennent ancrage lors de la période prénatale et de la petite enfance
4. Exclusion sociale	L'exclusion sociale peut à terme avoir un impact sur les risques de séparation – divorce/demandes d'invalidité/ et comportements à risque
5. Travail	Le stress au travail, un faible niveau d'autonomie, la charge de travail, une valorisation inadéquate, sont autant d'éléments pouvant avoir un impact sur l'état de santé, en termes de morbidité mais aussi de mortalité prématurée
6. Chômage	Les effets délétères sur la santé peuvent s'initier dès que le travailleur sent que son emploi est menacé. Des maladies prolongées ou un état de santé mental déficient sont plus importants lorsque l'emploi est précaire ou lors de chômage par rapport à une situation d'emploi stable et satisfaisante
7. Soutien social	Lors d'isolement et d'exclusion, des taux plus élevés de décès prématurés notamment d'origine cardiaque ont été mis en évidence
8. Dépendances	Se réfugier dans l'abus de substances (tabac, alcool, drogues illicites) a pour impact notamment d'accroître les inégalités de santé
9. Alimentation	Bien qu'un régime alimentaire équilibré et un approvisionnement suffisant en denrées alimentaires soient essentiels pour un état de bonne santé et de bien-être, l'accessibilité à de telles denrées est très variable
10. Transports	Toutes les démarches visant à éviter la sédentarité améliorent d'une façon générale l'état de santé

Sources: Wilkinson R, Marmott MR. *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits. 2e éd. rév. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, 2004.*

On comprend ainsi que les déterminants de l'état de santé d'un individu peuvent être analysés de différentes façons.

Toutes les approches présentent l'individu comme indissociable de son environnement.

3. Le score EPICES

Le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les CES), conçu par les Centres d'Examens de Santé (CES) est une évaluation individuelle de la précarité et des inégalités de santé (14).

Il permet d'identifier des populations fragilisées socialement ou médicalement, qui échappent aux critères socio-administratifs habituels de repérage de la précarité, tels que chômage, RMI, CMU ou contrats aidés.

Le score Épices a été construit sur la base des déterminants matériels et sociaux de la précarité. Il est lié aux indicateurs de comportements, non-recours aux soins, santé, diabète et

troubles psychologiques.

Il consiste en un questionnaire de 11 questions à réponses binaires (oui/non) permettant d'établir un score allant de 0 à 100. Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité.

C. L'ACCES AUX SOINS

Une enquête du CREDES (Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé) réalisée dans les suites de la loi contre les exclusions du 29 juillet 1998 révèle entre autres que 150 000 personnes ne sont affiliées à aucun régime de sécurité sociale.

La part des soins laissée à la charge des assurés (non remboursée par la Sécurité Sociale), est en constante augmentation, rendant quasi indispensable l'acquisition d'une assurance complémentaire. Or, selon l'INSEE (15), une personne sur dix ne possédait pas en 2003 de couverture maladie complémentaire.

1. Loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

Elle définit sept éléments pouvant être facteur d'exclusion pour l'individu : l'emploi, le logement, la santé, la citoyenneté, le surendettement et le revenu (16).

Cette loi est à l'origine de la mise en place de plusieurs mesures visant à réduire les inégalités sociales de santé.

a) Mesures au niveau national

La Couverture Maladie Universelle

La première grande mesure à retenir est la mise en place de la Couverture Maladie Universelle. Instaurée par la loi 99-641 du 27 juillet 1999, et mise en application au 1^{er} janvier 2000, la Couverture Maladie Universelle (CMU) assure à toute personne vivant de façon régulière (depuis plus de trois mois) sur le territoire français une prise en charge par un régime d'assurance maladie.

La **CMU de base** offre une protection sociale identique à la protection sociale des salariés du régime général, en prenant en charge une partie des frais de santé au tarif conventionné par la Sécurité Sociale (70% pour une consultation de médecin générale).

Les personnes dont les revenus sont les plus faibles ont droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais dans le cadre de la **CMU complémentaire (CMUc)**.

La CMUc est soumise à un plafond de ressources revalorisé chaque année.

En 2011, le plafond mensuel pour un foyer comprenant une personne était fixé à 634 euros par mois.

Selon l'INSEE, au 31 décembre 2009 : 6,4% des patients bénéficient de la CMUc en France.

Le pourcentage pour la Meurthe-et-Moselle est de 6%.

Depuis 2004, il existe de plus une aide financière appelée **Aide Complémentaire Santé** qui permet de réduire les frais d'acquisition d'une assurance complémentaire ou mutuelle. Cette ACS est accessible aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 20%.

L'Aide Médicale d'Etat (AME)

La loi 99-641 du 27 juillet 1999, a également mis en place l'Aide Médicale d'Etat (AME), destinée aux personnes étrangères (hors Union Européenne), pouvant justifier de plus de trois mois de résidence sur le sol français, ne disposant pas d'un titre de séjour et pouvant également justifier de revenus inférieurs au plafond défini pour l'obtention de la CMU.

b) Mesures au niveau régional

Les PRAPS

Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) en direction des personnes en situation de précarité ont été institués par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (17). Ils s'inscrivaient alors dans l'axe « Promotion de la Santé » des Programmes Régionaux de Santé Publique (PRSP).

Les PRAPS constituent un outil de concertation et de coordination permettant d'associer de multiples partenaires : associations, mutuelles, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, organismes professionnels, collectivités locales et services de l'Etat.

Leur objectif est d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité.

Ils comprennent une analyse des besoins, la définition des priorités et objectifs et un programme d'actions. Celles-ci peuvent consister en la mise en place de lieux d'écoute, de formations ou de consultations.

L'élaboration des PRAPS repose sur un dialogue entre le niveau régional et le niveau local. Les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) coordonnent l'intervention des divers partenaires.

Les PRAPS de première génération couvrent les années 2000, 2001 et 2002. Ces PRAPS ont été évalués par la DGS en 2002-2003. Les PRAPS de la seconde génération couvrent la période 2003-2006.

La circulaire N° DGS/2007/430 du 07 décembre 2007 donne des indications visant à guider l'élaboration des PRAPS de troisième génération (2008-2012) (4).

Les objectifs prioritaires évoqués par la circulaire visent à :

- garantir l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources ;
- faciliter l'obtention de l'aide médicale de l'Etat aux personnes qui remplissent les conditions fixées par la loi ;
- améliorer le dépistage organisé du cancer du sein ;
- promouvoir la santé des élèves, avec comme objectif prioritaire la visite médicale à 6 ans et les suites nécessaires à cette visite ;
- réduire l'exposition des populations à certains risques environnementaux, plus particulièrement la lutte contre le saturnisme et à l'intoxication au monoxyde de carbone (4).

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

Les objectifs des PRAPS sont relayés par les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), créées en 1998.

Ce sont des cellules de prise en charge médico-sociale destinées à faciliter l'accès des personnes démunies aux organismes de santé (18).

En application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Ces structures sont adaptées aux personnes en situation de précarité. Elles doivent permettre un accès « gratuit » à des consultations médicales, à des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi qu'aux traitements nécessaires.

Elles doivent aussi accompagner les personnes démunies dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Sur 500 PASS augurées dans le dispositif initial seules 364 ont été effectivement créées en

2004.

Presque toutes disposent comme prévu initialement, d'assistantes sociales rattachées administrativement partiellement ou totalement, mais seulement un peu plus de la moitié des PASS ont des médecins qui y interviennent.

La moitié des PASS seulement disposent en propre de personnels administratifs, d'employés jeunes et moins de la moitié des PASS disposent d'infirmiers et de psychologues.

Des accompagnateurs et des interprètes ne sont rattachés que dans un quart des PASS ; des chirurgiens-dentistes le sont dans une PASS sur cinq (18).

Le PRIPI

Le Programme Régional d'Insertion des Populations Immigrées (PRIPI), défini par la circulaire n° DPM/ACI1/2003/537 du 24 novembre 2003, a pour vocation de favoriser l'accueil et l'intégration des populations étrangères et issues de l'immigration dans la région. Son élaboration mobilise, sous la responsabilité du Préfet de région, l'ensemble des services et acteurs publics concernés par la politique d'intégration (19).

2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST)

Cette loi prévoit une modernisation globale du système de santé, avec le décloisonnement entre l'ambulatoire, l'hôpital et le médico-social afin de promouvoir des soins de qualité accessibles à tous (20).

Elle vise également à améliorer la prise en charge des maladies chroniques en développant l'éducation thérapeutique des patients ; à protéger la santé des jeunes, en interdisant par exemple la vente d'alcool aux mineurs et celle des cigarettes aromatisées dites cigarettes «bonbons».

Elle crée enfin les Agences Régionales de Santé (ARS).

L'Agence Régionale de Santé (ARS)

Cet organisme doit réunir les moyens de l'Etat et de l'Assurance Maladie au niveau régional en simplifiant les structures.

Les agences déclinent dans un cadre territorial les objectifs du projet de loi : faciliter l'accès aux soins et l'accès à l'information, décloisonner les soins de ville et ceux dispensés à l'hôpital

afin de simplifier le parcours de santé des patients, et développer la qualité et la sécurité du système de santé (20)

La stratégie d'une ARS est définie dans son Projet Régional de Santé (PRS). Les ARS ont lancé dès leur ouverture les travaux d'élaboration de leur PRS qui doit être arrêté pour fin 2011.

3. Des mesures encore insuffisantes

Cependant, ces mesures ne suffisent pas à limiter les inégalités d'accès aux soins.

Nous n'avons pas encore de données concernant l'année 2011, mais selon le décret du 20 mai 2009 relatif à la mesure de la précarité en France, celle-ci reste constante et touche en 2008, comme en 1998 environ 13% de la population (sur la base de 60% du revenu médian).

En France, environ 5 millions de personnes n'ont pas d'assurance complémentaire santé. Plus de 4 millions bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc). Plus de 2 millions de personnes ont un revenu juste au-dessus du plafond de la CMUc et auraient droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé mais seulement 300 000 en bénéficiaient fin 2007 (21).

Selon *l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale en 2008* de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) : 16,5% de la population française déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze mois précédents (14% en 2006 et 13% en 2004 et 11,2% en 2002) (22).

D. LE CONTEXTE EN MEURTHE-ET-MOSELLE DE LA PRECARITE ET DES REPONSES APORTEES

Le département de la Meurthe-et-Moselle est un département peuplé, à forte densité de population selon les sources du Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie (CREDOC) (23).

Il compte 713 779 habitants dont 415 765 habitants pour la communauté de communes du Grand Nancy (Source issue du dernier recensement de 1999 et du décret n°2009-1707 du

30/12/2009).

Sa population est un peu plus jeune que celle régionale ou métropolitaine. Le taux de chômage et les revenus médians sont proches des moyennes régionales. Les indicateurs de précarité montrent une part un peu plus élevée que dans la région ou en France métropolitaine de personnes en situation précaire (23).

Selon l'INSEE, la proportion d'ouvriers à 11,8% est légèrement supérieure à la moyenne nationale (11,2%), mais inférieure à celle des autres départements lorrains (14% en Moselle, 14,6% en Meuse et 15,6% dans les Vosges).

1. La démographie médicale

Au premier janvier 2009, 4317 médecins généralistes sont inscrits au tableau de l'Ordre, en région Lorraine (24).

Tableau 4

Les types d'activité des médecins généralistes par département					
	Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Total
Retraité	256	35	252	93	636
Retraité "Actif"	22	5	9	14	50
Temporairement sans activité	41	6	66	21	134
Remplaçant	121	8	73	18	220
Activité régulière	1161	241	1364	511	3277
Total	1601	295	1764	657	4317

La densité médicale meurthe-et-mosellane (120 généralistes libéraux pour 100 000 habitants) est la plus élevée de la région (101 dans les Vosges, 98 en Moselle et 89 en Meuse, pour une moyenne régionale de 104). Elle se situe légèrement au-dessus de la moyenne nationale (112) et est parmi les plus fortes dans l'Est de la France, derrière le Bas-Rhin (126).

La densité médicale la plus forte concerne les zones urbaines de Nancy, Lunéville, Longwy, Pont-à-Mousson et Toul. Mais à l'inverse, la densité se révèle faible (60 à 75) dans neuf secteurs ruraux en déficit de praticiens (25).

Tableau 5

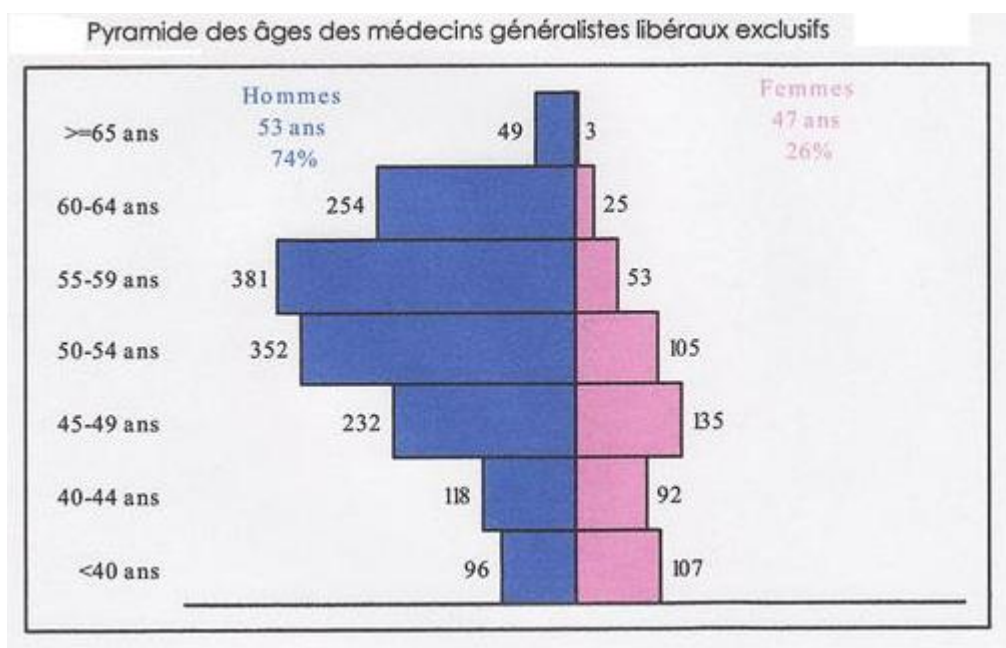


Tableau 6

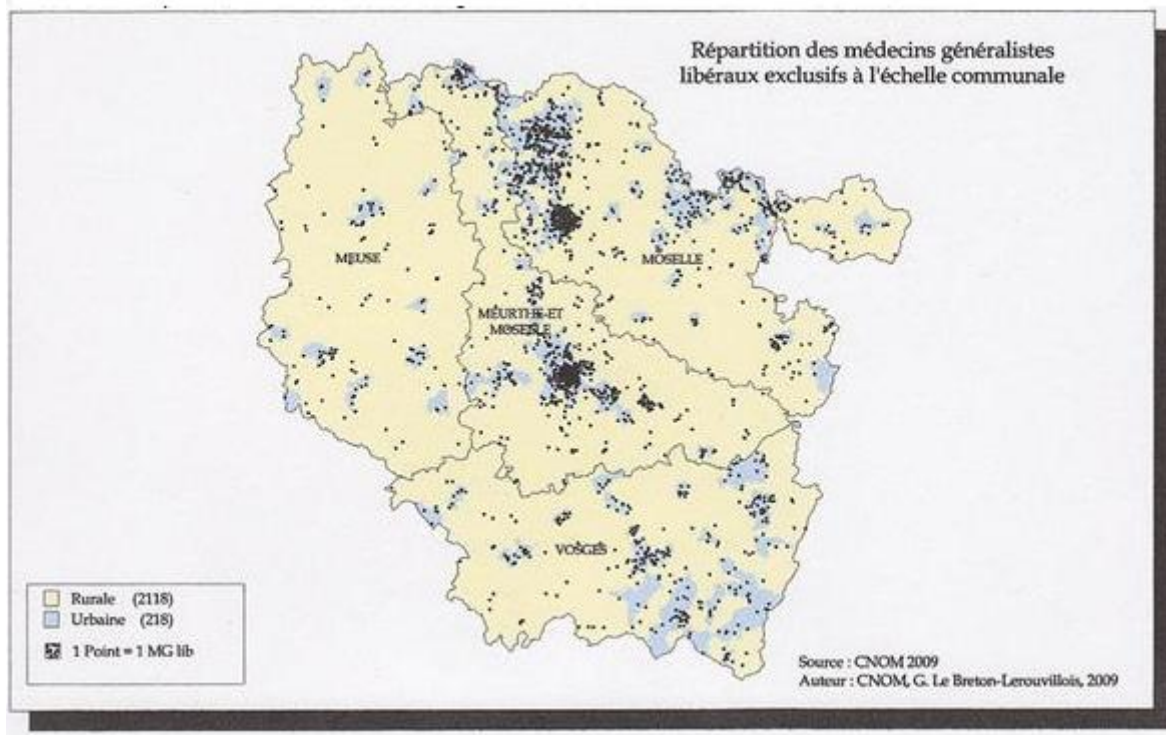
Densité, moyenne d'âge, part des 55 ans et plus, part des femmes chez les médecins généralistes libéraux

	Densité 100 000 hbs	Moy_Age	>=55 ans	Part femmes
Meurthe-et-Moselle	93	51	33%	31%
Meuse	63,9	52	48%	13%
Moselle	83,3	51	38%	25%
Vosges	77,5	52	46%	22%
Lorraine	83,7	51	38%	26%
Métropole	90,7	52	42%	29%

L'âge moyen des médecins libéraux exclusifs en Lorraine est de 50 ans, et la grande majorité sont des hommes (74%).

Carte 1

Carte n°1 : Répartition des médecins généralistes libéraux exclusifs en Lorraine



2. Les structures existantes

Le département se divise en six secteurs identifiés par les services départementaux en 2004 : Longwy (Z1), Briey (Z2), Val de Lorraine (Z3) autour de Pont à Mousson, Nancy et Couronne (Z4), Terres de Lorraine (Z5) autour de Toul, Lunévillois (Z6)

Carte 2



En Meurthe-et-Moselle, il existe de nombreuses structures et associations dans le secteur de la santé et dans le secteur social. Il est difficile de trouver des listings de toutes ces structures.

Pour la seule ville de Nancy, il existe un guide qui répertorie l'ensemble des 624 associations, organismes, établissements et services du secteur social : Le *Nancy Social* (26). La dernière édition papier est parue en 2006. Les informations contenues se trouvent désormais en ligne sur le site <http://www.social.nancy.fr/>, remis à jour régulièrement.

Ce guide propose une présentation par thèmes et un index alphabétique.

Dans le thème « *Santé* », il existe 73 associations. Pour autant, tous les services proposant des soins médicaux ne sont pas répertoriés sous ce thème.

Le nombre et la diversité des associations disponibles rendent quasi impossible une identification pertinente et réaliste de l'ensemble des associations, organismes, établissements et services du secteur social de Meurthe-et-Moselle intervenant dans les prises en charge sanitaire des patients.

Le découpage territorial du département de la Meurthe-et-Moselle varie selon les logiques des différentes institutions.

La plupart des structures relais existantes sont centralisées sur le territoire de Nancy et couronne.

a) Dispositifs de veille sociale

Si nous regardons le dispositif purement social de *veille sociale* de Meurthe-et-Moselle, le département peut également être découpé en quatre zones : Nancy et le bassin nancéen ; le Nord : Longwy, Briey ; le Sud : Toul, Lunéville ; Pont-à-Mousson et la zone intermédiaire entre Nancy et le Nord (le «*cou du canard* »).

Ainsi le dispositif s'appuie essentiellement sur trois structures associatives financées par l'Etat :

- **Association d'Accueil et de Réinsertion Sociale (ARS) à Nancy et Lunéville ;**
- **Association Alisés à Briey et Longwy ;**
- **Le Grand Sauvoy à Toul (23).**

Ces structures proposent toutes trois sur leurs secteurs respectifs des actions orientées vers la grande marginalité.

L'association ARS est une association loi 1901.

Elle : *« a pour objet de développer et de gérer toute action s'inscrivant dans le champs des politiques sociales ou médico-sociales et permettant de contribuer à l'amélioration des conditions d'existence des personnes confrontées à des difficultés temporaires ou durables dans le respect de leur dignité et avec la volonté de valoriser les potentialités de chacune d'entre elles pour leur permettre d'accéder à des conditions de vie promotionnelles et d'être actrices de leurs devenirs »*. (26)

Elle propose un pôle d'urgence sociale qui comporte : le **SAMU social – 115** ; le point d'accueil d'urgence – PAU ; un accueil de jour et repas du soir - 32 d'la rue ; des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale - CHRS ; un dispositif départemental et centre d'accueil pour demandeurs d'asile, des dispositifs d'insertion par le logement et d'insertion professionnels, le collectif Antigone orienté vers les personnes en situation de prostitution, et un pôle médico-social - Lits Halte Soins Santé pour les personnes sans domicile nécessitant des soins « ambulatoires » rapprochés (27).

La difficulté d'orientation des patients lorsqu'il s'agit de situations d'urgence, réside en grande partie dans l'intrication entre la détresse sociale et l'urgence médicale.

Ainsi, lorsqu'une urgence médicale est identifiée, la prise en charge est relayée, comme pour l'ensemble de la population, par les structures d'Accueil des Urgences du CHU à l'Hôpital Central et des autres Centres Hospitaliers du département.

Les structures de la veille sociale sont très fortement concentrées sur Nancy, même si le sud du département s'équipe depuis quelques années (Lunéville, Toul). Dans l'ensemble, le maillage du territoire apparaît satisfaisant. Seule la zone de Pont-à-Mousson semble isolée, quoique le CCAS ne mentionne pas de lacune dans la prise en charge des publics.

Pour l'ensemble du département, c'est le 115 qui centralise l'ensemble des appels d'urgence sociale et réoriente vers une de ces trois associations.

En dehors de ce dispositif de veille sociale ciblé vers la grande précarité, le réseau social et médico-social meurthe-et-mosellan bénéficie d'un maillage bien coordonné entre les différentes administrations et organismes publics.

b) Les services de l'Etat (au moment de la conduite de l'étude)

Préfecture, DRASS et DDASS

Sous l'autorité des Préfets de région et de département, les DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales remplacée depuis le 1^{er} avril 2010 par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale – DRJSCS), et les DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales aujourd'hui partiellement remplacée par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale – DDCS) assurent la mise en œuvre des politiques nationales, la définition et l'animation des actions régionales et départementales dans le domaine sanitaire, social et médico-social (28).

Les missions des DRASS et DDASS s'articulaient alors autour de trois pôles essentiels :

- **la santé publique** : la politique régionale de santé, la participation à la politique hospitalière en concertation avec l'agence régionale de l'hospitalisation, la sécurité sanitaire ;
- **la cohésion sociale et le développement social** par l'animation des différents dispositifs d'insertion et d'intégration ;
- **la protection sociale** par le contrôle des organismes de sécurité sociale et l'évaluation des résultats des contrats d'objectifs et de gestion négociés au niveau national.

c) Les autres autorités administratives

Le Conseil Général de Meurthe-et-Moselle

Le Conseil Général (CG) est l'institution en charge des affaires du département. L'essentiel de ses compétences actuelles, et des modes de fonctionnement qui en découlent, résultent des lois de décentralisation de 1982 et 1983, complétées par la loi du 13 août 2004 et régulièrement étendues depuis (29).

Une des grandes missions du Conseil Général concerne l'action sociale en faveur des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'enfance et de la famille, et des personnes en difficulté.

Ainsi le CG de Meurthe-et-Moselle coordonne :

- les assistantes sociales (AS) de secteur ;
- les CMS (Centres Médico-Sociaux), la PMI (Protection maternelle et Infantile) et les CPEF (Centres de Planification et d'Education Familiale).

Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)

Les missions des CCAS consistent en :

- une action sociale auprès des personnes en situation de précarité ;
- une politique familiale active (l'accueil des enfants en structures collectives ou familiales) ;
- l'accueil dans des structures d'hébergement et d'animation pour les seniors ;
- la promotion de l'autonomie et la pleine et entière participation des personnes handicapées à la vie communale (30).

Autres structures de recours : CPAM et Hôpital

Les patients peuvent également s'adresser à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou au service social du centre hospitalier le plus proche pour obtenir de l'aide à la mise en place de leurs droits.

d) Les structures de soins

1) Consultations de médecine générale

Les PASS

On rappelle qu'elles ont été créées dans le cadre de la Loi du 29/07/1998 relative à la lutte contre les exclusions. Chaque établissement public hospitalier est censé avoir une PASS.

On dénombre 18 PASS en Lorraine, ayant des fonctionnements différents.

La PASS de Nancy : Unité Médico-Sociale (UMS) du CHU ou « Espace Lionnois »

Mise en place en 1999 sous la responsabilité du Dr MAIGNAN et avec l'impulsion du Dr MAISON, elle bénéficie d'un fonctionnement exemplaire, au regard des objectifs proposés par les programmes régionaux (PRAPS) de 1998.

Elle propose :

- des consultations médicales, assurées tous les matins par un médecin différent ;
- l'aide de l'assistante sociale, présente à temps plein, pour les démarches en vue de l'accès aux droits en termes de couverture sociale ;
- un accompagnement individualisé ;
- la remise de médicaments ;
- l'accès au plateau technique et aux consultations du CHU.

Le Centre de Médecine Préventive de Vandœuvre-lès-Nancy

Le Centre de Médecine Préventive est un Centre d'Examens de Santé (CES) qui a pour mission de permettre prioritairement aux populations les plus fragiles un examen périodique de santé (EPS).

Il propose ainsi :

- des bilans de santé personnalisés (questionnaire de santé, bilan biologique, examen dentaire, consultations médicales et paramédicales) pris en charge à 100% par la sécurité sociale tous les 5 ans, sans avance de frais ;
- un dépistage des IST et une aide au sevrage tabagique.

2) Consultations spécialisées

Les Centres de Vaccination (CV)

La mission de vaccination était anciennement exercée par les Conseils Généraux. Abandonnée en 2006 par ces derniers, elle a été reprise dans la plupart des cas par les établissements hospitaliers. Il existe en Lorraine 11 CV dont l'objectif est d'assurer la vaccination et la mise à jour des vaccinations pour les populations en difficulté.

Le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT)

La lutte contre la tuberculose est aussi une ancienne mission des Conseils Généraux. Elle a également été reprise dans la plupart des cas par les centres hospitaliers depuis 2006/2007.

Les missions du CLAT sont :

- l'information au grand public et aux professionnels médicaux et sociaux des méthodes de prévention, de dépistage et de traitement de la tuberculose ;
- la prise en charge des malades et enquêtes autour des cas ;
- la gratuité du dépistage et du traitement des personnes à risque ;
- une aide dans la régularisation des droits ;
- la réalisation d'un relevé épidémiologique et sa notification à l'ARS.

Les Centres d'Information, de Dépistage, de Diagnostic et de traitement des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST)

Ils ont été créés en 2006/2007 en même temps que les CV et les CLAT.

On compte 9 CIDDIST en Meurthe-et-Moselle qui s'ajoutent aux Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG).

Ils fonctionnent également sur le principe de l'anonymat, de la confidentialité et de la gratuité des soins dispensés. Les CIDDIST proposent des entretiens individuels, un accueil anonyme, des conseils, des consultations médicales, des examens biologiques et des traitements adaptés.

L'Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes (UFATT)

L'UFATT, localisée à Nancy, est un service qui propose aux toxicomanes une prise en charge pluridisciplinaire (médecins, psychologues, travailleurs sociaux).

Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (C.C.A.A.)

Cette structure propose des consultations médicales sur rendez-vous au CHU de Nancy. Des rencontres et échanges en groupes de parole sont également possibles.

Un accueil en hospitalisation est enfin permis en Médecine L au CHU de Nancy ou dans d'autres services hospitaliers.

La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

La PMI est un service de santé publique de proximité au service des familles, des femmes enceintes et des jeunes enfants. Elle assure les missions suivantes :

- gestion des Centres de Planification et d'Education Familiale ;
- visites à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 6 ans ;
- consultations de la petite enfance ;
- bilan de santé en école maternelle dans toutes les écoles ;
- attention particulière pour les enfants en danger, en situation de précarité et les enfants présentant un handicap ;
- contrôle et surveillance des structures d'accueil ;
- agrément, suivi et formation des assistantes maternelles.

Les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF)

Les CPEF sont des services qui dépendent de la PMI du Conseil Général. Il y en a 8 en Meurthe-et-Moselle, dont 3 sur le Grand Nancy. Les CPEF proposent :

- consultations gynécologiques, gratuité de la contraception ;
- possibilité de rencontrer une conseillère conjugale, une sage-femme, une assistante sociale ;
- entretien pré-IVG pour les jeunes filles mineures ;
- consultations gratuites et anonymes ;
- prévention et information dans les écoles primaires, dans les collèges et les lycées.

Les Centres Médico-Sociaux (CMS)

Selon le site officiel, le Conseil Général compte 55 centres médico-sociaux implantés en Meurthe-et-Moselle, répartis sur les six grands territoires de Meurthe-et-Moselle : Longwy (5 CMS), Briey (6 CMS), Val de Lorraine, de Frouard à Pont à Mousson (9 CMS), Nancy et Couronne (22 CMS), Lunévillois (7 CMS), Terres de Lorraine, autour de Toul (4 CMS) (2CMS ne sont pas listés) (31).

Ces centres de proximité sont constitués d'équipes pluridisciplinaires de professionnels

chargées d'informer, accompagner et protéger les personnes et les familles ; et de mettre en œuvre des actions de prévention et d'insertion adaptées à chacun dans le cadre de la lutte contre les exclusions ; de mener des actions de santé en direction des familles, des enfants, des femmes enceintes (31)

Les Centres Médico-Psychologiques (CMP)

Les CMP, auparavant dénommés dispensaires d'hygiène mentale, sont des établissements publics spécialisés qui proposent des soins mentaux ou de psychiatrie, pris en charge par la Sécurité Sociale.

Un CMP regroupe des médecins psychiatres, des psychologues cliniciens, des infirmières, des assistantes sociales, et des éducateurs spécialisés. Il assure généralement des consultations, des visites à domicile ou encore des soins infirmiers. Les CMP sont en charge d'un secteur géographique déterminé. Ils sont rattachés à un hôpital public.

Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)

Les CMPP sont des lieux de consultations et de soins ambulatoires accueillant des enfants, des adolescents et de jeunes adultes (jusqu'à 20 ans), présentant des difficultés de comportement, relationnelles, scolaires, de langage et psychomotrices. Une équipe pluridisciplinaire assure des fonctions d'accueil, d'écoute et de soins.

La clinique dentaire de la CPAM

Elle est située à Nancy et propose des soins dentaires plus abordables qu'en libéral.

Concernant les cinq autres territoires du département, les structures hospitalières de proximité sont les principaux relais.

e) Associations de solidarité

Elles sont nombreuses et comme nous l'avons déjà précisé, il serait impossible de présenter ici une liste exhaustive. Nous ne citerons que les plus connues.

Médecins du Monde (MDM) et la soupe pour les sans-abri

MDM est créé, par Bernard KOUCHNER en 1980 en France, sur le principe « *aller là où les autres ne vont pas, témoigner de l'intolérable et travailler bénévolement* » (32)

L'association intervient lors de grandes crises internationales et lutte aussi dès 1986 contre l'exclusion en France en ouvrant un centre de soins et le premier centre de dépistage du VIH, volontaire, anonyme et gratuit à Paris.

Depuis, Médecins du Monde s'engage à :

- *Soigner les populations les plus vulnérables, à travers 104 programmes dans 29 villes, 82 actions mobiles d'accès à la prévention et aux soins dans 24 villes et 21 Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO).*

La Mission France de MDM à Nancy propose actuellement dans ses centres d'accueil, des consultations de médecine générale gratuite, 3 jours par semaine.

MDM Nancy propose également des consultations médicales avancées, lors de la distribution de la soupe pour les sans-abri.

- *Témoigner des entraves constatées quant à l'accès aux soins*

- *Obtenir des améliorations durables des politiques de santé et des pratiques médicales afin d'obtenir un égal accès aux soins pour tous.*

Par cet engagement, l'association s'est révélée précurseur des initiatives et des lois de lutte contre les exclusions.

Jacques LEBAS, Président de Médecins du Monde de 1989 à 1991, avait identifié toutes les causes de l'exclusion et leurs retentissements sur la santé des personnes en situation précaire. Toutes ces problématiques sont présentées dans l'ouvrage « *Précarité et Santé* » publié en 1998 (33).

Les mesures proposées dans la loi contre les exclusions sont inspirées des nombreux travaux à l'origine de cet ouvrage, auxquels les auteurs et collaborateurs ont fortement contribué, en lien avec Médecins du Monde et d'autres associations de solidarité.

Le Docteur Jacques LEBAS a été le pionnier des PASS, avec la polyclinique Baudelaire, premier dispositif PASS, créé en 1992. Elle a été suivie de 1993 à 1997 d'une quinzaine d'ouvertures de structures du même type, avant de donner lieu à la généralisation du dispositif par la loi de 1998 (16).

Plus récemment, Médecins du Monde a été à l'initiative du premier testing concernant le refus de soins à l'égard des patients bénéficiaires de la CMU en 2006. L'IRDES s'en est inspiré pour en réaliser un nouveau trois ans plus tard.

ATD (Agir Tous pour la Dignité) Quart Monde

Cette association, créée en 1957 par le père Joseph WRESINSKI, initialement "Aide à Toute Détresse" Quart Monde, a pris depuis une ampleur internationale.

La délégation régionale de Nancy a pour vocation de lutter contre la misère et les exclusions, en s'engageant auprès des plus pauvres, afin de garantir l'accès à leurs droits fondamentaux. Son action s'organise autour d'une bibliothèque de rue, de journées familiales du partage du savoir, d'ateliers culturels, de groupes jeunes, de participation aux groupes de réflexion locaux.

Elle propose également de la formation auprès des professionnels (Santé - Enseignement), et mène une action médiatique visant à créer un courant d'opinion, interpeller les partenaires sociaux, les associations, les églises, les instances locales et nationales.

Autres exemples d'associations

Nous pouvons encore citer : Amitiés tsiganes, Armée du Salut, Mouvement du Nid, Restaurants du Cœur, Secours Populaire Français, SOS Amitiés Nancy Lorraine, Tremplin, etc. (26).

E. LA PRECARITE DU POINT DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES

Une enquête demandée par la Croix Rouge à la SOFRES, lors du lancement de la campagne d'hiver 1998-1999, s'adressait à 227 généralistes interrogés sur le nombre de patients en situation de précarité reçus en moyenne chaque semaine en consultation (34). Les réponses étaient comme prévu, assez différentes d'un praticien à l'autre :

31 % des médecins ne voyaient aucun patient précaire, 22 % un seul patient ;

13 % deux patients ; 20 % trois patients ;

14 % six patients et plus, ce dernier groupe exerçait dans les quartiers en difficulté ; 84 % ignoraient le 115 ; deux tiers travaillaient en réseau ; un tiers : peu ou jamais.

F. FORMATION A LA PRECARITE AUPRES DES MEDECINS

GENERALISTES EN MEURTHE-ET-MOSELLE

Avant 2008, il n'existait pas de formation sur la précarité dans la formation des médecins généralistes à Nancy.

En 2008, la *Semaine Médicale de Lorraine* a été inaugurée par une conférence du Professeur GILGENKRANTZ sur *L'accès aux soins en France des populations précaires, le point de vue de Médecins du Monde*.

Depuis cette date, à l'initiative du Docteur MAIGNAN, chef de service de la PASS du CHU et en collaboration avec les enseignants du Département de Médecine Générale, un séminaire est consacré à la *Prise en charge des Patients Précaires et Migrants* au programme de DES de Médecine Générale.

Dans quelques autres universités françaises, il existe des diplômes universitaires sur le thème de la précarité, notamment à Lille, Paris Descartes, Clermont-Ferrand et Grenoble.

Un enseignement est proposé pour les DCEM3 (Deuxième Cycle des Etudes Médicales, 3^{ème} année) à Toulouse.

2. LA SANTE DES MIGRANTS : LE CAS PARTICULIER DES PRIMO-ARRIVANTS

La France est un pays d'immigration depuis plusieurs siècles et pourtant elle entretient avec cette question des relations qui restent complexes.

Parler des migrants nécessite tout d'abord de reprendre quelques définitions, car il y a souvent des confusions entre les termes « immigrés », « étranger », « migrant », demandeur d'asile », « réfugié », « sans-papiers » ou « clandestin » (35).

Migrant : personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France, terme utilisé notamment en santé publique.

Immigré : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition utilisés pour le recensement démographique (INSEE). Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.

Etranger : personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique. L'expression « étranger malade » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.

Exilé : personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, terme évoquant notamment les conséquences psychologiques des migrations forcées.

Demandeur d'asile : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.

Réfugié : personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordés par l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides), ou la Commission de recours des réfugiés.

Sans-papiers ou clandestin : étranger en séjour irrégulier, termes destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère légitime (attaches en France du « sans-papiers ») ou illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») de la présence de la personne.

La migration est souvent vécue comme un déracinement, ou une rupture, engendrant des difficultés de plusieurs ordres.

On pense bien sûr à la barrière de la langue, mais il faut considérer que le migrant se trouve également confronté à des difficultés de compréhension globale du fonctionnement du pays d'accueil aux niveaux administratif, économique, social et culturel. La prise en compte de sa santé n'est que rarement la priorité.

Les études montrent que les migrants sont plus souvent en situation précaire que le reste de la population. Leurs revenus sont en moyenne inférieurs de 32%, leur niveau de vie inférieur de 26%, le risque de chômage est plus élevé, et les conditions de logement sont moins favorables.

Ils sont de plus exposés à des phénomènes de précarisation spécifiques, du fait de leur statut juridique pour les étrangers en séjour précaire, et de discriminations, notamment dans l'accès aux soins (35).

Certaines pathologies sont retrouvées de manière plus spécifique chez ces populations de migrants. Outre les maladies cardio-vasculaires et le diabète qui sont les principales causes de soins de longue durée chez les étrangers disposant d'un titre de séjour ; on relève des taux de prévalence significativement plus importants de maladies infectieuses avec en particulier le VIH, les hépatites virales chroniques et la tuberculose. Enfin, il faut également citer la fréquence importante des psycho-traumatismes, générateurs de crises d'angoisse et d'états de stress post-traumatique (35).

3. L'INTERACTION MEDECIN-PATIENT

A. ETUDE INTERMEDE

A partir de l'exemple de l'obésité, l'étude pilote INTERMEDE menée en 2008, avait pour objectif d'explorer comment l'interaction médecin-patient dans le cadre de la consultation de médecine générale peut contribuer à construire, aggraver ou compenser des inégalités sociales de santé (2).

Une des hypothèses de cette étude est que l'interaction patient-médecin est un élément clé de l'utilisation et de l'efficacité du système de soins, mais surtout que *cette interaction est différenciée selon les caractéristiques du patient.*

La méthode utilisée était un questionnement « en miroir » du patient et du médecin, avant, tout de suite après et 15 jours après la consultation enquêtée. Les dimensions « en miroir » recueillies par des enquêteurs à l'aide de questionnaires standardisés concernaient : les caractéristiques socio-économiques ; le(s) motif(s) de la consultation, les problèmes de santé notamment de surcharge pondérale et les prescriptions.

La première phase du projet INTERMEDE consistait à aborder la disparité de la relation de communication entre médecin et patient selon deux points de vue : une méthode globale d'analyse basée sur une analyse quantifiée des interactions permettant de visualiser des profils d'échanges et d'en apprécier la diversité ; une méthode globale basée sur l'analyse de marques linguistiques permettant de décrire les mécanismes de co-compréhension qui conditionnent la qualité de la relation entre le médecin et le patient.

Leur objectif est d'articuler ces deux approches, et dans un deuxième temps, d'examiner la relation entre les disparités et les catégories socioprofessionnelles des patients.

Les premiers résultats publiés en 2008 (2) annonçaient que l'étude allait permettre de démontrer le rôle de l'interaction médecin-patient dans la construction (ou dans la réduction) d'inégalités sociales d'observance, d'accès secondaire aux soins de santé et in fine d'état de santé.

A ce jour, elle a déjà permis de mettre en évidence des variabilités de prise en charge liées à des particularités relationnelles entre le médecin et ses différents patients, et entre les médecins.

« Ces éléments permettraient de saisir et de comprendre les disparités de traitement observées qui peuvent produire des inégalités de santé. » (36)

B. ETUDE PARUE DANS LE JAMA (JOURNAL OF AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION)

Une étude quasi-randomisée en simple aveugle a été menée en entre juillet 2008 et avril 2009 par l'Université de l'Illinois à Chicago. 124 étudiants de 4^e année clinique en stage en médecine interne ont participé et ont été évalués.

L'objectif était d'évaluer l'intérêt d'une formation des médecins visant à améliorer leur capacité à tenir compte de l'environnement particulier du patient dans la prise en charge thérapeutique (« *contextualizing* »), afin de minimiser les obstacles à une bonne compliance (« *contextual errors* ») (37).

Les étudiants ayant bénéficié d'une formation de 4h à cette approche contextuelle, étaient significativement plus aptes à prendre en compte les problématiques liées à l'environnement lors de la prise en charge d'un patient (90%), contre seulement 62% pour ceux qui n'avaient pas bénéficié de la formation. Ils étaient par ailleurs significativement plus aptes à proposer une prise en charge thérapeutique adaptée à cet environnement (69% [95% CI, 57%-81%] vs 22% [95% CI, 12%-32%]). Il n'y avait pas par contre, de différence significative concernant la prise en charge strictement médicale des patients.

Cette étude met ainsi en évidence l'intérêt d'une formation des médecins à la prise en compte de l'environnement du patient dans leur approche de soins (« *contextualized care for individual standardized patients* ») (37).

C. ENQUETE DE L'IRDES SUR LE REFUS DE SOINS AUX PATIENTS BENEFICIAIRES DE LA CMUC

Cette étude, commandée et financée par le Fonds CMU, a été réalisée en décembre 2008 et janvier 2009 par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) auprès d'un échantillon représentatif de médecins libéraux de secteur 1 et 2 (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et dentistes parisiens, soit 861 praticiens (38). L'objectif de cette étude était notamment de **mesurer le refus de soins de plusieurs catégories de praticiens libéraux à l'égard des bénéficiaires de la CMU et d'étudier les déterminants de ce refus.**

La méthode choisie était celle du testing, qui permet de mettre en évidence et d'analyser les discriminations. Il s'agissait dans ce cas de chercher à obtenir un rendez-vous par téléphone, auprès de plusieurs catégories de professionnels de santé.

Les premiers testings sur le refus de soins avaient été réalisés par des associations (Médecins du Monde et Que Choisir), mais ne présentaient pas tous la rigueur nécessaire à une démarche à proprement parler scientifique.

Pour cette étude, l'appel a été réalisé par des acteurs et a fait l'objet d'un script, anticipant l'ensemble des questions possibles de manière à réaliser un protocole invariant d'un appel à l'autre dans le début de l'échange.

Parmi ces 861 praticiens, environ **un quart d'entre eux refusaient les patients du fait qu'ils bénéficiaient de la CMU.** Pour les dentistes, ce taux de refus imputable à la CMU atteint presque un tiers. Il s'élève à environ 20% pour les omnipraticiens, avec 33% pour ceux installés en secteur 2 et 9% pour ceux du secteur 1. Ce taux de refus atteint 38% chez les gynécologues. Il est de 28% pour les ophtalmologues. Il est en revanche plus faible pour les radiologues avec environ 5%.

Fréquemment les praticiens ont justifié leur attitude de refus, même s'il ne leur était rien demandé : « *ce qui en soi suggère un certain sentiment de malaise* ».

La lourdeur administrative était la raison la plus souvent invoquée.

La perte économique n'était pas explicitement mentionnée mais pouvait être inférée des discours prononcés (38).

D. AUTRES ETUDES

Les deux associations ATD Quart-Monde et Médecins du Monde comptent également dans leurs activités une action de recherche, et ont publié plusieurs études autour de la relation médecin-patient en situation de précarité, parmi lesquelles notamment :

- ATD Quart-Monde : *Recherche Action : La Relation Soignant/Soigné – « Le croisement des savoirs » 2001* (39) ;
- MDM : *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France Octobre2006* (40) .

DEUXIEME PARTIE : ETUDE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE MEURTHE-ET-MOSELLE – PRESENTATION DE L'ETUDE QUANTITATIVE

1. INTRODUCTION

Notre travail s'appuie sur deux hypothèses de départ.

La première est que les médecins généralistes rencontrent des difficultés dans la prise en charge des patients en situation de précarité.

La seconde est qu'il existe un manque d'informations des médecins généralistes concernant la précarité et ses particularités, les droits des patients en situation de précarité et l'environnement médico-social permettant de faciliter et d'optimiser leurs prises en charge.

Afin d'identifier et de comprendre les difficultés rencontrées par les médecins dans la prise en charge de leurs patients en situation de précarité, nous avons réalisé une enquête à visée descriptive qui associe les méthodes qualitative et quantitative pour le recueil et l'analyse des données.

La présente étude cherche à répondre plus spécifiquement à trois objectifs :

- interroger les médecins généralistes afin de savoir s'ils rencontrent des difficultés dans la prise en charge de leurs patients précaires, et de préciser la nature de ces difficultés ;
- identifier les représentations que les médecins généralistes ont de la précarité ;
- identifier les relations que les médecins généralistes entretiennent avec leur environnement médico-social.

2. MATERIEL ET METHODE

A. MATERIEL

L'étude s'inscrit dans le cadre des missions de recherche menées par l'UMS du CHU de Nancy.

Nous avons choisi de nous limiter au département de la Meurthe-et-Moselle. Il fallait définir un territoire qui ait du sens dans l'optique de la connaissance et de l'utilisation de ses ressources. Or ces dernières varient d'un département à l'autre, notamment en ce qui concerne les mesures et structures dépendant du Conseil Général. De plus, à ce jour, les médecins généralistes d'un même département ont quasiment tous bénéficié d'une formation commune. Les départements des Vosges et de la Meuse sont des départements essentiellement ruraux. Et la Moselle présente un régime de sécurité sociale particulier à l'Alsace-Moselle.

La population cible est représentée par l'ensemble des médecins généralistes libéraux de Meurthe-et-Moselle, soit 856 médecins généralistes dont 737 installés et 119 remplaçants.

Nous avons choisi d'interroger tous les médecins généralistes du département pour donner du poids aux résultats supposés et pour inscrire l'enquête dans une dynamique de recherche locale en lien avec les médecins.

Nous souhaitons recueillir de façon la plus exhaustive possible les difficultés, les représentations et les besoins de nos confrères.

En outre, la simple lecture du courrier constituait en soi une sensibilisation de tous les médecins à nos questionnements sur la prise en charge des patients précaires, permettant peut-être une meilleure adhésion par la suite à d'éventuelles propositions.

B. METHODE

Cette étude quantitative est une enquête qui a été menée au moyen de questionnaires papier.

La diffusion d'un questionnaire en ligne a été envisagée mais ne répondait pas à deux contraintes majeures : le respect de l'anonymat et l'envoi généralisé à l'ensemble des médecins. La mailing liste la plus exhaustive dont nous disposions était celle de l'Ordre des Médecins qui comptait alors moins d'un quart des médecins répertoriés.

L'enquête téléphonique posait la même contrainte du non-respect de l'anonymat, à laquelle s'ajoutait celle du manque de disponibilité des médecins pendant les temps de consultation.

Le Docteur Cédric BAUMANN, du service d'épidémiologie du CHU, nous a conseillées pour la progression de l'étude et l'enchaînement de ses différentes étapes.

1. Elaboration du questionnaire (de juin 2008 à mars 2009)

L'ébauche du questionnaire a été conçue en collaboration étroite avec le Docteur Michel MAIGNAN, notre directeur de thèse, en nous référant aux données disponibles sur le sujet. Les grandes catégories de questions ont été définies pour répondre à nos hypothèses de départ : la situation du médecin, son expérience de la précarité, et sa connaissance des ressources du territoire.

Deux questions d'ouverture ont été ajoutées, afin de consulter les médecins sur leur désir de formation et leurs propositions d'amélioration.

Vous trouverez ci après un exemplaire du questionnaire envoyé à chaque médecin généraliste inscrit à l'Ordre des Médecins de Meurthe et Moselle.

QUESTIONNAIRE ANONYME

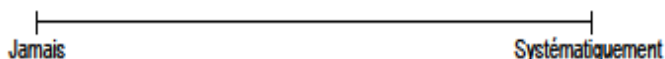
Code postal : : L L L L L

Situation

- Age ? L L ans
- Sexe ? F M
- Zone d'exercice ? Urbain Périurbain Centre ville
 Rurale Semi-rurale
 ZUS (Zone Urbaine Sensible)
- En quelle année avez-vous commencé à exercer en médecine libérale?
- Mode d'exercice ? (cochez la ou les situations) Installé seul Cabinet de groupe
 Remplaçant SOS Médecin
 Maison médicale
- Combien de patients voyez-vous par semaine en moyenne ?.....

Expérience de la précarité

- Citez cinq mots clés qui caractérisent au mieux la précarité dans votre exercice :
- 1. 2. 3.
- 4. 5.
- Combien de patients en situation de précarité voyez-vous par semaine en moyenne ?
- Combien de patients issus de l'immigration en situation de précarité voyez-vous par semaine en moyenne ?
- Vous êtes vous déjà senti(e) en difficulté face à un patient en situation de précarité ?
(situez-vous par un trait sur l'échelle ci-dessous)



- Si oui, dans quelles situations ? (cochez la ou les situations)
- Suivi des pathologies chroniques Education hygiéno-diététique
- Dépistage organisé de cancers (sein, colorectal) Dépistage individuel de cancers (col de l'utérus, prostate, ORL, pulmonaire, cutané)
- Dépistage VIH, Hépatites, autres IST Dépistage et/ou diagnostic de tuberculose si exposition
- Suivi de grossesse Identification de troubles du comportement (ex : addiction)
- Suivi bucco-dentaire Identification de troubles sensoriels
- Suivi de troubles de l'humeur et autres pathologies psychiatriques Repérage d'une maltraitance et son signalement
- Dépistage du saturnisme et/ou d'une intoxication au CO
- Impossibilité d'avance de frais par le patient devant la nécessité de médicaments et/ou d'exams complémentaires
- Autres, préciser :

TSVP

- Dans quelles situations de prévention vous êtes-vous déjà senti(e) en difficulté ? (cochez la ou les situations)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaires | <input type="checkbox"/> Education hygiéno-diététique |
| <input type="checkbox"/> Vaccination et son suivi | <input type="checkbox"/> Contraception et sa délivrance |
| <input type="checkbox"/> Protection contre les IST | <input type="checkbox"/> Difficultés de communication (langue, cultures) |
| <input type="checkbox"/> Autres, préciser : | |

.....
.....
Connaissance des ressources du territoire

- Pensez-vous connaître les dispositifs sociaux de votre secteur ?

- Oui Non

- Etes vous en contact avec eux ?

- Souvent Parfois Exceptionnellement Jamais

- Si vous avez répondu exceptionnellement ou jamais, merci de préciser pourquoi :

.....
.....
- Pouvez-vous citer la/les structure(s) relais que vous avez déjà sollicitée(s)?

Pour des patients précaires

Pour des patients migrants en particulier

.....
.....
- Seriez-vous intéressé(e) par une formation à la prise en charge des patients en situation de précarité ? Oui Non

Si oui, quel(s) support(s) vous semble(nt) le(s) plus adapté(s) à vos attentes ? (cochez votre ou vos réponses)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Documents papiers | <input type="checkbox"/> Sites internet |
| <input type="checkbox"/> Réunions pluridisciplinaires | <input type="checkbox"/> Formations présencielles |
| <input type="checkbox"/> Formations à distance (visio et web conférences) | |
| <input type="checkbox"/> Autres, préciser : | |

.....
.....
Si vous le souhaitez, précisez les thèmes que vous aimeriez aborder :

.....
.....
- Que proposeriez-vous pour améliorer votre exercice dans la prise en charge de vos patients précaires ?

.....
.....
Merci d'avoir accordé de votre précieux temps pour répondre à cette enquête.

Confraternellement (et à disposition pour toute précision) :

- | | | |
|----------------------------|--|----------------|
| - Isabelle Querrioux | isa.querrioux@gmail.com | 06 83 14 33 74 |
| - Cécile Flye Sainte Marie | cecile.flye@free.fr | 06 14 80 52 80 |

Les différents items du questionnaire

a) Situation du médecin

Nous avons défini les variables pouvant avoir une influence sur les différents domaines explorés : les variables démographiques que sont l'âge et le sexe ont été retenues d'office. L'âge influence *a priori* l'expérience professionnelle, mais la précision de la date de début d'exercice en médecine générale semblait être plus fiable pour évaluer l'expérience de la médecine libérale. Des études sur la perception de la difficulté mettent en évidence des décalages entre les sujets masculins et féminins, justifiant de préciser le sexe. Les déterminants socio-économiques des populations varient en fonction des lieux d'exercice. Le code postal devait permettre d'effectuer des comparaisons entre les zones du département, tout en préservant l'anonymat qui aurait été compromis par l'indication de la commune d'exercice.

b) Expérience de la précarité

L'expérience et les ressentis varient en fonction de la fréquence de prise en charge de situations analogues. La période d'une semaine semblait permettre une évaluation immédiate du nombre de patients précaires et migrants précaires.

Le souhait d'accéder aux représentations que les médecins ont de la précarité a fait envisager un recueil sous forme de mots-clés. Seule une question ouverte garantissait des réponses libres, affranchies du biais de formulation ou du cadre limité des questions fermées. Ce mode de recueil avait été satisfaisant pour répondre aux besoins similaires d'une enquête réalisée par l'UMS auprès de l'équipe des urgences du CHU. Les situations pour lesquelles nous souhaitions savoir si elles étaient sources de difficultés ont été proposées sous forme de QCM (Question à Choix Multiple).

c) Connaissance des ressources du territoire

Cette question a pour objectif de confirmer ou infirmer l'hypothèse du manque de connaissance des ressources et de déterminer à quelle fréquence les médecins y ont recours, par une auto-évaluation sous forme de QCM à 4 niveaux de réponse. La question ouverte était la plus adaptée pour connaître les relais sollicités par les médecins étant donné la diversité et le nombre de structures existantes.

Le questionnaire dans sa forme et chaque item en particulier ont été soumis à la correction successive de différents experts :

- Cédric BAUMANN, Docteur en Epidémiologie, nous a conseillés sur la présentation des questions limitées à une feuille recto-verso et l'importance de garantir l'anonymat. Il nous a aiguillées sur la formulation pertinente des questions en vue des besoins de l'analyse.

- Le Professeur Xavier DUCROCQ, en sa qualité de Président du Comité d'Ethique du CHU a validé le questionnaire sur le fond, après avoir apporté des corrections sur le sens et la forme de certaines questions. Il partageait notre souhait de mentionner l'accès à la santé dans le titre de la thèse, position qui n'a pas été partagée par les membres du Conseil Scientifique du Département de Médecine Générale (DMG).

- Le Professeur François KOHLER nous a soumis l'idée d'une échelle visuelle analogique dans l'évaluation des difficultés ressenties. Il a apporté quelques précisions terminologiques conventionnelles. Il nous a conseillé d'anticiper la classification des caractérisations de la précarité attendues ...

- Le Professeur Alain AUBREGE, alors médecin généraliste enseignant et responsable de la formation des internes au sein du DMG, nous a aidé à formuler le courrier d'introduction, pour favoriser un bon accueil par nos confrères.

- Le Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ, membre et ancien Président de Médecins du Monde Nancy, spécialiste de la prise en charge des patients précaires échappant au parcours de soins habituel, a appuyé l'importance de joindre un courrier et de présenter de façon évidente l'anonymat. Il a introduit parmi les situations difficiles, l'item sur les difficultés d'avance de frais et participé à la reformulation de certaines questions.

- Le Docteur Jean-Luc FENOT, médecin généraliste, Président de l'Ordre des Médecins de Meurthe-et-Moselle a validé le questionnaire en enrichissant le travail sur la façon d'aborder l'analyse des données. Il nous a, entre autres, suggéré d'inviter nos lecteurs à considérer le verso du questionnaire !

- Le Docteur Alain CRITON, médecin généraliste, référent de la structure Lits Halte Soins Santé destinée aux grands marginaux du foyer ARS Pierre Vivier de Nancy, et ayant une grande expérience de la précarité dans son exercice libéral quotidien, a validé le questionnaire en dernière lecture.

Une lettre de présentation, jointe au questionnaire présentait le cadre de notre travail, nos hypothèses et nos objectifs, et précisait également les modalités de réponse au questionnaire.

Cette lettre a suivi le même parcours de conception et de relecture que les questionnaires (Annexe 1).

2. L'annonce des questionnaires

Dans le souci d'optimiser le taux de réponses, le Docteur BAUMANN nous a suggéré d'envoyer les questionnaires à une période où les médecins sont disponibles (après les épidémies hivernales et en dehors des vacances scolaires).

Il nous a conseillé de précéder l'envoi d'une annonce téléphonique. L'intérêt de l'annonce téléphonique a été confirmé par le Professeur KOHLER, qui nous a également encouragées à réaliser une relance à distance de l'envoi. Il prévoyait ainsi un taux de réponses aux alentours de 40%, contre 15% sans annonce.

Cette annonce téléphonique a été réalisée dans la semaine du 22 au 29 mars 2009.

Parallèlement, elle a été appuyée par un message diffusé via la mailing liste de l'Ordre des Médecins, grâce au soutien du Docteur FENOT.

A l'attention des Médecins Généralistes Libéraux

Semaine du 29 mars au 6 avril 2009 : vous recevrez une enquête effectuée par Isabelle QUERRIOUX et Cécile FLYE SAINTE MARIE (internes en 6^{ème} semestre), dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale autour des difficultés ressenties par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients précaires et migrants.

Merci d'y prêter toute votre attention et de consacrer quelques minutes pour y répondre.

Nous avons sollicité un échange téléphonique direct avec tous les médecins participants.

La liste exhaustive des médecins libéraux nous a été fournie par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meurthe-et-Moselle.

Les numéros de téléphones ont été recherchés dans les pages jaunes.

Notons que certains numéros de remplaçants n'ont pas été trouvés.

Une relance téléphonique annoncée dans la lettre a été effectuée 3 semaines après l'envoi des courriers.

Pour la relance, la grande majorité des médecins ont été contactés directement mais nous avons laissé quelques messages à leur secrétariat, ou parfois par mail, exceptionnellement sur répondeur.

3. Le recueil des données

Pré-test

Un pré-test a été envoyé à 8 médecins non inclus dans l'étude, 8 jours avant l'envoi général.

Il s'agissait de 7 médecins installés (5 hommes, 2 femmes) et une remplaçante non thésée, en respectant une diversité dans le mode d'exercice (cabinet de groupe, cabinet individuel, urbain et rural). Ces médecins, pour la plupart impliqués dans l'encadrement des internes de médecine générale, ont été choisis en dehors du territoire de recrutement de l'enquête.

Les modalités d'annonce ont été les mêmes que pour l'enquête, hormis l'annonce de l'Ordre. Ce pré-test n'a pas donné lieu à des modifications, car le questionnaire a semblé adapté aux médecins interrogés. Deux d'entre eux suggéraient de proposer une définition de la précarité, ce que nous n'avons pas retenu, par souci de recueillir leur perception de la précarité, en lien avec leurs difficultés.

L'envoi des questionnaires

Les questionnaires ont été envoyés par courriers postaux accompagnés d'une lettre de présentation de l'étude.

Afin de faciliter le retour, ils étaient accompagnés d'une enveloppe « libre-réponse ».

Les enveloppes envoyées étaient marquées par un double tamponnage, permettant leur identification, suite à notre annonce téléphonique.

Les questionnaires et courriers ont été gracieusement imprimés par l'UMS du CHU.

Les affranchissements et envois des courriers ont été gracieusement réalisés par le Centre Communal d'Action Sociale de Nancy le 26.03.09, au terme de la semaine d'annonce.

4. L'analyse des données

Les questionnaires ont été numérotés par ordre de réception.

Nous avons codifié au préalable les réponses aux questions ouvertes sous forme de lexique, afin qu'elles soient saisies sans interprétation. Les questionnaires papier ont été saisis par une secrétaire sur *EPIDATA*®.

a) Pour les questions fermées

L'analyse statistique a été réalisée par le Docteur Cédric BAUMANN, qui a procédé à l'analyse descriptive des données. Les variables qualitatives ont été décrites par un pourcentage, les variables quantitatives par la moyenne et l'écart-type.

Pour les pourcentages effectués sur les questions fermées, les chiffres obtenus ont été rapportés au nombre de médecins ayant répondu à la question.

Pour effectuer les comparaisons statistiques, nous avons utilisé le test du Chi 2, le test de Student et l'analyse de variance, avec un risque alpha fixé à 5% sous le logiciel SAS v9.1®.

Une cartographie a été effectuée afin de rapporter les codes postaux aux six zones correspondantes du département.

Les statistiques concernant la répartition par zone d'exercice selon les codes postaux ont été réalisées manuellement. Nous avons associé le code postal à la zone correspondante et comptabilisé le nombre de médecins correspondant à chaque zone.

La répartition entre les médecins exerçant en zone urbaine (comprenant zone urbaine, périurbaine, centre ville et ZUS) et ceux exerçant en zone rurale (et semi-rurale) a été réalisée par addition, en soustrayant les médecins ayant coché plusieurs lieux correspondant à la zone « urbaine ou « rurale » au sens large.

b) Pour les questions ouvertes

1) L'analyse des mots-clés

La classification

Afin d'analyser les représentations des médecins à travers des mots-clés, nous avons suivi la progression décrite ci-dessous.

Une première lecture des réponses nous a permis de découvrir la diversité des mots-clés cités par les médecins. Au fur et à mesure de cette lecture, nous avons identifié les différents thèmes abordés.

Aux lectures suivantes, nous avons relevé les mots-clés de façon exhaustive, en les classant sous le thème correspondant.

Afin de rendre nos résultats statistiquement exploitables, nous avons établi une typologie de ces mots-clés, selon les étapes suivantes.

Tout d'abord, nous avons catégorisé sous un même terme les mots-clés présentant des analogies, selon différents critères :

- Nous avons regroupé les mots-clés ayant des significations considérées comme équivalentes ou faisant référence à une même notion.

Par exemple, les mots-clés suivants ont été regroupés et codés dans la catégorie « *difficulté de compliance* » : « *adhésion au traitement difficile* », « *inobservance* », « *mauvaise compliance aux prises en charge* », « *mauvaise observance* », « *compliance et suivi de traitement* ».

Dans la catégorie « *problème de couverture sociale* » ont été regroupés les expressions qui signifiaient un défaut de couverture sociale : « *couverture sociale* », « *absence (ou insuffisance) de couverture sociale* », « *défaut couverture sociale* », « *pas de protection sociale* », « *absence de couverture sociale* », « *insuffisance de couverture sociale* ».

- Nous avons regroupé les mots-clés d'un même champ lexical. Par exemple, « *alcoolisme* », « *alcool* », et « *exogénose* » ont été codés sous le terme « *alcool* ».

- Enfin, nous avons regroupé des termes peu fréquents, sous un item général pouvant les caractériser. Par exemple, les termes « *bruit* », « *impolitesse* », « *indiscipliné* », « *irrespect* », « *pression* » ont été saisis comme « *comportement inconvenant* »

Dans un souci d'objectivité, ces regroupements ont été réalisés en étroite collaboration entre les deux thésardes, afin de limiter au maximum les biais d'interprétation et de conserver au mieux l'intégrité des représentations exprimées.

Nous avons ensuite organisé ces catégories ou regroupements en thèmes et sous-thèmes.

Le choix des thèmes résulte de discussions approfondies, ayant souvent nécessité de reprendre le questionnaire d'origine pour en comprendre le contexte. Nous nous sommes appuyées sur un dictionnaire et d'autres travaux parus sur des sujets similaires - *Santé et Précarité* de LEBAS et CHAUVIN (41). Ainsi, nous avons réutilisé certains termes de l'étude d'ELGHOZI réalisée en 1995 (41; 42) qui correspondaient parfaitement aux problèmes cités.

Il est inévitable que certains termes correspondent à plusieurs catégories, sous-thèmes ou thèmes.

Ce premier niveau d'analyse était résumé sous forme de tableau arborisé (extrait en Annexe 2).

Ces classifications restent exposées à notre subjectivité, et au sens que nous leur avons

attribué. Par exemple, nous avons distingué les difficultés de communications « *verbales* » des difficultés de communication « *non verbales* », car elles ne font pas appel aux mêmes problématiques de réponses.

En vue de la saisie informatique réalisée par une secrétaire, nous avons extrait un lexique de ce thésaurus, faisant correspondre pour chaque mot cité par les médecins, le ou les termes codés à saisir.

Dans la perspective d'utiliser le masque de saisie pour réaliser les statistiques par thème, nous avons, pour cette saisie initiale, associé certains termes à leur(s) catégorie(s) d'appartenance. Par exemple, « *SDF* » était codé « *SDF + problème de logement* ».

Lorsque plusieurs notions étaient évoquées à travers un « mot-clé », elles ont été individualisées. Par exemple, « *personnes âgées isolées* » a été saisi par deux termes « *personnes âgées* » et « *isolement* ».

La saisie a dû être corrigée par la suite, en supprimant les doubles codages. D'une part en raison d'erreurs d'interprétation ou de codage lors de la saisie, et d'autre part parce que les classifications multiples n'étaient pas assez systématisées pour être exploitées statistiquement, et bissaient l'analyse statistique à partir des termes originaux.

Afin de permettre la transparence de l'analyse, nous n'avons pas référencé sous un thème donné, des termes n'y étant pas clairement associés, même si un lien a été établi entre les deux dans la littérature. En effet, le caractère laconique d'un mot-clé ne permet pas toujours de savoir si ce lien est établi par le médecin qui l'a cité. Pour exemple, le « *comportement patient* » et la représentation que le médecin a de ce comportement ont une influence sur la communication. Pourtant, les termes caractérisant un comportement de patient n'apparaissent pas dans les thèmes « *difficultés de communication* » ou « *relation médecin-patient* », sauf ceux qui appartiennent au registre de la communication comme « *impolitesse* ».

L'analyse statistique

Pour l'analyse statistique par termes singuliers, nous avons compté les mots codés dans le masque de saisie, individuellement puis en les additionnant selon les catégorisations.

Il nous a semblé intéressant de conserver le nombre de fois où un mot était cité, même plusieurs fois par un même médecin, pour faire état de sa prégnance dans la représentation générale, et pour pouvoir situer les termes cités quantitativement les uns par rapport aux autres.

En effet, une même notion répétée plusieurs fois sous des termes différents par un médecin a probablement plus de poids dans ses représentations de la précarité que s'il ne l'évoque qu'une seule fois.

Si un mot-clé comporte deux notions, il apparaît dans les catégories correspondant à ces deux notions. Pour reprendre l'exemple de « *personnes âgées isolées* » saisi « *personnes âgées + isolement* », il est comptabilisé une fois pour « *personnes âgées* » et une fois pour « *isolement* ». Par contre, si un mot appartient à deux catégories d'un même thème, il n'est compté qu'une fois pour ce thème.

Dans la présentation des résultats, certains mots originaux particulièrement éloquents ont été repris.

Nous avons identifié les thèmes principaux pour lesquels il nous semblait important de comptabiliser le nombre et le pourcentage de médecins y faisant référence.

Nous avons répertorié pour chaque catégorie les mots-clés y étant associés (Annexe 3).

Dans le questionnaire *EPIDATA*® converti en tableau *EXCEL*®, nous avons recherché et mis en valeur tous les mots relevant d'un même thème. Chaque ligne correspondant aux réponses d'un médecin, nous avons comptabilisé le nombre de mots d'une même catégorie citée par un même médecin, que nous avons soustrait du nombre total de termes pour cette catégorie.

Quand une même catégorie a été évoquée plusieurs fois par un même médecin à travers des mots-clés différents, elle n'est comptée qu'une fois pour ce médecin.

Ainsi, nous montrons pour chaque représentation, la proportion de médecins qui la partagent (exemple en Annexe 4).

En s'appuyant sur les liens établis entre les différents thèmes lors des entretiens de groupes, un second niveau d'analyse a consisté à établir des statistiques en regroupant plusieurs thèmes participant à une même idée phare. Ainsi, la relation médecin-patient a été analysée comme telle, en tenant compte à la fois des paramètres identifiés par les médecins comme participant à la relation (comme la barrière de la langue), et des représentations plus « instinctives » (comme les comportements des patients perçus négativement).

2) *L'analyse des structures*

Dans un premier temps, les structures citées ont toutes été répertoriées. Les structures que nous ne connaissions pas ont été identifiées par des recherches sur internet et dans le guide « *Nancy Social* » (26). Les différentes appellations d'une même structure ont été codifiées sous un même terme (Annexe 5).

Dans un deuxième temps, nous avons associé à chaque structure des catégories en fonction de leur secteur d'action, de leur type de service, du territoire dont elles dépendent, du public qu'elles ciblent. (5).

Par exemple : « Centre Lionnois » codé « UMS », type de service : « hôpital + consultation médicale », secteur d'action « structure médico-sociale », lieu : « Nancy », public cible « patients sans couverture sociale + primo-arrivants »

De même que pour les mots-clés, nous avons sélectionné les catégories de structures pour lesquelles il nous semblait important de comptabiliser le nombre et le pourcentage de médecins y faisant référence.

Les « structures relais précaires » et « structures relais migrants » ont été comptées séparément puis reportées dans la ou les catégories de structures correspondantes.

3) Les thèmes de formation et propositions d'amélioration

Les « raisons de peu de contact », les « thèmes de formation » et les « propositions d'amélioration » ont été classés par thèmes sous forme de tableau arborisé- *thésaurus*.

Pour les catégories comprenant peu de termes, les statistiques ont été réalisées à partir des listes, par simple addition.

Pour les propositions d'amélioration principales, nous avons répertorié toutes les réponses évoquant la même piste ou le même outil.

Dans un tableau *EXCEL*® correspondant au masque de saisie, nous avons mis en valeur toutes ces réponses. Nous avons ensuite repéré d'un « 1 » puis comptabilisé par une formule d'addition tous les médecins ayant fait au moins une réponse correspondant à un type de proposition.

Selon le même modèle, nous avons réalisé une analyse croisée des propositions d'amélioration ou thèmes de formation correspondants à des mesures similaires (Annexe 6).

4) Les dernières questions ouvertes

Enfin, pour les autres questions ouvertes (« difficultés autres », « situations de prévention autres », « raisons de peu de contact avec les structures sociales »), les réponses de signification identique ont été regroupées sous une formule commune pour la saisie. Quand cela s'y prêtait, nous avons réutilisé des catégories définies pour le typage des mots-clés.

Les items « difficultés autres » et « situations de prévention autres » n'ont pas donné lieu à des statistiques, ils ont été analysés de façon qualitative.

3. RESULTATS

A. CONTACTS TELEPHONIQUES

L'annonce téléphonique a représenté une semaine de travail pour les deux thésardes soit environ 80 heures d'appels. Il a fallu compter en moyenne 6 minutes et 4 appels par médecin.

Sur les 742 médecins installés en Meurthe-et-Moselle figurant sur la liste de l'Ordre, 5 médecins n'étaient plus concernés au moment de l'enquête : 2 étaient partis en retraite, 1 avait changé de région, 1 s'était orienté vers un poste hospitalier et 1 s'était spécialisé en angiologie.

Nous avons eu un échange direct avec **97,15% des médecins (716 sur 737)**. 21 médecins installés n'ont pu être contactés pour diverses raisons : 3 numéros trouvés dans les « pages jaunes » étaient erronés ; 5 numéros n'ont pas été trouvés ; 13 appels n'ont pas abouti en raison de l'absence de répondeur, de boîtes vocales pleines ou d'un filtrage strict par les secrétaires.

Sur les 119 remplaçants, 66 soit 55%, ont pu être contactés, dont 13 par le biais d'un médecin qu'ils remplacent. 53 médecins remplaçants n'ont pu être contactés essentiellement faute de numéro de téléphone ou en raison d'une absence répétée du domicile. Un seul médecin a refusé l'échange téléphonique, car « *âgé et déjà trop occupé pour répondre aux enquêtes* ».

B. LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été envoyé aux 856 médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle qui se répartissent de la façon suivante :

- 737 médecins installés dont 215 femmes pour 522 hommes ;
- 119 remplaçants dont 49 hommes pour 70 femmes ;

Soit au total 285 de femmes (1/3 des médecins) et 571 hommes (2/3 des médecins).

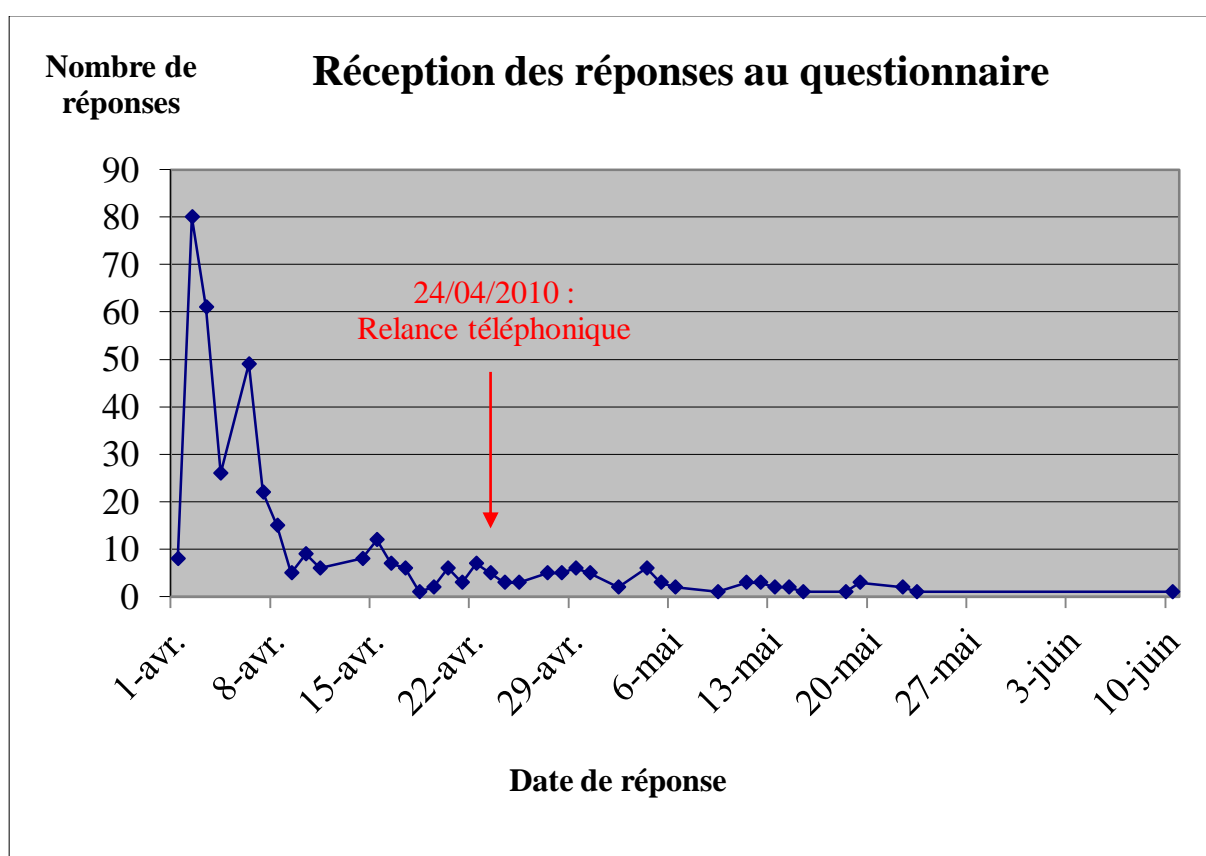
1. Taux de réponse

Le taux de réponse global a été de 46,5 %, soit 398 réponses.

Les médecins installés ont significativement plus répondu que les remplaçants : 48% (355/737) vs 36% (128/285), respectivement ($p=0,014$).

Les hommes ont plus répondu que les femmes, 47,1% (270/522) vs 44,9% (128/285), respectivement, à la limite de la significativité ($p=0,06$).

Tableau 7



2. Profil et situation des répondants

Age et sexe

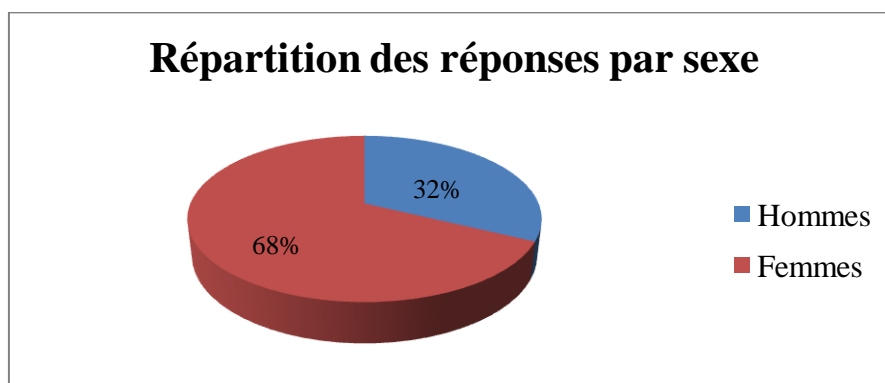
L'âge moyen est de 48,7 ans. Les médecins ont entre 29 et 70 ans. Une moitié des répondants a plus de 50 ans, l'autre moitié a moins de 50 ans. Un quart a moins de 43 ans et un quart plus de 55 ans.

L'âge moyen des hommes qui ont répondu est plus élevé que celui des femmes ayant répondu

($p < 0,0001$).

Parmi les médecins ayant répondu, on compte 32,2% de femmes pour 67,8% d'hommes.

Tableau 8



Lieux d'exercice urbain/rural

Plus de deux tiers des médecins (67,8%) exercent en milieu urbain ou périurbain.

La moitié des médecins (51%) exercent en milieu urbain.

18,5% exercent en milieu périurbain

7,9% exercent en centre ville

3,8 % exercent en ZUS

36,9% des médecins exercent en milieu rural ou semi-rural.

14,2 % des médecins exercent en milieu rural

25,9% en semi-rural.

Les médecins de SOS Médecins et les médecins remplaçants peuvent exercer dans différents lieux.

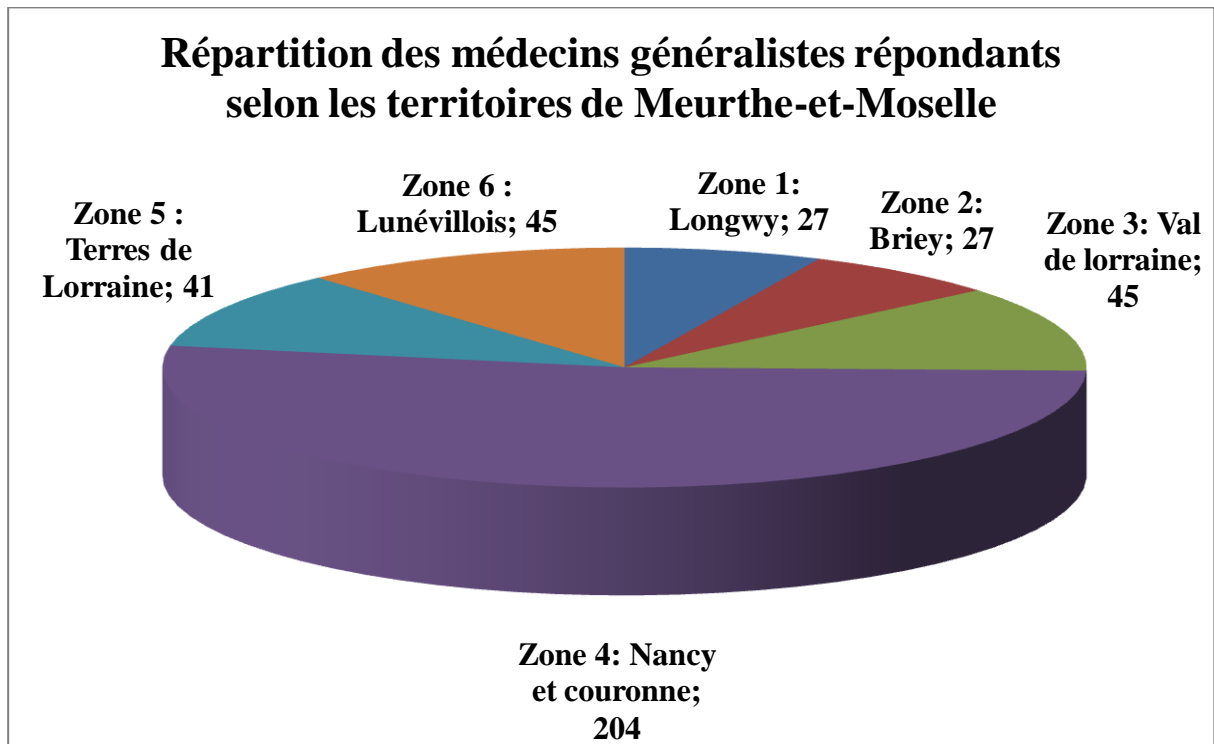
Ni l'âge des médecins ni la répartition par genre ne varient selon le lieu d'exercice.

Territoire d'exercice

(cf Première Partie - Carte 2)

Les médecins du territoire de Nancy et couronne (zone 4) représentent plus de la moitié des réponses (52,4%). Les territoires de Val de Lorraine (zone 3), Terres de Lorraine (zone 5) et Lunévillois (zone 6) représentent chacun autour de 11% des réponses et ceux de Longwy (zone 1) Briey (zone 2) représentent chacun environ 7% des réponses.

Tableau 9



Année de début d'exercice libéral

Les médecins ont démarré leur exercice libéral entre 1967 et 2008.

Les 388 médecins ayant répondu à la question ont en moyenne 20 ans d'exercice en libéral.

Mode d'exercice

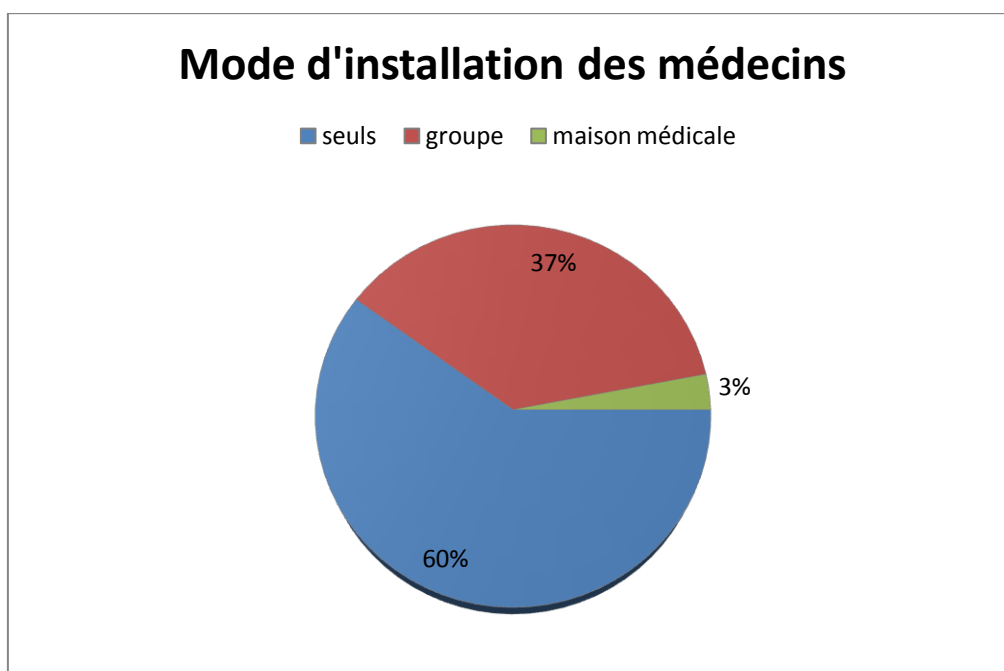
La majorité des médecins (52,8%) exercent seuls, un tiers (33,6%) exercent en cabinet de groupe (le cabinet de groupe rassemble plusieurs médecins généralistes) et 3,3% en maison médicale (la maison médicale rassemble des professionnels de santé de formations diverses).

2,8% des médecins exercent à SOS Médecins.

Parmi les répondants on compte 10,9 % de remplaçants, dont une faible partie seulement a précisé un autre mode d'exercice.

Parmi les médecins installés en cabinet, près de 60% exercent seuls (59,8%), 37,9% en groupe et 3,5% en maison médicale.

Tableau 10



Nombre de patients par semaine

Les médecins voient en moyenne 114,7 patients par semaine, avec un maximum de 300 et un minimum de 5 patients. La moitié des médecins voient entre 90 et 140 patients, un quart moins de 90 et un quart plus de 140.

3. Expérience d'une patientèle en situation de précarité

Nature des représentations exprimées

Nous avons demandé aux médecins de citer **cinq mots-clés** caractérisant au mieux la précarité dans leur exercice.

1 517 termes (dont 312 différents) ont été recueillis auprès des 346 médecins ayant répondu à la question.

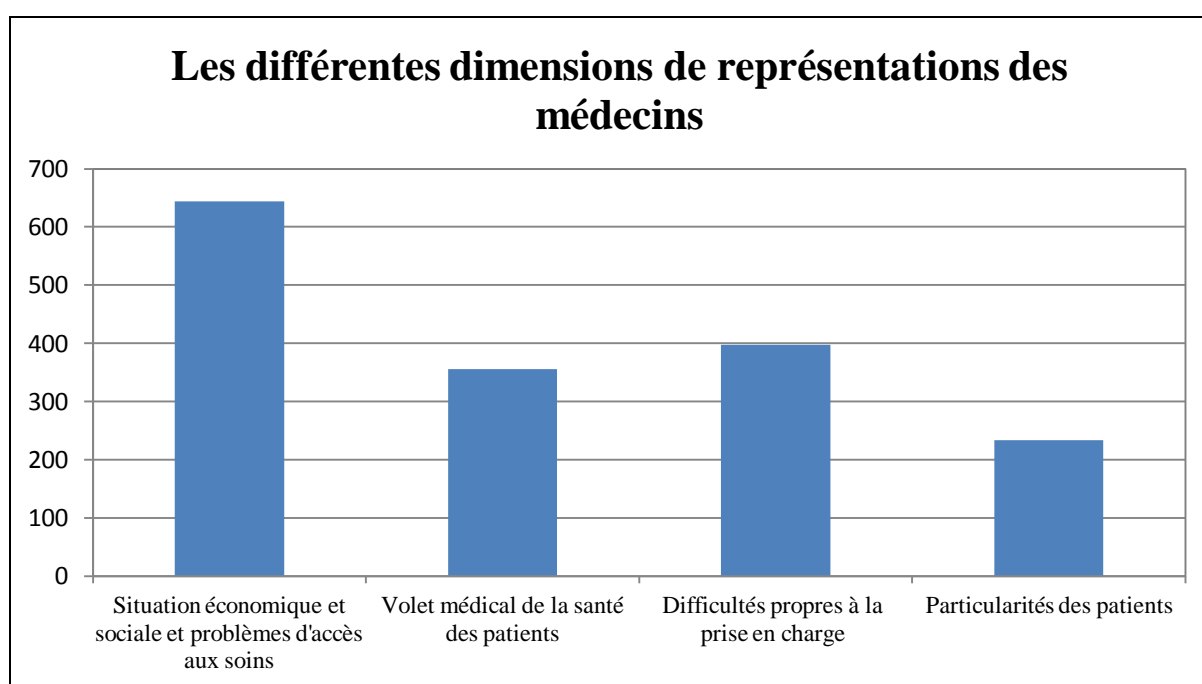
Tous les pourcentages sont rapportés à l'ensemble des 398 médecins ayant répondu au questionnaire.

Nous avons identifié différentes catégories de représentations selon le domaine évoqué :

- **La situation économique et sociale** des patients concernés par la précarité est la plus représentée puisque 644 termes y font référence.
- **Les difficultés propres à la prise en charge** des patients précaires sont évoquées à travers 398 termes. Elles concernent la relation médecin-patient, la représentation de la santé, le sentiment d’insatisfaction du médecin et les contraintes dans la consultation, imputées aux patients.
- **Le volet médical** est évoqué à travers 356 termes.
- **Des caractéristiques des patients précaires** sont évoquées par 234 termes. Elles se rapportent à des problèmes de présentation (surtout en rapport avec un défaut d’hygiène), de niveau culturel et intellectuel et de comportement.

Certains termes font référence à différentes catégories de représentations.

Tableau 11

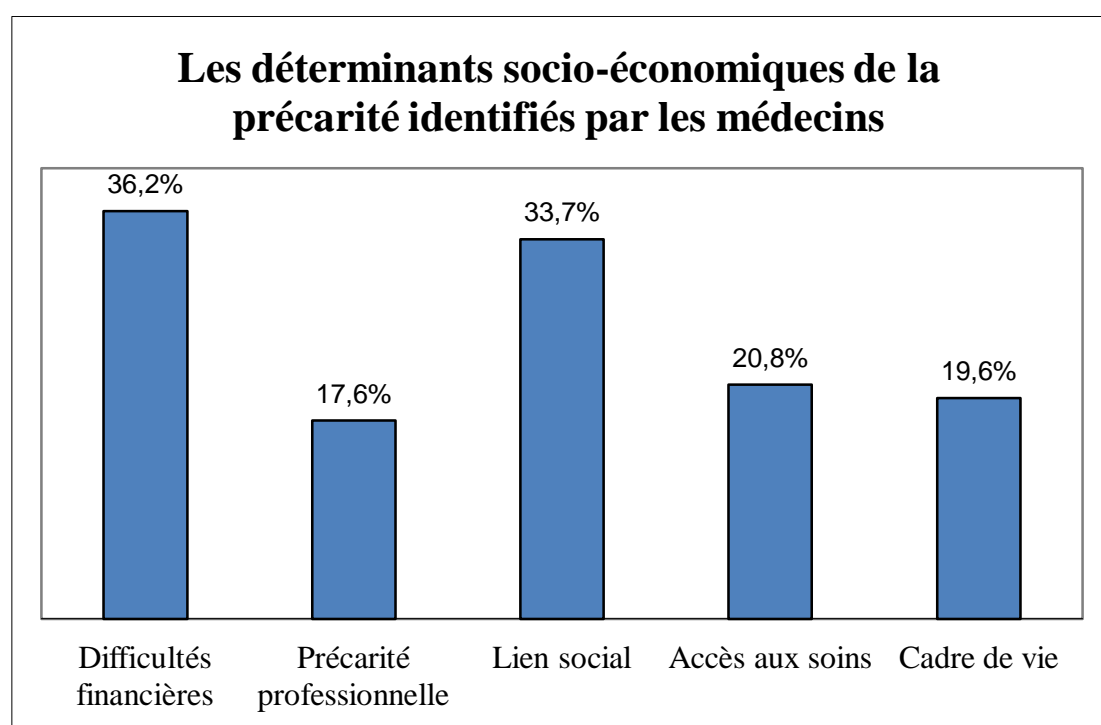


Nous décrirons successivement les termes des médecins qui font référence aux différents déterminants de la précarité, les difficultés de prise en charge, le volet bio médical de la santé des patients et les particularités des patients. Enfin, nous présenterons les représentations et ressentis des médecins qui peuvent influencer la relation médecin-patient.

a) La situation économique et sociale

Les deux principaux déterminants de précarité évoqués chacun par plus d'un tiers des médecins concernent **les difficultés financières (36,2%)** et la **notion du lien social (33,7%)**. Les trois suivants sont évoqués par près d'un cinquième, il s'agit de **l'accès aux soins (20,8%)**, **le cadre de vie (19,6%)** et **la précarité professionnelle (17,6%)**.

Tableau 12



Les difficultés financières

Elles sont exprimées par 36,2% des médecins, à travers 156 termes.

La plupart des termes cités (85) font état de la situation de pauvreté, tandis que 71 autres en évoquent les causes : le manque d'argent (46 termes) et les revenus insuffisants (25 termes).

La notion de **pauvreté** est évoquée essentiellement sous ce terme mais également derrière quelques autres termes comme : « *besoins primaires* » ; « *indigence* » ; « *misère* », « *faim* ».

Le **manque d'argent** est évoqué essentiellement à travers les « *difficultés financières* » (25 fois) ou l'« *argent* » (13 fois), et de façon plus indirecte à travers les termes : « *besoins* » (3 fois), « *socio-économique* » (3 fois), « *crédit* » (1 fois), « *insolvabilité* » (1 fois).

Les **revenus insuffisants** sont pointés **25** fois, comme tels (16 fois) ou en évoquant des prestations sociales comme le « *RMI* » (8 fois) ou la « *retraite* » (1 fois).

Le lien social

33,7% des médecins évoquent le lien social pour caractériser la précarité, à travers 166 termes.

L'aspect tangible de la précarité le plus rapporté est l'**isolement**, puisque **26,4%** des médecins le formulent. L'« *isolement* » est cité **111** fois, dont quelques fois associé à une catégorie de personnes comme « *personnes âgées isolées* » (4 fois), « *mères ou femmes isolées* » (3 fois), « *migrants isolés* » (2 fois) ou à travers les termes « *abandon* » (6 fois), « *rejet* » (1 fois).

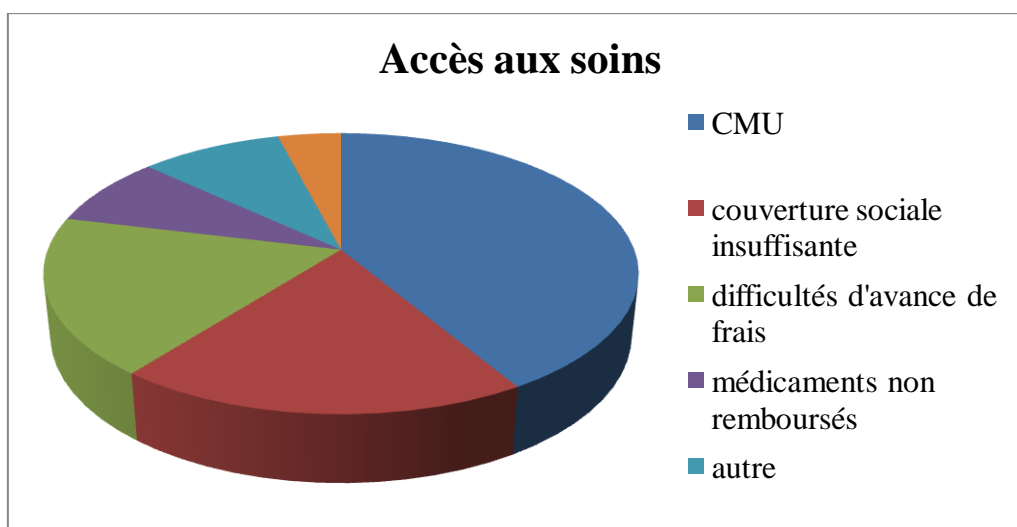
12% des médecins évoquent la grande précarité par le phénomène de **désocialisation**, à travers **55** items. On le retrouve en ces termes (6 fois) ou à travers les termes suivants : « *Désinsertion* » (14), « *SDF* » (8 fois), « *exclusion* » (5 fois), « *marginalisation* » (4 fois), « *non intégration* » (3 fois), « *sans repère* » (3 fois), « *inadaptation* » (2 fois), « *déchéance* » (2 fois), « *misère sociale* » (2 fois), « *asocial* » (1 fois), « *déstructuration* » (1 fois), « *abandon social* » (1 fois), « *dissolution du lien social* » (1 fois).

Les difficultés d'accès aux soins

20,8% des médecins évoquent l'accès aux soins, à travers 99 termes.

La majorité de ces termes (**3/5**) concernent des **difficultés d'accès aux soins**, tandis que l'autre part (**2/5**) est consacrée à la **CMU**.

Tableau 13



La **couverture sociale** caractérise la précarité pour **14.8%** des médecins.

60 termes y font référence.

2/3 de ces termes évoquent la Couverture Maladie Universelle, tandis qu'un tiers des termes évoquent l'absence ou insuffisance de couverture sociale (en ces termes, 14 fois ; « *au-dessus du seuil CMU* », 2 fois; « *méconnaissance de leur droit* », 2 fois et « *non assurés* », 1 fois).

Ainsi, **10,3%** des médecins font référence à la « **CMU** » pour caractériser la précarité.

39 items font explicitement référence à l'accès aux soins. 9 médecins le citent comme tel. Les difficultés d'avance de frais sont mentionnées 26 fois ; elles concernent les honoraires (18 fois) et particulièrement l'accès aux consultations spécialisées avec dépassement d'honoraire, et les médicaments non remboursés (8 fois). Les difficultés de transports sont rapportées 4 fois.

La précarité professionnelle

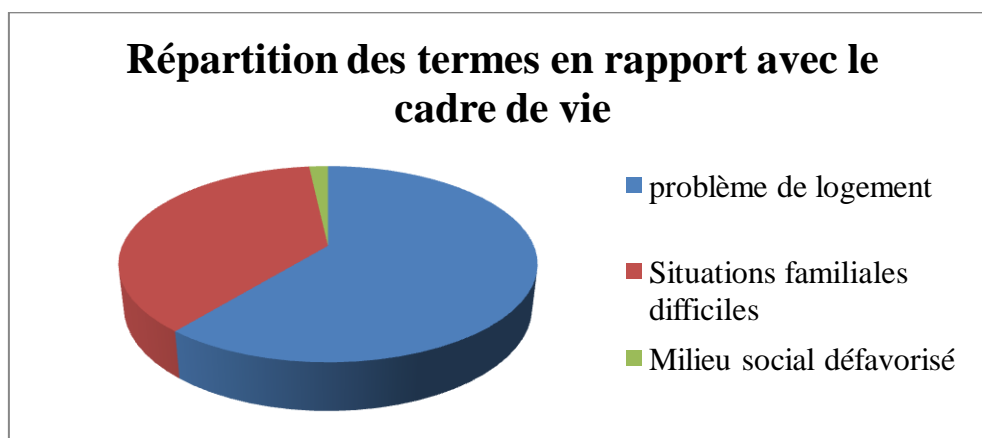
19,6% des médecins associent la précarité à la précarité professionnelle à travers 95 termes.

Elle est exprimée à travers **75** termes par les mots « *chômage* » (**54 fois**), « *RMI* » (8 fois), « *sans emploi* » (7 fois), « *travail* » (3 fois), « *temps partiel* » (1fois), « *CDD* » (1fois), « *conditions de travail* » (1 fois).

Le cadre de vie

17,6% caractérisent la précarité par l'environnement de leurs patients précaires.

Tableau 14



Les **problèmes de logement** sont évoqués **49** fois par **12,3%** des médecins. 13 médecins rapportent des situations de grande précarité, précarité pluridimensionnelle (à travers les « *SDF* », cités 8 fois) ou précarité de l'habitat avec l'« *absence de logement* » (cité 5 fois) et 36 médecins font état du caractère inhospitalier des logements de leurs patients précaires. On retrouve les termes suivants : « *problèmes de logement* » (17 fois), « *insalubrité* » (13 fois) et de façon ponctuelle : « *promiscuité* », « *lieux d'habitation étriqués* ».

3 médecins décrivent de façon neutre le cadre du logement, citons : « *HLM* », « *logement social* », « *quartier* ».

7% des médecins évoquent des **situations familiales** à travers **30** termes parmi lesquels la monoparentalité est citée 12 fois. On retrouve également les « *familles nombreuses* » (citées 6 fois, dont 1 fois « *fertilité* »), la notion de rupture familiale (citée 4 fois), et de façon ponctuelle « *famille "tuyau de poêle"* », « *milieu familial* », « *femmes isolées* », « *illégitimité* », « *grossesses précoces* », « *difficultés familiales* ».

Les notions de « *multiplicité des problèmes personnels et sociaux* » et « *parcours personnel difficile* » témoignent de situations sociales et familiales difficiles.

18 termes traduisent un **milieu social** défavorisé. 9 médecins évoquent comme telles des « *difficultés sociales* ». Le « *milieu défavorisé* » est cité 2 fois, et « *Emmaüs* », « *assistante sociale* », « *accident de la vie* », « *modes de vie* », « *maltraitance sociale* » sont cités ponctuellement.

En d'autres termes : les profils de patients précaires

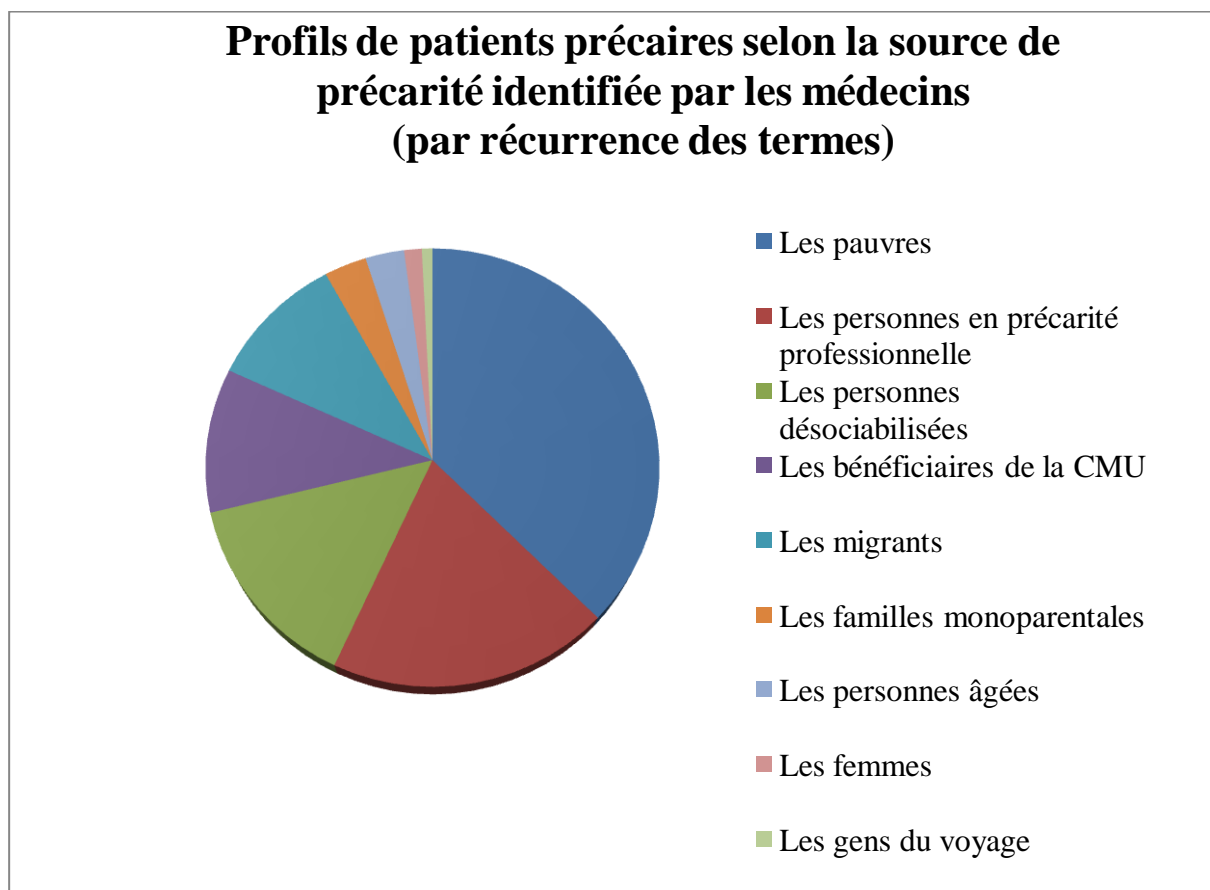
Les médecins font référence à des catégories de personnes relevant selon eux d'une situation de précarité.

Ils ne désignent comme telles que les « *migrants* », les « *SDF* », « les *personnes âgées* » et les « *jeunes* », mais ils caractérisent d'autres groupes par leur situation socio-économique. Nous ne pouvons juger du caractère stigmatisant ou non des « groupes » évoqués par les médecins.

Ainsi :

- Les pauvres sont mentionnés par 36% des médecins à travers les termes indiquant le manque d'argent ;
- Les personnes en précarité professionnelle par 17,6% des médecins (à travers 75 termes) ;
- Les personnes en grande précarité (désociabilisées) par 12% des médecins (à travers 55 termes) ;
- Les bénéficiaires de la CMU 41 fois par 9,9 % des médecins ;
- Les migrants 39 fois soit 10,3% des médecins ;
- Les familles monoparentales 12 fois, dont 2 fois en ciblant les femmes isolées ;
- Les personnes âgées 11 fois, soit 3% des médecins ;
- Les jeunes 5 fois, soit 1,2% des médecins ;
- Les gens du voyage 3 fois, soit 0,75% des médecins ;

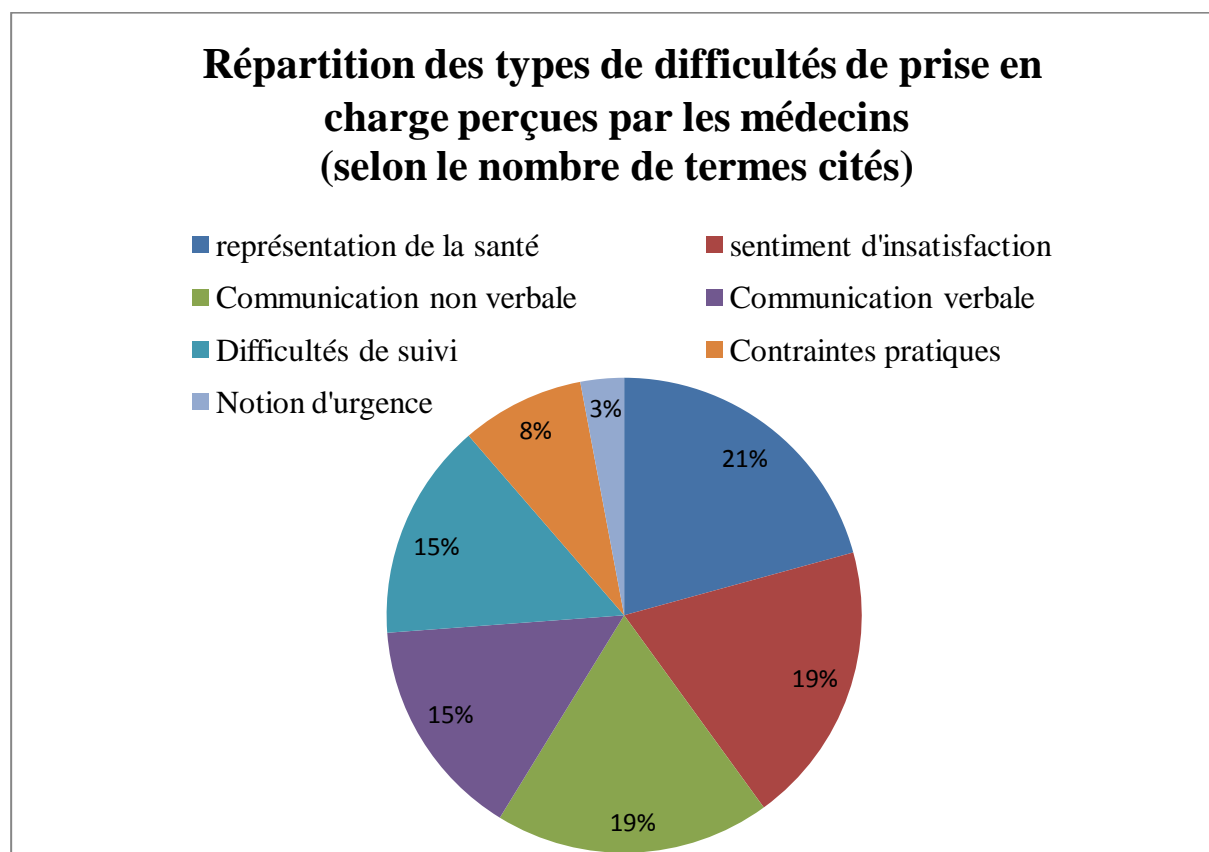
Tableau 15



Citons un médecin (Q.150) qui exprime sa perception de la précarité en écrivant : « *pas de politiquement correct, des mots vrais* », « *voulez-vous parler des pauvres, des chômeurs, des émigrés, des étrangers, des alcooliques ?- ne sont-ils pas tous précaires ?* »

b) Les difficultés de prise en charge

Tableau 16



Les difficultés de communication

La sphère de la relation médecin-patient est abordée explicitement par 29,6% des médecins. Ne sont inclus dans ce pourcentage que les médecins ayant rapporté des dimensions caractérisant les modes de communication ou certaines attitudes des patients ou des médecins, caractérisant explicitement la relation.

27,4% des médecins expriment des difficultés de communication évoquées par 137 items.

Parmi ces items, **les difficultés de communication verbale** sont citées 61 fois sous les termes : « *barrière de la langue* » (33 fois), « *difficultés de communication* » (17 fois),

« *difficultés de compréhension* » (8 fois), « *difficultés d'expression* » (2 fois), « *dialogue* » (1 fois).

Les **difficultés de communication non verbales** sont évoquées 33 fois sous les termes « *barrière culturelle* » (11 fois), « *pudeur* » (11 fois), « *honte* » (3 fois), « *mépris* » (1 fois), « *tabous* » (1 fois), « *maladresse* » (1 fois), « *peur* » (1 fois), « *scrupule* » (1 fois).

28 termes font référence à des **comportements relationnels** des patients, citons : « *exigence* » (11 fois), « *agressivité* » (9 fois), « *comportement inconvenant* » (5 fois), « *indiscipline* ».

L'« *incompréhension* » est rapportée 14 fois, et un médecin note « *idées préconçues* ».

Aspects positifs de la relation

25 termes positifs exprimés par 4,7% des médecins se rapportent à la relation médecin-patient.

16 termes traduisent une attitude empathique du médecin face aux patients en précarité.

Cette attitude se traduit en ces termes : « *accompagnement* » (4 fois), « *disponibilité* » (2 fois), « *confiance* » (2 fois), « *générosité* » (2 fois), « *vigilance* », « *explications* », « *accueil* », « *compréhension* », « *empathie* », « *observateur* », « *solidarité* », « *écoute* ».

2 termes plus neutres évoquent simplement la relation comme « *confiance* » (2 fois) ou « *relationnel* » (2 fois).

2 médecins notent la « *reconnaissance* », et l'un d'eux (Q. 355) exerçant en ZUS avec une grande expérience de la précarité ajoute « *gentillesse* » et « *considération* ».

La représentation de la santé

Occupant une place prégnante dans les difficultés de suivi, la problématique de la **représentation de la santé** est exprimée par **18,1%** des médecins, à travers 84 termes. Elle concerne la place qu'occupe la santé dans la hiérarchisation des besoins de chacun (sans préjuger d'une norme, ni de la raison pour laquelle elle occupe cette place). Nous avons estimé que la prévention (52 termes), les situations d'urgence (12 termes), ou le « *retard de consultation* » se rapportaient à cette notion.

20 médecins l'identifient très explicitement à travers les termes « *retard de prise en charge* » (9 fois), « *objectifs différents* » (2 fois), « *difficulté à se soigner* », « *désinvestissement de santé* », « *la santé n'est pas une priorité* », « *priorités différentes médecin-patients* », « *négligence de soins* », « *non demande* », « *priorisation des soins* », « *absence de soins* », « *retard* ».

La notion d'urgence

La notion d'**urgence** est exprimée à travers 12 termes pouvant évoquer la situation sociale comme l'état de santé. Les termes d'« *urgence* » (7 fois), « *situations d'urgence* » et « *alerte* » semblent plutôt évoquer l'urgence sociale, tandis que « *risque vital* », « *risque* » et « *danger* » ont été considérés comme pathologies lourdes.

Les difficultés de suivi

Des **difficultés de suivi** sont identifiées comme telles par **13,3%** des médecins.

Elles apparaissent à travers **60** items qui incluent les difficultés de suivi à proprement parler (41 fois), les difficultés de compliance (13 fois) et la question des traitements (6 fois).

Les médecins expriment en ces termes (24 fois) les « *difficultés de suivi* ». Le « *vagabondage médical* » est cité 8 fois, le « *suivi médical aléatoire* » 2 fois. Les autres termes cités ponctuellement sont les suivants : « *absence de suivi* », « *manque de suivi* » ; « *prise en charge médicale impossible* », « *prise en charge* », « *difficultés de prise en charge* » ; « *difficulté* » ; « *difficulté de s'inscrire dans une relation longue* ».

13 termes font référence aux difficultés de compliance. (« *difficultés de compliance* », 11 fois, « *non observance examens complémentaires* » 1 fois, « *inobservance* » 1 fois).

Le « *traitement* » est cité comme tel 3 fois et 1 fois à travers les items « *erreur de prise de médicaments* », « *limite traitement* » et « *prise en charge thérapeutique* ».

Le sentiment d'insatisfaction du médecin

80 termes traduisent une pénibilité exprimée par **16 %** des médecins, à travers les termes : « *difficile* » (26 fois), « *incompréhension* » (14 fois), « *impuissance* » (6 fois), « *manque de moyens* » (3), « *inefficacité* » (2 fois), « *lassitude* » (2 fois), « *désarroi* » (2 fois), « *questions* » (2), « *usure* », « *stress* », « *contraintes* », « *travail ingrat* » « *désœuvrement* », « *rend incompetent* », « *frustrante* », « *révoltante* », « *complexe* », « *dérangeante* ».

8 items décrivent le manque de formation ou d'information. 5 évoquent le lien avec les l'environnement médico-social « *exercice isolé* », « *manque de coordination avec structures médico-sociales* », « *pluridisciplinarité* », « *méconnaissance des conditions de vie* ».

Les contraintes propres aux consultations

8% des médecins rapportent des contraintes de consultation qu'ils associent à la précarité de

leurs patients.

Le **temps à consacrer**, rapporté par **7%** des médecins (28 fois), est la contrainte principale identifiée. Il est évoqué explicitement sous les termes « *manque de temps* » (5 fois) « *chronophage* » (3 fois), « *perte de temps* » ou de façon plus indirecte avec les « *difficultés administratives* » (7 fois), la notion de « *dossier* » ou les « *motifs de consultations multiples* » (2 fois), « *perte d'autonomie* » (1 fois), « *nécessité d'accompagnement* », « *hiérarchisation des problèmes* ». Quelques autres contraintes citées isolément relèvent pour les médecins de comportements des patients, comme le « *nombre de patients pour une consultation* », les « *horaires* », ou les « *consultations plus fréquentes* » (2 fois).

Les consultations gratuites ont été citées 6 fois, semblant représenter une contrainte (« *gratuité* » 5 fois, « *insolvabilité* » 1 fois).

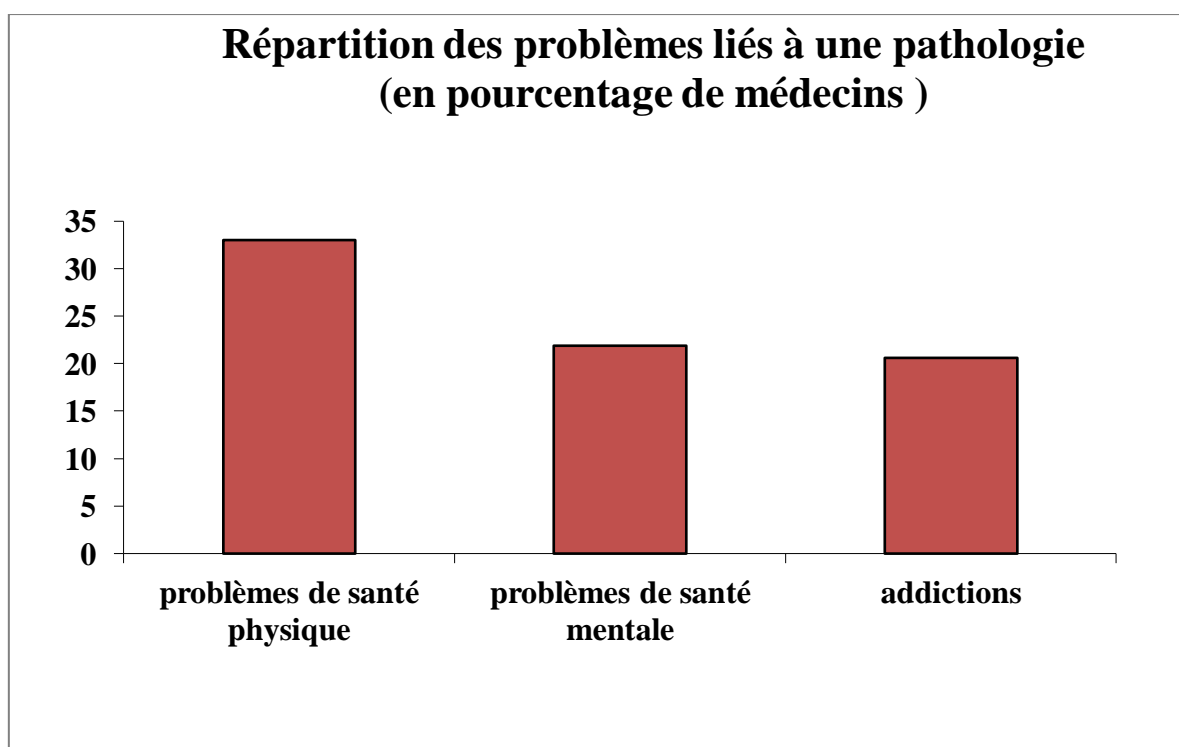
Un médecin note « *fiscalité énorme* », un autre « *charges* ».

c) Volet médical de la prise en charge

Ce chapitre est consacré aux problèmes pouvant constituer des motifs de consultations, relevant de la compétence propre du médecin.

33,4% des médecins rapportent des termes qui se rapportent à l'état de santé physique des patients. Des problèmes de santé mentale sont rapportés par 21,8% des médecins et 20,6% citent des addictions.

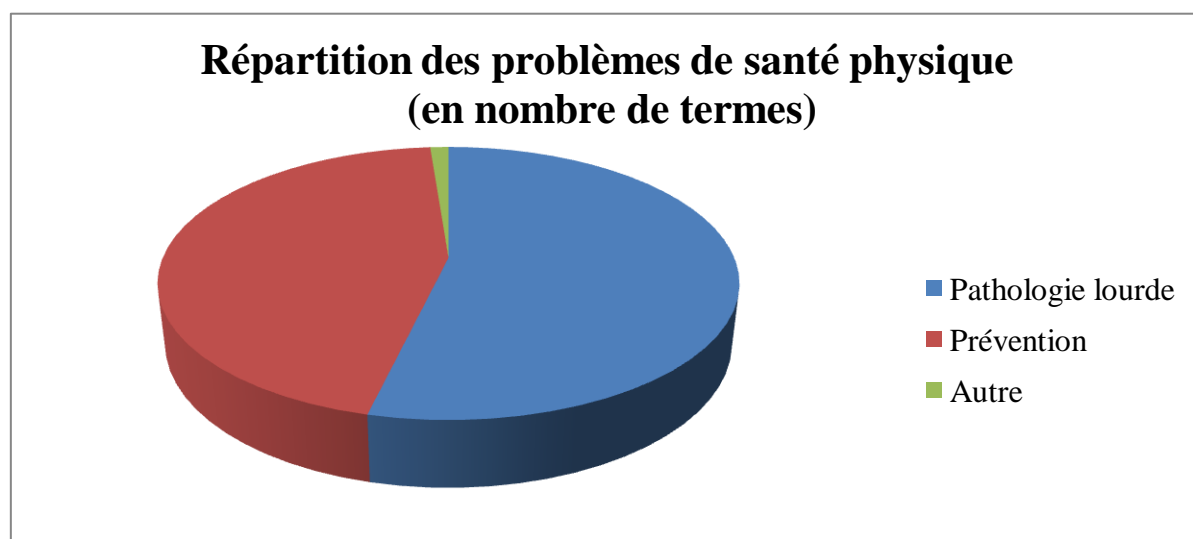
Tableau 16



L'état de santé physique

133 termes sont rattachés à la santé physique. Ces termes font état d'un mauvais état de santé, du caractère évolué des pathologies rencontrées (cf. chapitre suivant), du domaine de la prévention avec notamment des problèmes d'alimentation ou de quelques autres problèmes spécifiques.

Tableau 17



Pathologie lourde et mauvaise santé

14,6 % des médecins rapportent à travers **62** termes un état de mauvaise santé accentué par un caractère de gravité ou par des complications.

40 items correspondent à de la **pathologie lourde**, avec les termes : « *polyopathologies* » (15 fois), « *handicap* » (7 fois), « *pathologies lourdes* » (4 fois), « *pathologies évoluées* » (3 fois), « *misère physiologique* » (2 fois), et ponctuellement « *antécédents* », « *décès prématuré* », « *gravité* », « *surinfections* », « *complications* », « *chronique* », « *risque vital* », « *danger* », « *risque* ».

Nous avons identifié 22 termes comme faisant allusion à un **mauvais état de santé** : « *maladie* » (13 fois), « *mauvaise santé* » (6 fois), « *santé* » (3 fois).

La prévention

52 items correspondent à des domaines de prévention, au sens de la prévention primaire.

Les **problèmes d'alimentation évoqués 39 fois** (9,5% des médecins) constituent le problème de santé physique le plus cité. Les généralistes l'évoquent, à travers 39 termes. Citons par exemple : « *éducation diététique* », « *féculeux à tous les repas* », « *malnutrition* », « *qualité alimentaire* ». Ces problèmes d'alimentation correspondent ponctuellement à une « *sous-alimentation* ». L'« *état bucco-dentaire* » est mentionné 5 fois, alors que la question de contraception apparaît 2 fois à travers les termes « *avortements* » ou « *grossesses précoces* ». La « *prévention* » ou « *mauvaise prévention* » est citée 5 fois en ces termes et un seul médecin cible la vaccination.

Autres pathologies

19 termes correspondent à des **pathologies spécifiques autres** ; il s'agit de l'« *obésité* » citée 6 fois et des « *infections cutanées et respiratoires* » citées 2 fois. L'état de « *fatigue* » est exprimé 2 fois. Nous retrouvons ponctuellement « *pathologies spécifiques* », « *maladie psychosomatique* », « *faim* », « *pédiatrie* », « *mobilité réduite* ».

Le problème multifactoriel de la maltraitance est évoqué 4 fois.

Les problèmes de santé mentale

Des problèmes de santé mentale sont évoqués par **21,6 %** des médecins à travers 120 termes. Ils regroupent les pathologies psychiatriques et la souffrance psychologique allant des troubles psychologiques à la pathologie du mal-être. 78 termes traduisent cette souffrance psychologique.

Troubles psychologiques

42 termes évoquent des troubles psychologiques pouvant constituer un motif de consultation médicale : « *détresse* » (12 fois), « *souffrance morale* », (7 fois), « *troubles psychologiques* » (5 fois), « *tristesse* » (5 fois), « *douleur* » (2 fois), « *souffrance* » (2 fois), « *burn-out* », « *fatigue* » ou « *fatigabilité* », « *maladie psychosomatique* ».

Pathologie du mal-être

36 termes renvoient plutôt à des états évoquant un mal-être: « *vulnérabilité* » (10 fois), « *stress* » (4 fois), « *mal-être* » (3 fois), « *honte* » (3 fois), « *repli sur soi* » (3 fois), « *ennui* » (2 fois), « *désespoir* » (2 fois), « *insécurité* » (2 fois), « *humiliations* » (2 fois), « *peine* », « *hyper émotif* », « *culpabilité* », « *culpabilisation* », « *malheur* ».

Le volet psychologique des prises en charge apparaît également à travers des termes décrits

dans d'autres chapitres concernant les comportements des patients, et particulièrement le mode de projection (« *incapacité de s'en sortir* », « *incertitude* », « *instabilité* », « *démotivation* », « *pessimisme* », « *découragement* », « *difficulté de s'inscrire dans une relation longue* »).

Au total, 89 termes correspondent à des particularités psychiques des patients.

La pathologie psychiatrique

42 termes concernent la pathologie psychiatrique, avec majoritairement la « *dépression* » citée 21 fois, l'« *anxiété* » (9 fois), l'« *angoisse* » (5 fois) et les « *troubles anxio-dépressifs* » (1 fois) ; on retrouve également les « *troubles psychiatriques* » en général (4 fois) et les patients sous « *tutelle* » (2 fois).

Les addictions

Au croisement entre les problèmes de santé physique et mentale, **20,6%** des médecins citent les addictions pour caractériser la précarité. Parmi les 103 termes relevés, on retrouve 41 fois les « *addictions* » en général, et plus précisément la « *toxicomanie* » (26 fois), l'« *alcool* », (26 fois), le « *tabac* » (8 fois), et de façon anecdotique, « *benzodiazépines* » et « *troubles alimentaires* ».

d) Particularités des patients

Le défaut d'hygiène

20,9% des médecins retiennent des **problèmes d'hygiène**, incluant l'« *insalubrité* » des logements.

87 mots sont en rapport avec la présentation des personnes, avec essentiellement le défaut d'hygiène mentionné 74 fois, l'« *odeur* » en particulier est évoquée 2 fois, et de façon anecdotique « *pied* » que nous avons inféré comme entrant dans cette catégorie. Concernant la présentation globale, on retrouve : « *négligence* » (7 fois), « *évidente* », « *apparence physique et vestimentaire* », « *déchéance physique* ».

Des comportements ou attitudes de patients

14,3% des médecins associent la précarité à des **comportements perçus négativement**.

83 termes illustrent ces comportements ou attitudes.

Parmi ces derniers, 28 ont un lien assez direct avec la relation médecin-patient, rappelons « *exigence* » (11 fois), « *agressivité* » (9 fois), « *comportement inconvenant* » (5 fois), « *indiscipline* » (3 fois), « *idées préconçues* », « *n'en fait qu'à sa tête* ».

7,8% des médecins soulèvent la problématique du manque de projection. Elle est plutôt

représentée dans le sens d'une difficulté pour le patient.

Lorsqu'il se révèle à travers une attitude du patient, ce manque de projection est exprimé par les 21 termes suivants: « *instabilité* » (7 fois), « *manque d'organisation* », (2 fois), « *incapacité de s'en sortir* », (2 fois), « *démotivation* » (2 fois), « *incertitude* », (2 fois), « *gaspillage* », « *inconstance dans l'effort* », « *absence de projet* », « *pessimisme* », « *découragement* », « *difficulté de s'inscrire dans une relation* ».

La notion de difficulté à se projeter est souvent rattachée comme ici au rapport des patients à leur environnement et à leur parcours personnel; elle s'inscrit parfois aussi dans la relation au médecin et aux soins (cf. chapitre *difficultés de suivi*).

19 termes se rattachent plus à la vision que les médecins ont des attitudes du patient face à son environnement social, comme les termes « *détachement* » (3 fois), « *attente* » (2 fois), « *assistanat* » (2 fois), « *attentisme* » (2 fois), « *envie* », « *irresponsabilité* » (2 fois), « *responsabilité* », « *paresse* », « *oisiveté* », « *recherche de bénéfices sociaux* », « *notion que tout leur est dû* », « *fanatisme* ».

Quelques comportements cités sont propres au **cadre de la consultation** comme « *horaires* » (3 fois), « *consultation plus fréquentes* » (2 fois), « *nombre de patients pour une consultation* », « *retard* », « *absence aux RDV* ».

Le faible niveau culturel et intellectuel

14% des médecins associent à la précarité la notion de faible niveau culturel et intellectuel.

60 items évoquent le niveau intellectuel et l'éducation. L'« **analphabétisme** » est mentionné 19 fois. **Le faible niveau d'éducation** est évoqué 28 fois à travers les termes suivants : « *faible niveau d'éducation* » (11 fois) ; « *difficultés de compréhension* » (8 fois) ; « *scolarité difficile* » (1 fois) ; « *difficultés d'expression verbale* » (2 fois). **Le faible niveau culturel et intellectuel** apparaît à travers 13 termes dont : « *faible niveau intellectuel* » (11 fois), « *télévision* » (1 fois), « *famille tuyau de poêle* » (1 fois).

Enfin, 12 médecins qualifient la précarité de « *rare* » ou « *marginale* » dans leur exercice. 9 médecins la considèrent comme « *fréquente* », « *quotidienne* », « *en augmentation* » ou « *exponentielle* ». Ont été cités isolément les termes suivants qui échappent à notre analyse : « *remplacement* », « *multisectorielle* », « *subjective* », « *vacances* », « *précarité* ».

La question spécifique des migrants

19% des médecins mentionnent une problématique liée au statut de migrant pour caractériser

la précarité.

Les migrants perçus comme précaires

9,5% des médecins (soit 38) associent à la précarité un public de patients issus de l'immigration. Ils citent les migrants en ces termes (28 fois) ou avec les mots « *migrants récents* », « *étrangers* », « *immigration* », les « *immigrants* », « *transplantation (émigrés)* », ils mentionnent également les « *sans-papiers* » ou « *clandestins* » (10 fois), et les « *gens du voyage* » (3 fois).

La barrière linguistique

La barrière de la langue caractérise la précarité pour 8% des médecins (soit 33).

La barrière culturelle

3,2% des médecins évoquent la barrière culturelle pour caractériser les conséquences de la précarité pour leur exercice. Elle est évoquée à travers les termes « *transculturel* », « *culture* », « *origine* », « *diversité* », « *croyances* ».

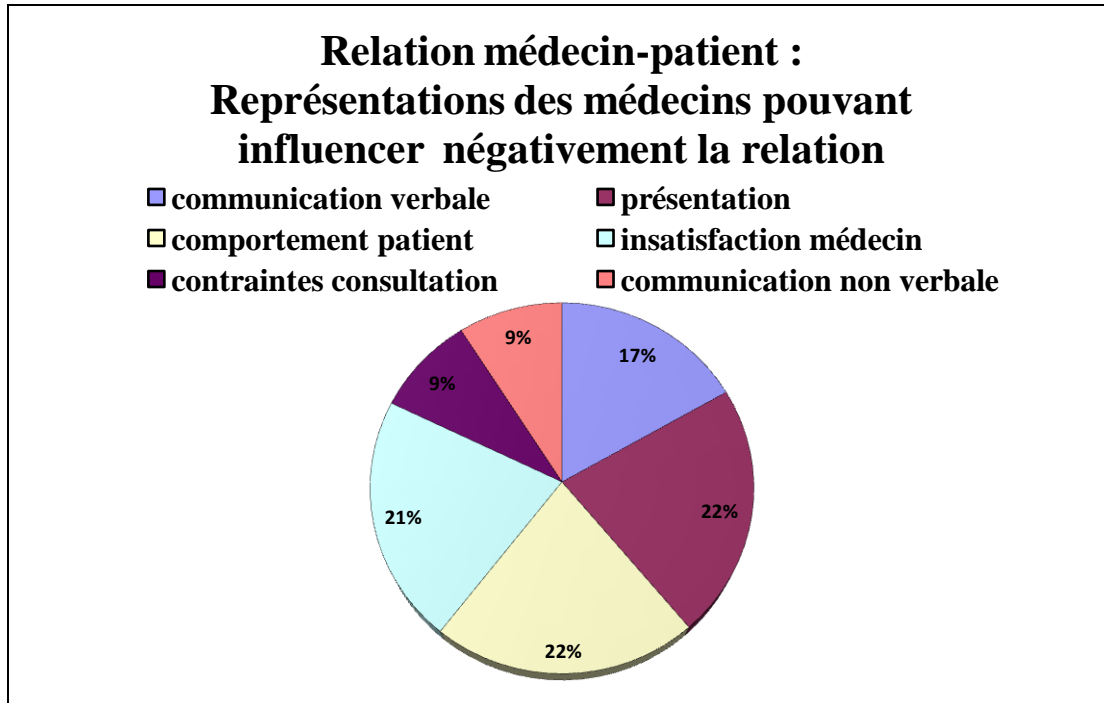
e) La relation médecin-patient

Nous avons réalisé une estimation de la proportion de médecins exprimant des représentations pouvant influencer négativement la relation médecin-patient.

Les catégories de termes qui ont été retenues comme pouvant avoir une influence négative sont les suivantes : les contraintes de consultation ; le sentiment d'insatisfaction pour le médecin ; les comportements négatifs des patients ; les difficultés de communication verbale et non verbale et les problèmes de présentation. Nous n'avons pas inclus les particularités des patients, les descriptions de situation sociales, ni les autres difficultés de suivi.

Ainsi, au moins 52% des médecins rapportent des représentations négatives ou des difficultés qu'ils rencontrent dans la prise en charge de leurs patients précaires.

Tableau 18



4. Nombre de patients précaires et migrants précaires par semaine

Les pourcentages suivants sont rapportés aux 361 médecins ayant répondu à la question car 37 ne renseignent pas cet item.

Les médecins estiment voir en moyenne 6,3 patients en situation de précarité par semaine, avec un maximum de 100 pour 1 médecin. A noter que près de 10% des médecins (39) déclarent n'en voir aucun.

Le pourcentage moyen de patients en situation de précarité estimé par les médecins dans leurs patientèles est donc de 5,5%.

28,5% des médecins estiment être confrontés quotidiennement à la précarité (plus de 6 patients par semaine).

40,7% estiment voir de 2 à 5 patients précaires par semaine.

30,7% des médecins estiment ne voir aucun ou 1 seul patient précaire par semaine.

12,5% des médecins estiment voir beaucoup de patients précaires (plus de 15 par semaine).

Le nombre hebdomadaire moyen de patients précaires issus de l'immigration est estimé à 2,6, avec un maximum de 90, estimé par le même médecin que celui qui déclare voir en moyenne 100 patients précaires par semaine. La part de patients issus de l'immigration en situation de précarité dans les patientèles serait alors de 2,3%. Selon que les médecins ont inclus ou pas les patients migrants dans les précaires, les migrants représentent entre 29,5% et 41% des patients précaires estimés être vus en consultation.

Nombre de patients précaires vu en consultation par semaine

Tableau 19

	N	%/moy	ET*	médiane	Q1	Q3	min	max
Combien de patients en situation de précarité par semaine ?	361	6,3	10,0	3,0	1,0	8,0	0,0	100,0
Combien de patients issus de l'immigration ?	357	2,6	6,5	1,0	0,0	2,0	0,0	90,0

Sur ce point, il n'existe **pas de différence statistiquement significative entre les 6 grandes zones du département.**

Cependant, nous constatons une tendance selon laquelle les zones 1 et 6 (Longwy et Lunéville) sont celles où les médecins déclarent voir en moyenne le plus de patients précaires par semaine (respectivement en nombre de patients 8,1 et 7,8 vs 3,8 (zone 5, val de lorraine), 5,1 (zone 3, Terre de lorraine), 5,2 (zone 2, Briey) et 6,7 pour les médecins nancéiens (zone 4).

Le nombre moyen de patients précaires ne diffère pas selon la classe d'âge des médecins ($p=0,1860$).

L'âge moyen des médecins qui déclarent ne voir aucun patients précaires par semaine (52,1 avec un écart type=9,8) est significativement plus élevé de celui des autres médecins (48,4 avec un écart type=8,5), ($p=0,01$).

L'âge moyen des médecins qui déclarent voir au moins 15 patients précaires par semaine (47,2 avec un écart type=7,6) ne diffère pas significativement de celui des autres médecins (49,1 avec un écart type=8,8), ($p=0,17$).

5. Les difficultés ressenties

a) Pourcentage de médecins déclarant des difficultés

88,2% (351/398) des médecins de Meurthe-et-Moselle rapportent sur l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) s'être déjà sentis en difficulté dans la prise en charge d'un patient précaire.

Parmi les 47 qui, sur l'EVA, ne se sont pas déclarés en difficulté:

- 19 n'ont pas répondu à la question.

Parmi ceux-ci : 9 n'ont pas précisé s'ils voyaient des précaires ; 6 ont déclaré voir des précaires et 4 ont déclaré ne pas en voir.

- 28 ont déclaré un niveau de difficulté nul.

Parmi ceux-ci : 3 n'ont pas précisé s'ils voyaient des précaires ; 10 ont déclaré voir des précaires et 15 ont rapporté ne pas en voir.

Nous remarquons que parmi les médecins n'ayant pas indiqué de difficulté à l'EVA, les 6 qui ont déclaré voir des précaires ont cependant, à la question suivante, coché plusieurs situations difficiles à la question suivante. Parmi les 10 qui ont déclaré voir des précaires et avoir un niveau de difficulté nul : 3 ont ainsi coché au moins une situation difficile et 7 ne signalent effectivement aucune situation difficile.

Au total :

Ce sont 92,5% (368/398) des médecins qui ont déclaré un niveau de difficulté supérieur à zéro ou au moins une situation difficile rencontrée avec des patients précaires, soit :

351 ont déclaré un niveau de difficulté supérieur à 0.

10 médecins n'ayant pas répondu à la question de l'EVA ont coché des difficultés.

7 médecins ayant répondu «0» à l'EVA.

Parmi les 30 médecins (7,5%) ne déclarant aucune difficulté, 17 médecins (4,5%) disent ne pas voir de patients précaires. Seuls 7 voient des précaires et 6 ne précisent pas s'ils en voient ou non.

Ainsi seuls 3% (13/398) des médecins disent ne pas rencontrer de difficulté dans leur suivi de patients précaires.

b) Niveau de difficulté ressenti à l'EVA

Sur l'Echelle Visuelle Analogique allant de 0 (jamais) à 10 (systématiquement), **le niveau de difficulté moyen exprimé par les médecins est de 4 /10.**

Parmi les 39 médecins déclarant ne voir aucun patient précaire, si 15 déclarent ne ressentir aucune difficulté et 4 ne répondent pas, 20 évaluent leur niveau de difficulté entre 0,8/10 et 10/10 parmi lesquels 7 au-dessus de la moyenne des médecins ...

Certaines variables testées influent sur le niveau de difficulté ressenti par les médecins :

C'est le cas du genre : **les femmes se sentent plus en difficulté que les hommes** : 4,42/10 vs 3,8/10, respectivement (p=0,0327).

De même, **les médecins exerçant en zones urbaines expriment un niveau de difficulté**

supérieur à leurs confrères des zones rurales et semi-rurales: 4,28/10 vs 3,7/10, respectivement ($p=0,0433$).

En fonction de l'âge, il existe une différence globale ($p=0,0125$), avec **une difficulté déclarée d'autant plus importante que les médecins sont plus jeunes**. Si l'on compare les classes d'âge deux à deux, avec des tests « protégés », on observe que seules les classes d'âge 1 (moins de 45 ans) et 3 (plus de 55 ans) diffèrent significativement pour l'EVA moyenne (4,35 vs 3,31, respectivement), avec toujours une difficulté plus grande déclarée par les plus jeunes médecins.

Par contre, **il n'existe pas de différence significative entre les médecins des six zones de Meurthe-et-Moselle**.

Aucune corrélation n'est trouvée ($r=0,07$) entre le nombre de patients précaires et le niveau de difficulté ressenti.

c) Situations pour lesquelles les médecins déclarent s'être déjà sentis en difficulté

Les statistiques suivantes sont rapportées aux 383 médecins ayant répondu à cette question.

La **difficulté principale, signalée par 66,1% de ces médecins réside dans l'impossibilité d'avance de frais** par le patient face à la nécessité de médicaments et/ou d'exams complémentaires.

Les **difficultés de communication interviennent pour 54,8%** des médecins.

Notons que les médecins rapportant cette difficulté voient plus de patients migrants précaires (en moyenne 1,7) que ceux ne mentionnant pas cette difficulté ($p= 0.0197$).

Les autres difficultés, d'ordre médical, sont représentées de la sorte :

- **l'éducation hygiéno-diététique** pour **58,2%** des médecins ;
- **le suivi des pathologies chroniques** pour **49,6%** des médecins ;
- le suivi bucco-dentaire pour 47,4% des médecins ;
- le suivi des troubles de l'humeur et autres pathologies psychiatriques pour 42% des médecins ;
- l'identification de troubles du comportement pour 38,9% des médecins ;
- le repérage de la maltraitance et son signalement pour 22,8% des médecins ;
- le dépistage individuel de cancers pour 17,2% des médecins ;
- le suivi de grossesse pour 14,4% des médecins ;
- le dépistage du VIH, hépatites et autres IST pour 12% des médecins ;
- l'identification de troubles sensoriels pour 9,1% des médecins ;
- le dépistage et diagnostic de la tuberculose pour 8,9% des médecins ;

- enfin, de façon plus anecdotique le dépistage du saturnisme et intoxication au CO pour seulement 3,1% des médecins.

Les autres difficultés, exprimées ouvertement par les médecins font référence à des dimensions de la précarité recueillies sous la forme de mots-clés, à travers les dimensions suivantes.

Ainsi, les médecins rapportent des **difficultés de suivi**, parmi lesquelles sont pointées la notion de « *nomadisme médical* » et le poids d'une représentation spécifique de la santé de la part de certains patients. Les médecins rapportent leur difficulté à solliciter le traitement de pathologies autres que les pathologies aiguës, ou des attentes des patients par rapport à l'offre du médecin. Ces différences de représentations entre patients et médecins peuvent participer à des **difficultés de communication**, renforcées par ailleurs selon eux par la barrière culturelle. Un médecin cite le cas particulier de la barrière de la langue comme obstacle à la prise en charge des patients diabétiques.

Sont également rapportées des difficultés de compréhension ou d'expression de leurs troubles par les patients ou des difficultés de perception par le médecin des doléances des patients.

Un médecin pointe comme difficulté « *un manque de confiance (des patients précaires) vis-à-vis du système* ».

Certains comportements irrespectueux de patients constituent une difficulté, par exemple des comportements agressifs ou le non-respect du cadre de consultation et des rendez-vous. Dans le registre de l'éducation des patients, un médecin fait part de la difficulté des soins infirmiers à domicile « *quand on ne sait pas se lever le matin* », et un autre évoque l'« *éducation des enfants pas toujours au top* ».

Le manque d'hygiène apparaît comme un frein à un examen clinique de qualité.

La question de l'accès aux soins sous l'angle financier, est soulevée à travers la difficulté d'accès aux spécialistes en secteur 2, ou à travers les problèmes de transports pour accéder aux examens complémentaires. Les cas particuliers des patients juste au-dessus du seuil de droit à la CMU ou sans couverture sociale sont rapportés également.

Les « *problèmes médico-sociaux* » sont compliqués par les démarches administratives qu'ils génèrent ou le relais difficile à établir avec les services sociaux. Une carence de ces derniers et des politiques sociales, et le manque d'efficacité des assistantes sociales sont parfois évoqués par les médecins.

Quelques situations apparaissent à l'occasion de l'expression libre de difficultés : il s'agit de la prise en charge des patients toxicomanes, de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse.

Les carences alimentaires, souvent évoquées comme caractéristiques de la précarité, sont également identifiées comme difficulté. Enfin, un médecin signale la difficulté du suivi ophtalmologique, sans en préciser les raisons.

d) Les situations de prévention

Certaines situations spécifiquement de prévention sont retenues comme difficiles.

L'éducation hygiéno-diététique est pointée sous cet angle par 62% des médecins.

Les autres situations fréquemment retenues sont la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaires et la vaccination et son suivi par environ 2 médecins sur 5 (respectivement 41,9% et 40,1%), tandis que la contraception et sa délivrance l'est dans une moindre mesure par 19,3% et la protection contre les IST par 16,9% des médecins.

La plupart des commentaires libres font allusion à des situations déjà évoquées, même si elles ne le sont pas forcément sous l'angle de la prévention. Ainsi, nous retrouvons la prévention bucco-dentaire, la prévention de la maltraitance, le dépistage de la tuberculose et du VIH, et le suivi de maladies chroniques telles que le diabète. La difficulté de prévention des addictions est signalée à plusieurs reprises. Certains médecins évoquent le dépistage des troubles psychiatriques ciblés tels que les démences ou le handicap mental léger.

Citées ponctuellement, les campagnes de dépistages organisés de cancers, et le traitement des parasitoses cutanées viennent compléter le panel des situations envisagées. Plus singulière, la prise en charge d'une maladie orpheline a été évoquée par un médecin. Un autre médecin rapporte s'être déjà senti en difficulté face aux pathologies spécifiques des migrants tels que le paludisme, l'amibiase ou la drépanocytose.

Le « *niveau administratif* » et l'absence de connaissance de relais pour la « *prise en charge médico-sociale en urgence* » ont été rapportés une fois.

Plutôt qu'un domaine de prévention source de difficulté, des médecins ont exprimé les sources de leurs difficultés ; ils observent des difficultés financières d'accès aux soins de prévention : « *les patients sans mutuelle n'ont pas accès aux examens complémentaires, pas au dépistage ni à la surveillance* », « *l'arrêt de tout traitement pour problème financier en cas de couverture sociale non à jour* », « *impossibilité d'avance de frais* », « *les autres priorités, problèmes d'accès au kiné, au dentiste, à l'IDE (Infirmière Diplômée d'Etat) en l'absence d'AME ou CMU* », « *incompatibilité entre conseils diététiques et les possibilités financières, et de même pour la contraception* », ou encore « *demande de prise en charge financière* » ou « *pharmacie* ».

Prévention et précarité apparaissent antinomiques aux yeux de certains médecins qui pensent qu' « *il n'est pas question de prévention mais de risque vital* », ou que « *la prévention n'est pas une priorité du migrant en situation précaire !* » ou encore que les patients risquent de « *se sentir agressés par des conseils* ». Probablement en lien avec cette notion de priorisation, un médecin écrit : « *pas de difficulté mais échec possible* ».

Nous avons testé certaines variables, que nous supposions pouvoir influencer la nature et/ou la perception des difficultés par les médecins.

e) Difficultés rencontrées selon le genre

Les femmes médecins sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes médecins à déclarer ressentir des difficultés dans les situations suivantes :

- la contraception et sa délivrance : 29,5% vs 14,4%, respectivement ($p=0,0005$) ;
- la prise en charge des facteurs de risques cardio-vasculaires : 53,7% vs 36,3%, respectivement ($p=0,014$) ;
- l'impossibilité d'avance de frais par le patient devant la nécessité de médicaments et/ou d'examens complémentaires : 76,4% vs 61,2%, respectivement ($p=0,0032$) ;
- les difficultés de communication : 63,9% vs 50,4%, respectivement ($p=0,0134$).

Aucune situation ne semble générer significativement plus de difficulté pour les hommes que pour les femmes.

f) Difficultés selon la variable installation urbaine/non urbaine

Une plus grande proportion de médecins exerçant en zone urbaine exprime sa difficulté pour les situations suivantes :

- difficultés de communication : 69,9% vs 39,6%, respectivement ($p<0,0001$) ;
- suivi bucco-dentaire : 53,4% vs 40,6%, respectivement ($p=0,0130$) ;
- identification de troubles du comportement : 44,6% vs 32,6%, respectivement ($p=0,0169$) ;
- éducation hygiéno-diététique : 67,2% vs 57,1%, respectivement ($p=0,0430$).

g) Difficultés selon la zone du département (Z1 à Z6) (cf Première Partie – Carte 2)

Les deux situations pour lesquelles des différences significatives ont été identifiées selon la zone d'exercice sont :

- difficultés de communication ($p<0,0001$) : les médecins se déclarent en difficultés pour 66,8% en zone 4 (Nancy et couronne) et 55,6% en Z1(Longwy), alors que leurs confrères des Z2(Briey) et Z6 (Lunévillois) ne s'y déclarent respectivement qu'à 25% et 37,2% - cette

difficulté est identifiée comme telle par 48,7% des médecins en Z5 (Val de lorraine) et 40% en Z3 (Terres de lorraine) ;

- vaccination et son suivi sont d'avantage retenus comme difficiles par les médecins de la Z6 (Lunéville) que par ceux des autres zones et particulièrement les Z2 (Briey) et Z3 (Terres de lorraines) : 60% vs 21,7% et 27,3%, respectivement ($p=0,01666$).

h) Difficultés selon l'âge

Venant appuyer le constat selon lequel les médecins les plus jeunes (moins de 45 ans) disent se sentir plus en difficulté que leurs confrères plus âgés, nous retrouvons cette tendance parmi les situations désignées comme difficiles.

Cette tendance est confirmée statistiquement pour les situations suivantes :

- prise en charge des facteurs de risques cardio-vasculaires : 30,6 % des plus de 55 ans vs 48,2 % des moins de 45 ans et 44,3% des 45-55 ans, ($p=0,0252$) ;
- question de la contraception et de sa délivrance : 10,2 % des plus de 55 ans vs 22,3 % des moins de 45 ans et 22,5% des 45-55 ans, ($p=0,0306$) ;
- dépistage organisé des cancers : 12 % des plus de 55 ans vs 21,4 % des moins de 45 ans, et 25 % des 45-55 ans.

Parallèlement, les plus jeunes médecins (moins de 45 ans) se déclarent plus en difficulté que leurs aînés face aux situations suivantes :

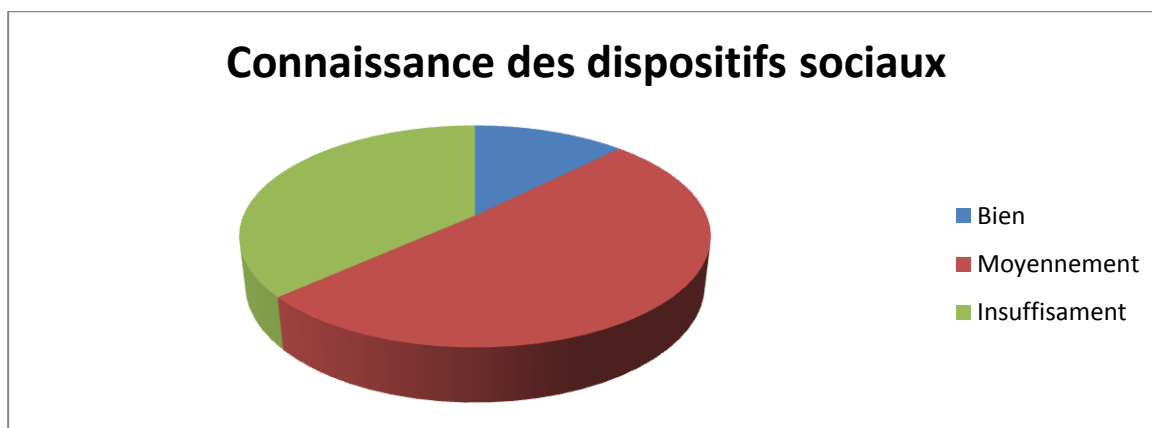
- impossibilité d'avance de frais par le patient devant la nécessité de médicaments et/ou d'exams complémentaires : 81,3% des moins de 45 ans vs 53,5% des plus de 55 ans et 63,4% des 45-55 ans ($p<0,0001$) ;
- difficultés de communication : 71,4 % des moins de 45 ans vs 45,9 % des 45-55 ans et 51,5% des plus de 55 ans ($p=0,0001$).

6. Connaissance des ressources du territoire

a) Auto évaluation des connaissances

87,5% des médecins (337/385) déclarent connaître moyennement (50,9%) ou insuffisamment (36,6%) les dispositifs sociaux de leur territoire. 12,5% disent bien les connaître.

Tableau 20



En termes de fréquence, 48,5% des médecins estiment être parfois en contact avec ces dispositifs, tandis que 43,5% estiment n'avoir de contact qu'exceptionnellement ou jamais (respectivement 31,3% et 12,2 %). 8% estiment être souvent en contact avec les structures sociales.

Tableau 21



En ce qui concerne la connaissance des dispositifs, il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes, ni entre les médecins exerçant en zone urbaine et ceux exerçant en zone rurale.

En revanche, **les jeunes médecins (moins de 45 ans) sont ceux qui disent connaître le moins bien les dispositifs de leur secteur** ($p=0,0135$). Ainsi, 48,2% indiquent connaître insuffisamment les dispositifs de leur secteur tandis que leurs aînés sont moins nombreux à déclarer une insuffisance de connaissance des dispositifs : 30,7% chez les 45-55 ans et 32,6% chez les plus de 55 ans.

Dans le même sens, seuls 6,3% des moins de 45 ans pensent bien connaître les dispositifs, contre 16,3 des 45-55 ans et 12,9% des plus de 55 ans.

Ainsi, **les médecins de la tranche d'âge des 45-55 ans qui semblent connaître le mieux les dispositifs sociaux de leur secteur sont également ceux qui déclarent être en contact avec ceux-ci fréquemment** ($p=0,0142$). Ainsi 11,2% indiquent être souvent en contact vs 2,7% des moins de 45 ans et 8,8% des plus de 55 ans.

Les plus jeunes sont ceux qui se disent le moins en contact avec les dispositifs puisque 52,7% déclarent y être exceptionnellement ou jamais vs 37,2% des 45-55 ans et 44,1% des plus de 55 ans.

Les médecins de plus de 55 ans sont les plus nombreux à indiquer n'être jamais en contact avec les dispositifs sociaux : 17,6% vs 9,9% et 10,7%, (pour les médecins de moins de 45 ans et de la tranche 45-55 ans, respectivement).

Il n'existe pas de différence significative entre les médecins qui exercent en zone urbaine et ceux qui exercent en zone rurale.

b) Les raisons invoquées pour expliquer la rareté des contacts

Parmi les 168 médecins qui ne sont qu'exceptionnellement ou jamais en contact avec les structures sociales existantes, 146 médecins proposent différentes explications et 22 ne précisent pas pourquoi.

La principale raison donnée par 42,5% des médecins (n=62) est la mauvaise connaissance des structures.

31% des médecins (n=45) invoquent l'absence de nécessité d'y recourir en raison de la faible proportion ou de l'absence de patients précaires vus en consultation.

Des difficultés de communication avec les services sociaux sont rapportées par 13,7% des médecins (n=20). Elles sont liées à un manque de liaison, à une disponibilité insuffisante en termes d'horaires, à une mauvaise réactivité ou à des réponses apportées non satisfaisantes.

11 médecins ayant peu de contact estiment qu'il n'est pas de leur ressort de prendre en considération les problèmes d'ordre social, ou de contacter les services concernés.

6 médecins invoquent le manque de temps.

Enfin, 3 médecins rapportent le refus des patients, un dit s'en référer à l'assistante sociale en cas de besoin et 1 explique que la « *solidarité de voisinage* » assure la fonction sociale en milieu rural.

c) Analyse des structures

Nous avons demandé aux médecins de citer la ou les structures relais qu'ils avaient déjà sollicitées pour des patients précaires en général, et pour les migrants en particulier.

Si seuls 12,2% des médecins ont déclaré n'être jamais en contact avec des structures relais, près d'un tiers (30%) n'ont cité aucune structure.

Plus de deux tiers des médecins (68%) ont cité au moins une structure orientée vers les patients précaires, et 31% une structure adaptée au cas particulier des migrants (primo-arrivants, en l'occurrence).

Les médecins sollicitent en moyenne 1,8 structure, chiffre qui s'élève à 2,5 au sein des 70% de médecins qui proposent au moins une réponse.

Parmi les 725 intitulés de structures cités, 126 structures différentes ont été identifiées, que nous avons classées selon leurs modes d'organisation ou le type de service qu'elles proposent.

En ce qui concerne leurs patients précaires, les médecins semblent solliciter majoritairement des structures sociales puisque 56 % en nomment au moins une à laquelle ils ont déjà fait appel, tandis que les structures médico-sociales généralistes sont citées par 24% et les structures médicales spécialisées le sont par 8,5% des médecins.

Tous types de structures ou interlocuteurs confondus, les assistantes sociales représentent le principal relai sollicité par les médecins.

1) Les relais du secteur social

L'assistante sociale

L'**assistante sociale** a été citée par 35,9% des médecins. Certains précisent le cadre d'exercice de cette dernière; ainsi 30 médecins citent l'« *assistante sociale de secteur* » ou « *assistante sociale de quartier* » (respectivement 23 et 7 fois), 12 évoquent l'« *assistante sociale CPAM* », 10 médecins citent « *l'assistante sociale de mairie* », enfin, « *l'assistante sociale de l'hôpital* » est citée 3 fois, « *l'assistante sociale de la sécu* » 1 fois et « *l'assistante sociale de l'ARS* » 1 fois.

Autres structures sociales

Hormis les assistantes sociales, les médecins sollicitent les autres structures sociales de la façon suivante :

- Les **services sociaux de la mairie** sont sollicités par **24%** des médecins. Le Centre Communal d'Action Sociale « **CCAS** » ou le « *service social de la commune* » est sollicité par 15,3% des médecins. 9,8% citent la « **mairie** » comme telle.

- L'association Accueil et Réinsertion Sociale « **ARS** » n'est nommée que 13 fois, mais 9,8% des médecins en connaissent les services et indiquent contacter le « *PAU* » (7 médecins), le « *I15* » (6 médecins), le « *foyer Pierre Vivier* » (5 médecins), le « *foyer Camille Mathis* » (3 médecins), le « *foyer Grand Sauvoy* » (2 médecins), et de façon ponctuelle « *AS foyer ARS Pierre Vivier* », « *AS ARS* », « *foyer d'hébergement d'urgence* », « *foyer Sonacotra* », « *CHRS* ».

- Des **foyers d'hébergement** sont évoqués par **30 médecins** (7,5%). Hormis les foyers de l'ARS évoqués ci-dessus, les « *foyers d'hébergement* » sans distinction sont indiqués comme tels 5 fois. L'association ADOMA, ou le Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA) qui en dépend apparaissent 4 fois, et quelques autres foyers accueillant un public ciblé sont cités une fois : « *Le Nid* » (accueil de mères isolées), « *foyer Lemire* », « *CEFR* » (accueil de français rapatriés), l'association « *ALASA* » (foyer d'hébergement pour hommes et femmes seules, actuellement fusionnée dans « *Regard 54* », avec le *Gîte familial* et la *Florale*).

- Des **associations** sont citées par 7% des médecins. **Les plus représentées sont les associations caritatives d'assistance** suivantes : la « *Croix Rouge* » (4 fois), le « *Secours Catholique* » (4 fois), « *ATD Quart Monde* » (2 fois), « *Les Restos du Cœur* » (2 fois).

Les autres associations ne sont mentionnées qu'une fois, citons cependant : « *MSF* » (Médecins sans frontières), « *Secours Populaire* », « *EMMAÛS* », « *Solidarités Nationales et Internationales* », « *SERMO* » (association d'action éducative).

Diverses associations de soutien constituent des relais potentiels dans des situations précises ; chacune d'elles est évoquée une fois, rapportons : « *3919 Femmes Battues* », « *Relais-Femmes* », « *Association de Défense des Droits de l'Homme* », « *Association ANNE* », « *Association Les Gens du Voyage* », « *Association Turque d'Entraide* », « *Afrique Multiculturelle* », « *Amitiés Tsiganes* ».

- 5 médecins nomment des services à vocation sociale du **Conseil Général** : 3 fois l' « *Aide Sociale à l'Enfance* » (ASE), 2 fois la « *Cellule Enfance Maltraitée* » (CEMA).
- La « *Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales* » (DDASS) est citée 4 fois.

2) *Les structures de soins gratuits*

Les médecins mentionnent les correspondants qu'ils sollicitent en cas d'insuffisance ou d'absence de couverture sociale des patients. Il s'agit des **dispositifs pluridisciplinaires de soins gratuits** suivants :

- **7,3%** des médecins (soit 29) rapportent avoir déjà sollicité l'**Unité Médico-Sociale du CHU** (UMS). Elle est nommée en ces termes : « *Hôpital Central (Espace Lionnois)* », « *Centre Lionnois* », « *Espace Lionnois* », « *Service de Médecine Sociale CHRU* », « *Service de soins gratuits à Lionnois* », « *Service des migrants* », « *UMS* », « *Unité de médecine d'accueil des migrants Hôpital Central* », « *Unité Médico-sociale* », « *Consultation CHU* », « *Consultation de médecine sociale (Lionnois)* »
- 22 médecins (soit 5,5%) rapportent avoir déjà sollicité l'association « *Médecins du Monde* ».
- La PASS de Lunéville est mentionnée par 1 médecin, ainsi que les spécialistes faisant des actes gratuits.

En maillage de fond du tissu médico-social local identifié par les médecins, nous retrouvons les **structures médico-sociales publiques** (Conseil Général) et les **structures hospitalières**, représentées de la sorte :

- la Protection Maternelle et Infantile (PMI) est citée par 23 médecins (soit 5,8%) ;
- les Centres Médico-Sociaux (CMS) sont mentionnés par 16 médecins ;
- le Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) par 7 médecins ;
- le Centre de Médecine Préventive est cité 3 fois et le médecin scolaire est cité 1 fois.

3) *Les services hospitaliers*

L'hôpital représente un relais puisqu'il est cité en ces termes ou à travers les « *Urgences* » par 5,8% des médecins. A ces 5,8% s'ajoutent les médecins faisant référence à des services spécialisés.

Parmi les antennes hospitalières pluridisciplinaires et services spécialisés, nous retrouvons par ordre de fréquence :

- Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) sont cités 17 fois soit par 4,2% des médecins.

Concernant la prise en charge psychologique et/ou psychiatrique, quelques médecins font également appel au Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) pour 5 d'entre eux, et au service de psychiatrie pour 4 d'entre eux. Un médecin cite l' « *Unité d'Accueil et d'Urgence Psychiatrique* » (UAUP).

- Les « *Territoires d'Action Médico-Sociale* » (TAMS) sont évoqués comme relais par 4 médecins.

- L'Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes de Nancy (« *UFATT* ») a été nommée par 10 médecins (2,5%), tandis que le centre de soins spécialisé pour toxicomanes de Villerupt (« *TANDEM* ») est évoqué par 2 médecins.

- Pour le sevrage alcoolique, 4 médecins indiquent comme contact relais le service de médecine L du CHU. Un médecin fait mention du « *réseau Alcool Tabac* », un autre de l'association « *alcooliques anonymes* ».

- Le Centre de Lutte Anti Tuberculose (« *CLAT* ») serait contacté par 4 médecins.

- Une dizaine de diverses autres structures sont évoquées de façon ponctuelle, telles que la « *maternité* », l' « *Unité de Consultation et de Soins ambulatoires* » (UCSA), la « *diététicienne* », la « *consultation pour sourds et muets* », la « *maison du diabète* », le « *Centre Alexis Vautrin* » (CAV), « *l'institut dentaire* ».

4) *L'aide à la personne*

Concernant le domaine de l'aide à la personne, différents services ont été référencés par des médecins :

- le « *réseau gérontologique Gérard Cuny* » apparaît 15 fois ;

- les « *PAIS/CLIC* » (les Points Accueil Information Service / Centre Local d'Information et de Coordination) sont mentionnés 9 fois ;

- l' « *ADAPA* » (Association Départementale d'Aide aux Personnes Agées) 8 fois ;

- l' « *ADMR* » (Aide à Domicile en Milieu Rural) 6 fois ;

- le « *réseau Lu* » (réseau gérontologique sur le Lunévillois) 3 fois ;

- un médecin cite les « *Maisons Départementales des Personnes Handicapées* » (MDPH).

5) *Les services de soins à domicile*

Dirigés vers le même public, au croisement entre domicile et hôpital, ils constituent un relai, mentionné par 6 médecins : l' « *HAD* » (Hospitalisation A Domicile), le « *SSIAD* » (soins infirmiers à domicile). Un médecin fait référence plus spécifiquement au réseau « *Trait d'Union* » (réseau Lorrain de soins palliatifs à domicile).

6) Les administrations

Les administrations citées sont la « CPAM » (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) par 21 médecins, dont 12 par le biais de l'assistante sociale. La « Sécurité Sociale » est mentionnée par 3 médecins, la « CAF » (Caisse d'Allocations Familiales) par 2 médecins, et le « service médical de la Préfecture », « les consulats », la « COTOREP » (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel) et la « CRAM » (Caisse Régionale d'Assurance Maladie) sont cités une seule fois.

Enfin, le cadre juridique représente un relai pour 10 médecins qui font parfois appel aux « tutelles » pour 6 d'entre eux, et de façon isolée à la « police », au « Parquet », à la « Maison de la Justice et du Droit » et au « Juge des Enfants ».

d) Structures relais spécifiques pour les patients migrants précaires

Au vu du caractère singulier des réponses obtenues sur ce point, il ne nous a pas semblé pertinent d'analyser sur un mode statistique les réponses concernant les structures spécifiques pour les migrants.

La lecture des réponses a mis en évidence des biais qui compromettraient trop le sens des résultats : les structures relais sont souvent énoncées dans la première colonne, sans distinction entre les structures particulièrement adaptées aux primo-arrivants et les autres. Dans d'autres questionnaires, les structures citées figurent dans la première colonne et la mention « *idem* » est notée dans la colonne réservée aux patients migrants.

Ainsi, nous présenterons une synthèse transversale des structures citées, qui proposent des services plus spécifiquement dirigés vers les primo-arrivants :

- La structure la plus citée est l'UMS (par 7,3% des médecins). Notons que 5,8% l'ont indiquée dans la rubrique réservée aux migrants.
- L'association Médecins du Monde est référencée ici 12 fois, dont 9 uniquement pour les migrants, mais elle est citée par ailleurs par 13 médecins. Elle est donc citée au total par 22 médecins (5,5%).
- L'analyse verticale placerait le CCAS au second rang des structures contactées pour des patients migrants, mais l'on peut observer que dans 10 cas sur 15 cités, cette structure apparaît en répétition stricte (« *idem* ») de la colonne générale précédente. Sur 61 médecins la citant comme structure relais, seuls 5 l'ont inscrite expressément (mais non exclusivement) comme contact concernant leurs patients migrants précaires.
- Les autres structures les plus citées dans la colonne « structures pour les migrants » sont l'hôpital et la mairie (respectivement 12 et 10 fois). Le CMS, les urgences et la PMI sont

cités 5 fois chacune ; la croix rouge, les services sociaux, le planning, la CPAM sont cités 3 fois et enfin le CG et les tutelles 2 fois.

- Plus spécifiques des publics en grande précarité, dont les primo-arrivants, nous retrouvons l'association ARS, citée ici 6 fois (dont 2 fois en désignant le PAU et 2 fois le 115) mais au service de laquelle près de 10% des médecins déclarent avoir déjà fait appel. Les foyers d'hébergement et plus précisément le CADA AUDA sont également cités 2 fois, mais ont par ailleurs été répertoriés comme relai par 30 médecins.

Les 25 autres organismes cités ici de façon isolée, ont été présentés précédemment. Il s'agit autant d'associations très ciblées (« *Amitiés Tsiganes, Relais Femmes, Association de Gens du Voyage* », etc.) que de structures sociales, médicales, médico-sociales ou administratives, pas forcément spécifiques aux patients précaires migrants (« *consulats* », « *UFATT* », « *préfecture* », « *maternité* », « *spécialistes faisant des actes gratuits* »).

7. Formation

a) Deux tiers des médecins intéressés

66,2% des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle seraient intéressés par une formation à la prise en charge des patients précaires.

Les médecins qui déclarent porter un intérêt à cette formation sont en moyenne significativement plus jeunes que ceux qui déclarent ne pas être intéressés (respectivement 46,9 et 51,9 ans, $p < 0,0001$).

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à déclarer être intéressées par la formation ($p < 0,0001$).

Il n'y a pas de différence de répartition de la zone d'exercice entre ceux qui déclarent être intéressés par la formation et ceux qui déclarent ne pas l'être ($p = 0,1177$).

Parmi les différents supports de formation suggérés, la majorité des médecins préfèrent les documents papiers (53,9%), tandis que 42,2% favoriseraient des sites internet.

Des réunions pluridisciplinaires et formations présentiels retiennent l'intérêt de respectivement 32,8% et 26,6%.

Les formations à distance ne semblent adaptées qu'à une minorité de médecins puisque seuls

7,4% les ont retenues.

Quelques autres supports sont suggérés : « DVD » ; « réunions pluridisciplinaires » ; « vidéo » ; « plan d'accès et matériel pédagogique traduits dans les langues immigrées » ; « FMC » ; « EPU fait pour ça! ».

b) Les thèmes de formation

109 médecins ont proposé des thèmes qu'ils souhaiteraient voir abordés à l'occasion de ces formations. Les statistiques suivantes sont à rapporter à ces 109 médecins.

Parmi les médecins proposant des thèmes, 45% souhaiteraient une meilleure connaissance des structures sociales, 29% des droits des patients et 21% des modalités de prise en charge des migrants.

L'approche pluridisciplinaire

45% des médecins (n=49) suggèrent une formation concernant la prise en charge pluridisciplinaire des patients, soit 12,3% des 398 médecins répondants.

Parmi ces médecins, 35,8% (n=39) sont demandeurs de formation concernant les structures relais, soit 9,8% des 398 médecins.

Proposant des outils d'information plutôt que des thèmes de formation, un tiers des répondants évoquent des supports répertoriant les structures sociales et leurs missions.

10% des médecins (n=11) souhaiteraient des clés pour améliorer la coordination entre eux et les travailleurs sociaux, ils suggèrent des « interventions des différents acteurs à domicile », des « réunions pluridisciplinaire », et évoquent leur besoin de connaître les « liens entre médecine libérale et les structures existantes rapides et efficaces », etc.

Un médecin se demande : « comment travailler plus efficacement avec les travailleurs sociaux ? »

La prise en charge sociale

29,4% des médecins (n=32) sont intéressés par des formations portant sur des notions de prise en charge sociale.

Les thèmes les plus demandés dans ce domaines (24%) sont les droits des patients (et les formalités administratives permettant de les faire valoir) et les aides sociales existantes (sanitaires et financières).

D'autres thèmes sont proposés ponctuellement par 6 médecins (5%) : « absentéisme scolaire » ; « comment aider les personnes âgées isolées dans une misère sociale et matérielle » ; « fragilisation des liens sociaux et familiaux » ; « travail temps partiel et précarité » ; « comment aider les personnes âgées isolées dans une misère sociale et

matérielle » ; « *violences conjugales* ».

Un médecin fait part de son questionnement sur des moyens d’alphabétisation, un autre se demande « *comment aider ces patients qui ne font aucune démarche administrative ?* ».

Deux médecins souhaiteraient des formations sur l’éducation des enfants assurés par des professionnels de l’éducation.

La prise en charge médicale

19% des médecins (n=21) souhaiteraient bénéficier d’une formation sur la prise en charge de certaines pathologies ou sur certains points spécifiques du suivi médical.

Les thèmes les plus évoqués relèvent de la prévention et de l’éducation : « *éducation hygiéno-diététique* », « *prévention et précarité* », « *soins bucco-dentaires* ». Dans le domaine de la prévention, un médecin questionne : « *soins dentaires et ophtalmiques : quelles solutions ?* ».

5 médecins souhaitent un éclairage sur les addictions en général et plus particulièrement sur la prise en charge des toxicomanes : « *accompagnement des toxicomanes* », « *toxicomanies et IST chez les patients migrants* », et les « *effets du tabagisme* ».

Les thèmes suivants sont suggérés de façon ponctuelle : « *les IST* », « *diabète et précarité* », « *obstétrique et précarité* », « *urgences médico-sociales* », « *troubles psychiatriques et précarité* », « *place du bilan de santé dans l’intégration de la personne en situation de précarité* », « *quelles réponses médicales apporter en fonction des risques dus à la précarité* », « *les compliances au traitement et au suivi médical* », « *pédiatrie et précarité* », « *suivi des jeunes enfants et nourrissons* ».

Un médecin mentionne le cas particulier des traitements non remboursés des parasitoses cutanées.

La relation médecin-patient

12% des médecins (n=13) formulent explicitement leur questionnement concernant la communication avec leurs patients : « *comment établir la relation de confiance et d’écoute médecin-patient ?* », « *amélioration de la communication avec les patients en situation de précarité* ». Ils voudraient savoir « *comment interpeller la conscience de la santé ? (au milieu des soucis quotidiens)* », « *comment convaincre le patient d’un suivi médico-social régulier ?* », et comment envisager l’« *abord psychologique permettant de les inciter à se soigner* ».

La prise en charge des patients migrants

Alors que l'ensemble des thèmes de formation concerne les migrants au même titre que les autres publics précaires, 22% des médecins (n=24) soumettent des thèmes qui concernent spécifiquement les migrants.

Des outils d'interprétariat sont suggérés par 7 médecins (DVD proposant des règles hygiéno-diététiques en langues étrangères).

Des thèmes liés aux problèmes de santé spécifiques sont suggérés par 6 médecins (« vaccination », « bilan de santé des primo-arrivants », « les pathologies ethniques », « éducation hygiéno-diététique », « la toxicomanie et les IST chez les migrants », « dépistage des Infections Tuberculeuses Latentes (ITL) »).

Les thèmes liés aux droits des primo-arrivants sont suggérés par 5 médecins.

Les thèmes concernant les particularités culturelles sont suggérés par 5 médecins : « soins et culture », « connaissance en ethno-psychiatrie ».

La position à adopter face à la justice apparaît à 2 reprises comme thème de formation, dans le cadre du secret médical, et avec la question de la « nouvelle loi interdisant d'aider les clandestins ».

Autres thèmes

Enfin, si une majorité des médecins exprime le besoin d'outils permettant de répondre aux situations concrètes, quelques-uns semblent s'enquérir de données plus conceptuelles autour du repérage de la précarité (4 médecins), des « nouveaux visages de la précarité », ou du rôle et de la responsabilité du médecin, des droits et des devoirs de chacun dans la relation singulière complexe construite avec les patients.

3 médecins suggèrent des formations sous forme de cas cliniques.

Outre ces attentes personnelles, quelques médecins expriment des questionnements d'ordre organisationnel : « comment assumer la prise en charge d'un patient précaire au sein d'une patientèle dense ? »

8. Les propositions d'amélioration

165 médecins ont formulé des propositions afin d'améliorer la prise en charge des patients précaires dans leur exercice.

Les statistiques sont rapportées à ces 165 médecins.

Les propositions formulées concernent principalement la prise en charge pluridisciplinaire (46% des médecins), et des mesures relevant de politiques sociale et de santé (44% des médecins), et particulièrement l'accès aux soins (21%).

Nous retrouvons également quelques pistes visant à adapter le cadre de consultation aux particularités du public précaire, ainsi que des propositions pour pallier à la barrière de la langue.

a) La prise en charge pluridisciplinaire

L'intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire est mis en avant par 46% des médecins (n=76), soit 19% de l'ensemble des 398 médecins.

Un annuaire des structures sociales et leurs missions

18% des médecins (n=30) proposent un outil d'information sous forme d'un annuaire sectorisé comprenant des coordonnées téléphoniques « à jour » des différentes structures sociales, et présentant leurs missions.

Améliorer la coordination entre médecins et travailleurs sociaux

30,3% des médecins (n=50), (soit 12,6% de l'ensemble des répondants) évoquent la nécessité d'une bonne coordination avec les travailleurs sociaux face à leur besoin personnel d'améliorer la prise en charge de leurs patients.

Certains médecins font plusieurs propositions dans cette direction.

Pour ce faire, ils proposent :

- un travail en réseau (28 médecins soit 17%), avec « *plus de communication avec secteur social* », « *des réunions pluridisciplinaires* », des « *rencontres avec les interlocuteurs sociaux* », etc. ;

- des structures pluridisciplinaires ou consultations pluridisciplinaires (13 propositions)

Ainsi, 5,45% des médecins (n=9) envisagent des structures sous forme, par exemple, de « *maisons médicales avec équipes pluridisciplinaires* ».

4 médecins suggèrent des « *RDV concomitants avec les services sociaux* ».

Un médecin précise « *sans discrimination sociale* ».

- un interlocuteur unique (5 propositions) : un « *interlocuteur unique pour PEC médico-sociale* » ; un « *relai centralisé* » ; un « *correspondant unique* » ; la « *mise en place coordonnateur santé dans les quartiers* ».

- des permanences des services sociaux (7 propositions): « *correspondants structures sociales pour aides en urgence* », « *permanences téléphoniques 24/24* », « *permanence téléphonique 24/24 pour aider à régler les problèmes en temps réel* », « *permanence téléphonique+accueil personnes* », « *plus de disponibilité des services sociaux* », « *structures de proximité, réactives, liens directs* ».

Un médecin propose une « *structure médico-sociale de référence avec permanence téléphonique* ».

b) La formation

6 médecins désignent la formation comme outil d'amélioration de la connaissance des médecins généralistes. Ils proposent une « *meilleure formation sociale des médecins* » sous forme d'« *enseignement à la faculté* », d'« *EPU* », de « *formations indemnisées* ».

Quelques propositions mettent en avant l'importance d'un engagement individuel du médecin.

Sont évoqués : l'« *intérêt pour le médico-social* » ; l'« *implication dans réseaux socio-économiques* » ; « *plus de volonté des médecins malgré le temps nécessaire* ».

c) Les mesures administratives et organisationnelles dans les champs du service social et de la santé

44% des médecins ont formulé des propositions relatives aux politiques de santé et sociales.

L'axe principal visé est l'amélioration de l'accès aux soins. Les autres propositions vont dans le sens de l'adaptation des modèles de consultation actuels, de l'éducation des patients et du renforcement du suivi social.

Un meilleur accès aux soins

Des propositions concernant l'accès aux soins sont formulées par 21,2% (n=35) des médecins, soit 8,8% de l'ensemble des répondants.

Elles concernent les droits des patients et l'accès aux examens complémentaires, aux spécialistes et médicaments.

- 16% des médecins (n=26) évoquent les **droits des patients**. Ils suggèrent des mesures facilitant l'accès à la « CMU » ou à l'AME (10 propositions), avec par exemple : des « *solutions pour les patients au-dessus du seuil de droit à la CMU* », un « *accord CMU obligatoire* », de « *faciliter accès CMU ou AME* », etc.

- Une « *simplification administrative* » est suggérée par 3 médecins.

- Les propositions concernant les migrants sans droits seront rapportées dans le chapitre concerné.

- Un médecin isolé préconise « *revoir lois sociales pour éviter abus de soins des patients CMU (prescriptions pour familles au pays)* ».

- 10% des médecins (n=17) évoquent l'**accès aux spécialistes, aux consultations, aux examens complémentaires et aux traitements**. Une généralisation de la dispense d'avance de frais ou son extension aux examens coûteux est proposée par 11 médecins. Un médecin applaudit la « *grosse amélioration* » de la DAF pour les patients en ALD.

- 4 médecins proposent d'améliorer l'accès aux examens complémentaires. 3 médecins proposent de faciliter l'accès aux spécialistes et 1 la prise en charge psychologique. Enfin un meilleur accès aux médicaments est proposé par 3 médecins, en « *abrogeant les franchises médicales* », en « *arrétant les déremboursements de médicaments* ».

- La « *réduction des délais de rendez-vous* » pour les consultations spécialisées est proposée par 1 médecin.

Des adaptations du cadre de consultation

- 13 médecins proposent des mesures permettant d'adapter les consultations aux besoins des patients en précarité. 7 médecins formulent qu'il faudrait « *plus de temps* », des « *solutions adaptées au temps de consultation nécessaire* » ou « *adapter le mode exercice pour permettre de voir plus de précaires* ». 3 médecins suggèrent une « *reconnaissance du rôle du généraliste dans la PEC sociale* » ou une « *disparition du paiement à l'acte* ». Le « *paiement rapide du tiers payant* » est abordé par un médecin.

- 2 médecins qui ont proposé des structures pluridisciplinaires envisageaient un système de salariat pour les médecins. Quelques modèles de prise en charge sont envisagés pour les

patients précaires, en dehors de ceux qui mettent l'accent sur l'aspect pluridisciplinaire (cf. chapitre ci-dessus sur le sujet).

- 4 médecins proposent un outil d'amélioration du suivi, avec le « *dossier médical partagé* », un « *suivi informatique des pathologies sur la carte vitale avec le numéro du médecin traitant* » ou un « *carnet de santé au moins afin de suivre le parcours* ».

- Un médecin propose de ne « *plus voir les « ex-toxico » en libéral mais qu'ils se fassent suivre dans des structures spécialisées* », à cause de leurs comportements et conduites spécifiques.

- Une « *consultation spécialisée précaires* » est avancée par 3 médecins, tandis que 2 suggèrent une « *antenne hospitalière* ».

- Un médecin imagine un « *système tutorat par les citoyens français avec objectifs clairs* », un autre des « *réseaux de visiteurs patients* ».

Renforcement du suivi social

Un renforcement du suivi social et une amélioration des aides sociales sont envisagés comme pistes par 11 médecins.

d) Prévention et éducation des patients

L'éducation des patients est un axe envisagé par 9 médecins. Sont ciblés : l'« *éducation hygiéno-diététique* » ou « *civique* », le « *dépistage des enfants à l'école* ». Les outils proposés sont des « *hygiénistes* », des « *plaquettes d'informations et des plans d'accès aux lieux de soins ou d'éducation à la santé* ». Un médecin écrit qu'il faudrait « *plus de moyens pour l'éducation sanitaire et sociale* ».

e) Le cas particulier des migrants

De même que pour les thèmes de formation, l'ensemble des propositions s'applique entre autres aux migrants.

Politique sociale

Parmi les 34 médecins qui proposent des mesures pour faciliter d'accès aux droits, 6 ciblent plus précisément les primo-arrivants en situation irrégulière en proposant : des « *bons de gratuité dans situation irrégulière* » ; « *faciliter aide médicale gratuite* » ; « *accès soins gratuits dès prise en charge (migrants)* » ; « *RSA à tous les immigrants* » ; « *rapidité attribution CMU, AME* ».

Outils d'interprétariat

14 médecins proposent des outils d'interprétariat ou traduction.

L'intérêt des interprètes est mis en avant par 6 médecins. Des supports de traduction sont proposés, comme par exemple un lexique du vocabulaire médical en différentes langues (proposé par 4 médecins), ou des DVD en langues étrangères. Des dispositifs tels que des « *dispensaires multi langues* », l'« *accompagnement par des proches en cas de barrière de la langue* » ou l'« *apprentissage de la langue française* », « *annuaires associations migrants* » sont proposés ponctuellement.

f) Autres propositions

Enfin, des réponses à caractère plus idéologique oscillent entre revendications en matière de politique économique et généralités de nature utopiste. Citons : « *du travail pour tous* », « *un réajustement rapide APL si perte d'emploi* », « *améliorer la solvabilité des patients* », « *amélioration de l'habitat* », « *choix de société* », ou « *arrêter la marchandisation de l'Être humain !* », « *éliminer la précarité* », « *développer l'esprit de solidarité* », « *humaniser le monde* », « *prendre aux riches pour éduquer les pauvres* », « *changer la vie* » Dans un autre registre « *greffe de neurones !* ».

9. Intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire : traitement croisé des thèmes et supports de formation, et des propositions d'amélioration

(Annexe 6)

Des pistes similaires ont été évoquées dans les réponses aux questions portant sur les thèmes de formation, d'une part, et sur les propositions d'amélioration, d'autre part. Nous avons donc réalisé un traitement croisé des réponses à ces deux questions.

Il ressort qu'au total, **plus d'un quart des médecins (26,6%, soit 106/398) formulent qu'une meilleure prise en charge pluridisciplinaire améliorerait la prise en charge de leurs patients en précarité.**

13,6 % des médecins (n=54) expriment le besoin d'une meilleure coordination avec les travailleurs sociaux.

13% des médecins (n=52) soumettent l'idée d'un annuaire répertoriant les structures principales et leurs missions.

5% des médecins (n=21) suggèrent des outils d'interprétariat.

4. DISCUSSION

Nous discuterons d'abord de notre méthode, avant d'aborder les résultats.

A. MATERIEL ET METHODE

1. Matériel

Le recrutement de répondants généralisé à l'ensemble des médecins généralistes du territoire de l'étude a permis une meilleure représentativité et un plus grand nombre des réponses, et garantit ainsi une meilleure significativité des statistiques.

Dans cette seule perspective, on peut se demander si un échantillon représentatif plus restreint (sélectionné par tirage au sort) aurait rendu le même service, en limitant les délais d'exploitation des données.

Cependant, l'envoi généralisé du questionnaire a constitué une première étape de sensibilisation à la précarité dans les pratiques du médecin généraliste. Le sondage individuel généralisé a permis également à chaque médecin de se reconnaître dans les besoins établis, et de se positionner comme acteur dans les pistes d'amélioration des pratiques envisagées.

De plus, la démonstration de la généralité des difficultés ressenties permet de prétendre à la mise en œuvre de moyens afin de développer des outils d'amélioration.

2. Méthode

L'étude quantitative est adaptée aux objectifs de départ de notre étude, en nous renseignant sur les ressentis d'un groupe, défini comme entité : les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle.

Les données sont adaptées à la recherche d'amélioration d'une « pratique collective ».

Les statistiques permettent de hiérarchiser les besoins au vu des « représentations collectives », et de la « connaissance collective » de l'environnement médico-social. Elles permettent également de hiérarchiser entre elles les représentations ou les difficultés.

Il faudra garder en tête cette notion de « représentation » ou « connaissance collective » lorsqu'il s'agira de développer des outils plus particulièrement adaptés à des pratiques spécifiques.

a) Elaboration des questionnaires

La forme du questionnaire était adaptée aux contraintes des médecins comme en témoigne le taux de réponses élevé, et le remplissage satisfaisant des questionnaires.

La thèse d'Adeline AUBRY sur un sujet proche du nôtre a été soutenue à la Faculté de Médecine de Paris Descartes, le 9 mars 2011 : *Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de ville. Intérêt d'un réseau médecine de ville-PASS* (43).

Or, elle remarquait que la forme de son questionnaire, très long et comprenant un grand nombre de questions ouvertes complexes a pu décourager certains médecins d'y répondre ou de le remplir correctement. Elle a obtenu 28% de réponses (31/108), après une relance téléphonique auprès de 40 médecins ayant permis le retour de 14 questionnaires de plus que les 17 reçus (15,7%) après le simple envoi par courrier.

Notre questionnaire, construit grâce à la collaboration des différents experts, a permis d'aboutir à cette série de questions complète et adaptée, et de recueillir les données répondant aux objectifs de l'étude.

b) Le recueil des mots-clés sous forme de question ouverte

Les résultats obtenus par cette méthode ne correspondent qu'aux réponses exprimées.

Nous ne pouvons pas préjuger de la position des non répondants sur les sujets qu'ils n'ont pas abordés spontanément. Il serait faux de dire que si 27% des médecins expriment des difficultés de communication, 73% ne perçoivent pas ces difficultés. D'ailleurs, sur ce point, 55% des médecins disent rencontrer des difficultés de communication quand la question est posée explicitement.

Afin de connaître les proportions effectives de médecins partageant telle ou telle perception de la précarité, il aurait fallu les proposer sous forme de QCM.

Cependant, ce sont bien les représentations individuelles spécifiques qu'il nous intéressait de recueillir, en rapport avec leur impact sur la relation médecin-patient. On peut faire l'hypothèse que lorsqu'il n'y a pas de difficultés exprimées spontanément, la relation médecin-patient n'est pas marquée par ces représentations. Aussi, même si les résultats sont probablement numériquement inférieurs à ceux que nous aurions obtenus en évaluant la fréquence de reprise par les répondants des différentes représentations, ils sont

vraisemblablement les plus pertinents dans la perspective d'identifier celles qui peuvent influencer la relation médecin-patient.

Concernant les situations difficiles rencontrées, certains problèmes « transversaux » retrouvés à travers les mots-clés n'ont pas été évoqués comme tels parmi les réponses sur les situations difficiles. Il s'agit par exemple de l'isolement ou des pathologies évoluées. Si l'étude quantitative était isolée, nous pourrions le déplorer, mais l'étude qualitative par entretiens des médecins nous a permis de comprendre les liens entre ces problèmes et les besoins que nous avons mis à jour. Ainsi, l'importance du lien social a été abordée sous l'angle de l'intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire, et de la valorisation de la prise en charge sociale. De même, les pathologies évoluées qui reflètent un ensemble de déterminants qui participent à l'accès à la santé, sont développées dans la discussion commune aux deux études.

Notons que toutes les dimensions identifiées à travers les mots-clés, font l'objet de questions dans la suite du questionnaire.

c) La démarche de prise de contact téléphonique

Pour cette étape encore, les conseils de professionnels experts en santé publique et en épidémiologie ont constitué une plus-value considérable.

Les bénéfices de cette annonce suivie d'une relance sont réels car le pourcentage attendu de 40% a été dépassé, puisque le taux de réponses est de 46,5 %.

Le taux de réponses habituellement attendu pour ce type d'enquête se situe entre 10 et 15%, pour un envoi simple sans appel préalable ni relance.

Ainsi, les médecins installés prévenus par téléphone pour 97% d'entre eux ont plus largement répondu que les remplaçants prévenus à 55% (48% de répondants pour les médecins installés contre 36% chez les remplaçants).

Le taux de réponses obtenu par Adeline AUBRY au questionnaire confirme le bénéfice d'une annonce téléphonique. En l'absence d'annonce, elle obtient un taux de réponses de 15,7% (17/108). Ce taux est majoré à 28,7%, après relance téléphonique de 40 médecins.

Les médecins nous ont réservé un accueil souvent cordial, et quelques-uns nous ont proposé des témoignages.

Ils ont apprécié que l'on prenne le soin de les prévenir. Plusieurs d'entre eux nous ont dit que sans cet appel, notre courrier aurait été au « *classement vertical* ».

D'autres médecins n'auraient pas répondu, ne se sentant pas concernés par cette enquête. L'échange direct a permis de lever cet *a priori* et de leur faire part de l'intérêt pour nous de

recueillir tous les types d'expériences.

Nous avons ainsi probablement limité le biais d'une sélection des répondants selon l'intérêt spontané que les médecins portent ou non au sujet de l'enquête.

Certains appels ont donné lieu à de véritables entretiens téléphoniques dont la richesse a confirmé l'intérêt de l'étude qualitative à suivre. Ils ont ouvert des possibilités de rencontres intéressantes pour l'étude qualitative qui a suivi (cf. thèse d'Isabelle QUERRIOUX). Ils ont permis de programmer deux entretiens individuels de médecins et d'établir quelques contacts qui ont été utiles à la constitution des groupes pour les focus groups.

Ces appels nous ont également aidés dans notre analyse des questionnaires. En effet, les récits de certains médecins ou secrétaires nous ont permis de mieux comprendre la teneur de réponses peu explicites dans les questionnaires (sans pour autant établir des liens entre ces récits et telle ou telle réponse précise au questionnaire).

Après la relance téléphonique, le taux de réponses est passé de 40 à 46,5 %. L'arrivée régulière de réponses n'ayant pas cessé avant la relance, nous ne pouvons pas mettre en évidence de façon absolue le bénéfice de cette relance. Cependant, on peut penser que les retours se seraient taris plus tôt si elle n'avait pas eu lieu.

Les difficultés principales rencontrées dans nos annonces et relances téléphoniques ont été :

- l'absence du médecin au cabinet au moment de l'appel (visite à domicile, travail en alternance avec associés, parfois congés) ;
- le manque de temps des médecins en cours de consultation ;
- le filtre opéré par certaines secrétaires et notamment certains secrétariats à distance.

d) Les courriers

Les courriers sont rarement lus entièrement, nous aurions pu mentionner les modalités pratiques plus tôt dans le courrier.

Pour démonstration, de nombreux médecins ont affranchi leur réponse, alors que nous indiquions en fin de courrier que l'enveloppe libre réponse était fournie.

e) La méthode d'analyse des questions ouvertes

Elle a été élaborée sur un mode empirique, au fur et à mesure, en fonction des constats réalisés lors des étapes successives de l'analyse puis de l'exploitation des résultats.

Concernant le recueil des représentations sous forme de mots-clés, l'analyse a été laborieuse. Une exploitation préalable des résultats du pré-test aurait facilité cette analyse. En effet, nous n'avons utilisé le pré-test que pour nous assurer que les questionnaires étaient compréhensibles, simples à remplir et adaptés à nos objectifs, mais nous n'en avons pas exploités les résultats dans la perspective de l'analyse des questionnaires définitifs.

Nous avons interrogé les médecins sur ce qui caractérisait pour eux la précarité dans leur exercice. Nous avons alors recueilli des réponses « tous azimuts » allant de leur définition personnelle de la précarité à leur perception des patients précaires, deux registres de réponses qui ne font pas appel aux mêmes registres d'analyse.

Ainsi, afin de faciliter les classifications, nous aurions pu :

- établir au préalable les thèmes à analyser ;
- séparer la question en deux : l'une axée sur la pratique et l'autre sur la représentation des précaires ;
- faire correspondre chaque mot-clé à son numéro de questionnaire. Ainsi, lorsque nous voulions préciser le sens donné à un terme en fonction du contexte du questionnaire, nous aurions évité les manipulations entre les différents lexiques et tableaux arborisés permettant de retrouver le questionnaire correspondant.

Ceci dit, en l'absence de méthodologie préétablie, notre progression s'est adaptée aux réponses obtenues, en cherchant à limiter autant que possible les biais d'interprétation.

Nous avons finalement établi les statistiques à partir du masque de saisie des questionnaires initiaux, après en avoir corrigé les erreurs.

Concernant la saisie, que nous avons confiée à une secrétaire, il eût probablement été préférable de la réaliser nous-mêmes. En effet, nous aurions limité les interprétations de sens, auxquelles nous seules pouvions être sensibles. De plus, nous aurions pu adapter la forme de certaines réponses en étant confrontées aux contraintes de manipulation du masque de saisie.

Par la diversité des questions posées, nous avons récolté une vaste base de données.

Nous n'avons exploité de façon approfondie que celles qui nous permettaient de répondre aux objectifs de l'étude, mais ces données restent disponibles au service d'éventuelles études complémentaires.

La lecture des derniers questionnaires a mis en évidence un phénomène de saturation : toutes les idées exprimées avaient déjà été retrouvées dans les questionnaires précédents. Ce

phénomène de saturation intervient lorsque l'échantillon de personnes interrogées est représentatif. Ainsi, nous considérons que cette vision d'ensemble des représentations peut être extrapolée à l'ensemble des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle.

B. RESULTATS

1. La situation des répondants

L'échantillon est proche de la population des médecins de Meurthe et Moselle.

L'âge moyen des répondants (48,7 ans) est un peu moins élevé que l'âge moyen des médecins meurthe-et-mosellans en activité (51 ans). La répartition femmes/hommes est très proche de celle du territoire (32/68 vs 31/69, respectivement). Les médecins de plus de 55 ans sont moins représentés (1/4 des répondants vs 1/3 tiers des médecins du territoire).

Comparée aux seules données dont nous disposons dans ce domaine, la répartition du mode d'activité parmi les répondants semble proche de la répartition en Meurthe-et-Moselle au moment de l'enquête : le taux de médecins travaillant à SOS médecins est quasi identique dans les réponses de l'enquête que dans la population médicale meurthe-et-mosellane. (2,8% pour 2,9%).

Les médecins remplaçants sont moins nombreux à avoir répondu que les médecins installés mais ils ont été largement moins prévenus par téléphone. Si ils avaient été également prévenus, la proportion de médecins répondeurs serait significativement plus élevée chez les médecins remplaçants que chez des médecins installés (respectivement 65,15% vs 49,6%, $p=0,015$).

La répartition des réponses selon le lieu d'exercice (69,5% en milieu urbain contre 14,2% en milieu rural) est en adéquation avec la démographie médicale en Meurthe-et-Moselle. Le département est essentiellement urbain et la densité médicale est plus forte dans les zones urbaines.

Les six zones du département sont bien représentées (Annexe 7). La répartition des réponses par zone correspond à la répartition des médecins généralistes installés. Les territoires de Briey et Longwy sont légèrement moins représentés si l'on rapporte le nombre de répondants par zone au nombre de médecins installés. Ce constat peut s'expliquer par la plus faible

présence des remplaçants sur ces deux territoires.

Nous ne pouvons en aucun cas préjuger des positions des non répondants. Nous avons rencontré plusieurs médecins très sensibilisés à la précarité, qui nous ont dit ne pas avoir répondu au questionnaire.

2. Les difficultés

92,5 % des médecins déclarent des difficultés

Moins de 3% des médecins déclarent n'avoir aucune difficulté dans la prise en charge de leurs patients précaires.

Ce chiffre montre une certaine diffusion des précaires dans la population médicale. Cependant, la part de patients précaires dans les patientèles varie d'un cabinet à l'autre, et 10% de médecins rapportent ne jamais en voir.

L'enquête par testing de l'IRDES a mis l'accent sur une réticence des médecins à recevoir en consultation des patients précaires, en particulier les patients bénéficiaires de la CMU et de l'AME (38).

Nous avons voulu recueillir les difficultés et les représentations que les médecins ont des patients précaires pouvant expliquer cette réticence.

Le niveau de difficulté à l'échelle visuelle analogique est difficilement interprétable. Nous ne pouvons pas déterminer s'il fait allusion à la fréquence des situations difficiles rencontrées ou à la difficulté ressentie globalement face à un patient précaire.

Les femmes ont tendance à se déclarer plus en difficulté que les hommes. Ce résultat peut être attribué à une perception plus intense de la difficulté chez les femmes. En effet, dans l'étude publiée dans le baromètre santé 2005 de l'INPES, les femmes obtiennent des scores de qualité de vie moins bons que les hommes (44) .

Les jeunes médecins se sentent plus en difficulté que leurs aînés. Une des explications possibles peut résider dans la moins bonne connaissance des structures environnantes (48% d'entre eux déclarent moins bien connaître les structures, contre 30 à 33% chez leurs confrères plus âgés). Les plus jeunes sont également plus formés à l'auto-évaluation et peut-être identifient-ils mieux leurs difficultés et les expriment plus facilement. Une autre explication peut résider dans la différence de patientèle précaire selon l'âge des médecins. En effet, même si le nombre moyen de patients précaires vus en consultation ne varie pas avec l'âge des médecins, l'âge moyen des médecins qui déclarent ne recevoir aucun patient

précaire est plus élevé que celui des autres médecins (52,1 ans vs 48,4 ans, respectivement ; $p=0,01$).

Les médecins exerçant en milieu urbain se sentent plus en difficulté que les médecins exerçant en milieu rural. Voient-ils plus de patients précaires ? Les situations rencontrées sont-elles différentes ?

a) Les situations de précarité perçues par les médecins

Depuis l'enquête de la SOFRES demandée par la Croix Rouge en 1999 (34), le nombre de précaires que les médecins estiment recevoir chaque semaine en consultation a augmenté :

- plus d'un quart des médecins (25,9%) estiment recevoir plus de 6 patients précaires par semaine contre 14% en 1999 ;
- la moitié estime en recevoir 3 ou plus contre 34% en 1999 ;
- 28% estiment en recevoir 1 ou moins contre 55% en 1999.

Ces comparaisons sont à nuancer, car nous ne disposons pas d'éléments nous permettant de comparer la population médicale de Meurthe-et-Moselle et celle enquêtée en 1999 par la Croix Rouge. De plus, cette enquête a été réalisée avant la mise en place de la CMU et de l'AME.

La proportion de patients précaires estimée par semaine par les médecins (5,5% de la patientèle) semble basse par rapport aux 13% de personnes précaires dans la population française. On peut supposer d'une part que les médecins sous estiment le nombre de leur patients en précarité, et d'autre part qu'une partie des patients les plus précaires ne consultent quasiment pas.

Dans l'étude d'ELGHOZI de 1995 (42), les problèmes liés à la situation économique et sociale étaient par ordre de fréquence : le chômage, le manque d'argent et l'isolement de façon équivalente, et dans une moindre mesure l'absence de couverture sociale.

15 ans après, les médecins identifient au premier plan le manque d'argent. Le problème du lien social reste très présent, avant l'accès aux soins, le cadre de vie et la situation professionnelle.

Le manque d'argent semble dépasser le cadre des situations professionnelles précaires, mais les termes isolés ne nous donnent pas d'indication objective sur le niveau de difficulté financière rencontré.

Un tiers des médecins évoquent spontanément le problème du lien social, et particulièrement l'isolement. Quelle place occupe l'isolement dans le phénomène de précarité ?

La Fondation de France, dans son étude de juillet 2010 « *Les Solitudes en France* » (45), montre qu'en plus de multiplier par deux le risque d'isolement relationnel, la précarité économique accélère son émergence : l'exposition à l'isolement est forte dès trente ans chez les personnes en situation de pauvreté, alors qu'en moyenne nationale, les risques ne sont significatifs qu'à partir de quarante ans. Ce constat appuie ce que nous pressentons, à savoir qu'une prise en charge pluridisciplinaire est d'autant plus importante que les personnes sont en situation de précarité.

Un réseau de soins constitué autour de ces patients pourrait participer à lutter contre cet isolement.

Concernant l'accès aux soins, les problématiques semblent s'être déplacées depuis 1995 (42). Elles ne se limitent plus à l'absence de protection sociale. La mise en place de la CMU en 2000 a répondu en partie à cette difficulté. Nous détaillerons la question de l'accès aux soins, dans un paragraphe ultérieur.

Plutôt que d'identifier des publics, en fonction de leurs caractéristiques démographiques (âge, sexe), les médecins ont rapporté les situations socio-économiques qu'ils percevaient comme source de précarité.

Ceci peut s'expliquer par la formulation de la question qui demandait de caractériser la précarité, et non les personnes précaires rencontrées en consultation.

Nous ne pouvons pas distinguer les publics associés à la précarité dans les représentations des médecins de ceux rencontrés dans leur pratique quotidienne.

Nous remarquons cependant que tous les publics ciblés par les PRAPS ont été identifiés par les médecins, à l'exception des personnes détenues et sortant de prison.

Leur récurrence ne semble pas significative. Par exemple, les jeunes n'ont été cités que 5 fois, mais les médecins les ont identifiés de façon implicite, en mettant l'accent sur la pauvreté et la précarité professionnelle, par lesquelles les jeunes sont le plus touchés.

b) Les difficultés ressenties dans les prises en charge des patients précaires

Pour quelques situations, il existe des différences significatives entre les médecins selon certaines variables.

1) Difficultés particulières selon l'âge

Les plus jeunes médecins perçoivent nettement plus les difficultés de communication, l'impossibilité d'avance de frais pour les médicaments et les examens complémentaires.

L'impossibilité d'avance de frais est une difficulté indépendante du médecin. Sur des questions de pratique ou de connaissance, nous pouvons attribuer la plus grande difficulté ressentie par les jeunes médecins à leur manque d'expérience. Mais ce résultat laisse penser que les différences entre les difficultés rapportées par les répondants dépendent plus de la perception que les médecins ont de ces difficultés que de leur existence objective. Ainsi, les médecins identifieraient mieux les difficultés en y étant sensibilisés. Cette sensibilisation passe en particulier par la formation.

Concernant la contraception et sa délivrance, les médecins de plus de 55 ans ressentent significativement moins de difficultés que les plus jeunes. Il existe ici un probable biais car cette différence est également significativement plus basse chez les hommes que chez les femmes. Or les hommes sont beaucoup plus nombreux dans la tranche d'âge des plus de 55 ans. De plus, la patientèle d'un médecin vieillit avec le praticien et le nombre de femmes concernées par la contraception diminue au cours de la vie professionnelle du médecin généraliste.

2) Difficultés spécifiques aux lieux d'exercice

Les médecins exerçant en zone urbaine sont plus nombreux que leurs confrères exerçant en zone rurale à rapporter des difficultés de communication (69,9% vs 39,6%, respectivement ($p < 0,0001$)), de suivi bucco-dentaire (53,4% vs 40,6%, respectivement ($p = 0,0130$)), de troubles du comportement (44,6% vs 32,6%, respectivement ($p = 0,0169$)) et d'éducation hygiéno-diététique (67,2% vs 57,1%, respectivement ($p = 0,0430$)).

Les difficultés de communication sont également plus rapportées dans les zones de Nancy et Longwy. Dans ces deux zones, on retrouve une tendance selon laquelle les médecins voient plus de migrants. On peut supposer que le plus grand nombre de migrants en ville explique en partie la différence de difficulté de communication. D'autres dimensions de la communication seront discutées dans le chapitre destiné à la relation médecin-patient.

Les dispositifs sociaux d'hébergement pour les personnes précaires (foyers pour grands précaires et logements HLM) sont concentrés en zone urbaine.

Les différences de difficultés peuvent-elles ainsi s'expliquer par des profils de patients précaires différents selon le lieu d'exercice ? Les difficultés plus perçues en ville relèvent plutôt de particularités des patients que de leur situation économique. D'ailleurs, quel que soit leur lieu d'exercice, les médecins rapportent autant de difficultés d'avance de frais pour les médicaments et les examens complémentaires.

Notons l'importance des difficultés concernant la vaccination dans le Lunévillois (60% vs

entre 22% et 44% dans les autres secteurs). Une antenne du Centre de Vaccination y est pourtant présente (au sein du CPEF), comme dans les autres zones. Des explications à cette différence pourraient être à explorer dans le mode de sensibilisation des publics, la communication du dispositif avec les professionnels de santé, ou des spécificités de la population.

Il serait ainsi intéressant de cibler particulièrement le Lunévillois, dans le cadre des campagnes de vaccination, après avoir étudié les causes de cette difficulté particulière pour cette zone.

Aucune difficulté n'est majorée en milieu rural, alors que les structures relais y sont moins présentes. Ce constat nous interpelle au terme de cette première étude de l'enquête.

3. Les inégalités de santé

a) Les difficultés d'accès aux soins sont une difficulté essentielle

La situation difficile la plus rapportée par un grand nombre de médecins (66%) est la difficulté d'avance de frais pour les médicaments ou examens complémentaires.

Ainsi, les 2/3 des médecins perçoivent les inégalités sociales d'accès aux soins comme engendrant une réelle difficulté de pratique quotidienne.

b) Les médecins témoignent des inégalités d'accès à la santé à travers le mauvais état de santé de leurs patients

L'état de santé caractérise la précarité pour deux tiers des médecins. Ce résultat traduit les inégalités d'accès à la santé.

Dans les représentations des médecins, parmi les problèmes de santé caractéristiques des patients précaires, les problèmes de santé mentale et les addictions sont fortement rapportées (par respectivement 22% et 20 des médecins). Ces problèmes arrivaient au premier plan dans l'étude d'ELGHOZI (42).

Le résultat le plus frappant est qu'un tiers des médecins rapporte spontanément un mauvais état de santé physique de leurs patients précaires. 15% d'entre eux rapportent un état de santé physique aggravé, tandis que 13% relatent une prévention moindre.

Les difficultés de prévention sont confirmées par une large majorité des médecins, et particulièrement dans le domaine de l'éducation hygiéno-diététique (62% des médecins).

c) La place des problèmes d'argent dans les difficultés d'éducation hygiéno-diététique et de dépistage

Nous nous interrogeons sur les raisons des difficultés de prévention. Le rapport du HCSP de décembre 2009 (13), propose des explications à la mauvaise alimentation. Il cible plutôt l'environnement et les enjeux de consommation. Les contraintes économiques sont établies et sûrement prédominantes. Mais dans le champ d'action de la santé, des déterminants individuels peuvent aussi être ciblés : la représentation de la santé ; les habitudes de consommation ; la méconnaissance de l'importance d'une alimentation équilibrée.

Ces dimensions ont aussi leur place sur la priorité donnée à l'alimentation. Pour illustration, nous avons eu le témoignage d'une stagiaire intervenant dans des centres d'aide alimentaire du département (« *les Restos du Cœur* »), qui rapporte que les usagers n'orientent pas forcément leur choix vers les produits frais, souvent par méconnaissance du produit et de son utilisation.

Les freins à une hygiène de vie saine autres que financiers pourraient être en partie levés par les entretiens motivationnels avec le médecin généraliste, qui est le soignant de première ligne le plus consulté, particulièrement par les patients bénéficiaires de la CMU (46).

Or 62% des médecins généralistes se déclarent en difficulté dans l'éducation hygiéno-diététique de leurs patients précaires. Cette éducation pourrait être améliorée par une meilleure connaissance des déterminants qui interviennent dans le rapport que les personnes en situation de précarité ont à la santé.

Les problématiques autour de la place et de la représentation de la santé interviennent également dans l'adhésion et la réalisation des dépistages organisés des cancers.

En 2008-2009, dans la région Centre, La Fédération Régionale d'Action pour la Promotion de la Santé a réalisé une étude visant à identifier les freins au dépistage du cancer du sein, cancer colo rectal et cancer du col de l'utérus auprès de personnes en situation de précarité (selon le score EPICES (14)). Les freins rapportés par les patients sont essentiellement en lien avec la qualité relationnelle aux professionnels de santé et le manque de connaissance du cancer et des modalités de dépistage. Ils concernent également les modalités pratiques (prise de RDV, réalisation de l'hémocult et crainte d'un surcoût).

Ces résultats montrent que l'adhésion aux campagnes de dépistage pourrait être améliorée par un accompagnement renforcé des médecins. Il se peut que les 80% de médecins qui ne se

déclarent pas en difficulté pour le dépistage des cancers n'aient pas conscience de ce rôle, au sein des campagnes portée par des instances nationales.

d) Les problèmes de santé mentale et les addictions : toujours très représentés chez les précaires

40% des médecins rencontrent des difficultés liées à des troubles du comportement (type addiction) et 40% liés à des troubles de l'humeur. Concernant la santé mentale, les médecins ont surtout évoqué une souffrance psychologique, deux fois plus rapportée que les pathologies psychiatriques. Lorsque les médecins évoquent la mauvaise image de soi et la pudeur des patients, nous ne pouvons savoir s'ils mettent l'accent sur la souffrance des patients, sur un comportement responsable d'un moindre recours aux soins, ou sur une attitude des patients rendant difficile la relation médecin-patient et le repérage de la précarité.

En pratique quotidienne, comment devons-nous nous positionner comme médecin face à cette souffrance psychologique ? Les médecins ne sont pas formés à cette approche.

Les seuls relais pluridisciplinaires pris en charge par la sécurité sociale (CMP) ne peuvent pas prendre en charge l'ensemble des patients présentant une souffrance psychologique. Il existe déjà des délais de rendez-vous importants pour les problèmes psychiatriques. Cette souffrance psychologique est pourtant à prendre en considération dans l'état de santé des patients, qui selon l'OMS, inclut bien le bien-être physique, psychologique et social.

De plus, une partie des patients qui sont en demande de soutien psychologique au cabinet ne font pas la démarche de se présenter au CMP. La proximité géographique entre les cabinets médicaux et ces structures (sous forme de maison de santé) faciliterait et améliorerait les prises en charge psychologiques des patients.

Cette étude quantitative ne nous permet pas d'expliquer l'origine de ces inégalités de santé. Nous pouvons seulement mettre en rapport les inégalités de santé perçues avec les difficultés d'accès aux soins rapportées par les médecins.

La perception de ce mauvais état de santé a-t-elle une influence sur nos prises en charge ? Dans notre pratique, nous pouvons constater un phénomène d'accoutumance au niveau de santé de chacun de nos patients. Les médecins installés nous notifient souvent l'intérêt d'un œil extérieur sur l'état de santé de leurs patients suivis de longue date, afin de leur permettre de rester vigilants quant aux objectifs de soins. Il est en effet possible que le mauvais état de santé général perçu chez un patient modifie les objectifs thérapeutiques que se donne le médecin pour le patient concerné.

Il peut être intéressant d'avertir les médecins en formation de ce risque d'accoutumance.

e) Politiques sociales de santé

Les médecins saluent la CMU comme une amélioration indiscutable de l'accès aux soins. Cependant ses critères et modalités d'obtention semblent trop restrictifs. Les lenteurs administratives sont pointées du doigt par les médecins qui proposent un « *renouvellement automatique de la CMU* », « *la CMU en urgence en moins de 15 jours* », « *rapidité attribution CMU, AME* », une « *régularisation administrative facilitée* », « *simplifier dossier demande CMU* ».

Des médecins orientent plutôt leurs propositions sur le mode de remboursement des médicaments ou examens complémentaires.

4. Difficultés de communication et relation médecin-patient

Une relation médecin-patient de qualité participe à l'amélioration de l'état de santé des patients, comme est en train de le mettre en évidence l'étude INTERMEDE de Lang (2). Nous avons cherché par la présente étude à identifier la nature des représentations des médecins, afin de définir la place qu'elles peuvent occuper dans cette relation, et envisager des pistes de travail en ce sens. Le point de vue du patient n'est pas considéré ici, car plusieurs travaux l'ont déjà étudié par ailleurs - *Relation soignant-soigné*, ATD Quart-Monde (39)

Après les difficultés d'avance de frais, et presque au même niveau que l'éducation hygiéno-diététique, les difficultés de communication sont ressenties par plus de la moitié des médecins (54,8%).

52% des réponses sous forme de mots-clés renvoient à des représentations des médecins ou de difficultés de communication qui peuvent influencer de façon négative la relation à leurs patients. Ces représentations rejoignent les témoignages des confrères ayant motivé cette recherche.

Certains médecins ont explicitement soulevé des problématiques en lien avec la relation.

Il s'agit essentiellement de difficultés de communication verbales, liées à la barrière linguistique et dans une moindre mesure à un décalage de code qu'ils imputent au faible niveau culturel et intellectuel des patients.

Des difficultés de communication non verbale rapportées par 15% des médecins sont rattachées à la barrière culturelle à la pudeur des patients à des comportements « néfastes »

des patients qui ne sont perçus que par 5,5% des médecins ou à de l' « *incompréhension* » pour laquelle nous ne pouvons identifier s'il s'agit d'une incompréhension du médecin ou du patient.

Rappelons que les médecins exerçant en ville ont plus déclaré de difficultés de communication que ceux exerçant à la campagne.

Outre ces problématiques identifiées par les médecins, nous avons retrouvé d'autres représentations de médecins pouvant altérer la communication. Les témoignages recueillis au cours des entretiens de l'étude qualitative ont permis de mettre en évidence l'influence négative de ces représentations sur la réceptivité du médecin.

Les problèmes de présentation avec surtout la question de l'hygiène exprimée par 22% des médecins intervient directement sur la communication non verbale.

Les comportements de patients perçus négativement (trouvés chez 18% des médecins) entraînent une réticence des médecins que les patients peuvent ressentir. Lorsque la perception que les médecins ont des patients les renvoie à leurs propres difficultés (« *difficulté* », « *lassitude* », « *sentiment d'échec* »), elle peut amoindrir leur ouverture aux difficultés de ces patients. Enfin, associer des patients à un ressenti de contrainte dans leurs consultations peut entraîner une baisse de motivation dans les prises en charge.

Nous pensons qu'une meilleure connaissance de la précarité et de ses particularités socioculturelles permettrait d'améliorer les représentations des médecins et de mieux les appréhender.

La reproduction de notre étude dans cinq ans, en faisant préciser aux médecins s'ils ont bénéficié ou non de l'enseignement spécifique, pourrait permettre de mesurer l'influence de la formation sur les représentations.

a) Difficultés de suivi

Des difficultés dans le suivi sont rattachées à des comportements de patients. Elles ressortent à travers des difficultés de compliance et la difficulté à se projeter et à s'inscrire dans une relation longue. Les difficultés de compliance sont liées à la fois à des difficultés de compréhension, lorsqu'il existe un faible niveau intellectuel ou une barrière de la langue. La réponse à apporter réside dans un accompagnement renforcé des patients et des explications adaptées, avec parfois la nécessité de recourir à des outils visuels ou de traduction.

Le vagabondage médical peut être mis en rapport avec la difficulté à se projeter et à l'instabilité des situations (changements fréquents de logement social, gens du voyage).

Le dossier médical partagé et disponible via la Carte Vitale pourrait être un outil intéressant pour pallier le manque de suivi qu'il engendre.

La moitié des médecins rapportent cette difficulté à travers les difficultés de suivi des pathologies chroniques. Là encore intervient le manque de projection. Lorsque les difficultés quotidiennes submergent les patients, il n'y a pas de place pour la projection du risque à moyen ou long terme.

La place de la santé peut être rapprochée de cette notion de difficulté de projection. Elle participe aux inégalités d'accès à la santé et se traduit par un « *retard de prise en charge* ».

En tant que médecin, nous ne sommes pas en mesure de modifier l'ensemble des déterminants culturels, mais il est important d'avoir conscience de ces différences de représentation pour les intégrer à nos choix thérapeutiques et à adapter notre discours.

Ces notions s'inscrivent dans la problématique plus large de la représentation de la santé. La perception de la santé dépend d'un ensemble de facteurs individuels et culturels. La « *barrière culturelle* » que perçoivent les médecins, les « *priorités différentes entre médecins et patients* », selon l'expression d'un médecin répondant, nécessitent d'être prises en considération. Les identifier passe par l'écoute du patient, et cette écoute nécessite du temps.

Le temps à consacrer est la principale contrainte rapportée par les médecins. Les patients que les médecins perçoivent comme précaires sont ceux qui sont exposés à diverses sources d'inégalité de santé. Ils nécessitent souvent un « *accompagnement* » renforcé, et cet accompagnement passe par du « *temps à consacrer* ».

Plus de temps pour la prise en charge et une meilleure connaissance des différences de représentation de la santé et de leurs causes sont deux axes d'amélioration du suivi des patients.

Deux tiers des médecins confirment leur intérêt pour une formation dans le domaine de la précarité.

b) Les contraintes de consultation

Les contraintes de consultation sont peu rapportées par les médecins (8% des répondants). Elles concernent essentiellement le temps et la charge administrative. La perception de comportements néfastes de patients est minoritaire.

Parmi ceux qui considèrent le cadre de la consultation libérale mal adapté aux besoins des prises en charge de patients précaires, deux orientations se précisent. Certains médecins imaginent des cadres spécifiques, tandis que d'autres envisagent des adaptations dans le cadre de l'exercice libéral. Ils réclament essentiellement « *plus de temps* », un « *allègement administratif* », ou une « *disparition du paiement à l'acte* », avec « *reconnaissance de cette démarche de soin* » et du « *rôle du généraliste dans la prise en charge sociale* ». Un médecin

envisage plutôt une « *adaptation du mode d'exercice pour voir plus de précaires* », un autre de « *se consacrer un jour par semaine à l'accueil des patients précaires avec des créneaux de consultation plus longs* ».

5. Connaissance et utilisation des ressources du territoire

87,5% des médecins déclarent connaître moyennement ou insuffisamment les dispositifs.

Les plus jeunes médecins sont ceux qui déclarent être le moins en contact avec les structures relais, alors que les médecins âgés de 45 à 55 ans sont ceux qui déclarent y être le plus.

Au regard de ces résultats, nous faisons l'hypothèse que c'est l'expérience des 45-55 ans qui les a amenés à trouver progressivement des solutions dans l'échange avec ces structures. Ceci confirme également le besoin que les médecins ont de ces structures relais, dans les prises en charge de leurs patients.

Les plus de 55 ans qui déclarent moins bien connaître et être moins en contact avec les dispositifs relais, appartiennent à une génération de médecins qui dans leur pratique n'avaient pas à prendre autant en compte les problématiques sociales, alors même que nombre des structures sociales actuelles n'existaient pas.

La précarisation de la population ces trente dernières années a probablement fait évoluer la pratique vers la nécessité d'un travail en réseau. Leur expérience leur permet peut-être aussi de solutionner seul certaines situations. Ils bénéficient enfin d'une bonne connaissance de l'environnement des familles qu'ils suivent depuis longtemps.

Nous sommes interpellées par le fait que les médecins exerçant en milieu urbain se déclarent plus en difficulté que leurs confrères exerçant en milieu rural, alors que les structures relais d'aide pour les différentes formes de précarité sont plus présentes en ville. Nous remarquons que malgré la diversité d'offre de structures proposée en ville, les médecins y exerçant ne les sollicitent pas plus que leurs confrères exerçant en milieu rural.

43,5% des médecins ne font qu'exceptionnellement ou jamais appel aux dispositifs relais. Parmi les explications données, la principale concerne une mauvaise connaissance des structures (près de 60%). On trouve en deuxième lieu des problèmes de communication avec ces dernières (18%).

Les relais spécifiques des patients précaires les plus nommés sont les structures sociales et médico-sociales non spécialisées (36% des médecins font appel à l'assistante sociale, les CCAS ou services sociaux municipaux sont cités par 24% des médecins), alors que les structures spécialisées, sont citées en nombre mais de façon ponctuelle. Il nous semble ainsi que les médecins continuent à solliciter les interlocuteurs qu'ils ont été amenés à rencontrer dans des situations spécifiques.

L'hôpital représente un relai pour les médecins, uniquement via les services d'urgences, sollicitées par 5,8% des médecins.

Nous constatons une faible sollicitation des services hospitaliers spécialisés, alors que les médecins rapportent rencontrer des difficultés face aux problèmes de santé spécifiques, relevant de ces services.

Alors que 62% des médecins se sentent en difficulté dans l'éducation hygiéno-diététique des patients précaires, seul 0,25% (n=1) cite la maison du diabète et de la nutrition, structure ressource pluridisciplinaire gratuite, accessible aux patients adressés par leur médecin traitant. Cette structure nous paraît répondre de façon très adaptée aux besoins des patients. De plus, cette structure va au devant des patients en proposant des consultations ambulatoires à Pont-à-Mousson, Toul et Vandœuvre-lès-Nancy.

Pourtant, autant de médecins rencontrent des difficultés à Nancy et dans les zones proposant des consultations spécialisées que dans les autres zones du département.

Le suivi des troubles de l'humeur et des pathologies psychiatriques est rapporté comme une situation de soins difficile par 42% des médecins, or seuls 4,5% s'en réfèrent aux CMP et à l'UAUP.

L'UFATT (toxicomanie) n'est citée que par 2,5% des médecins et la médecine L (alcoologie) par 1%, alors qu'ils sont 20% à évoquer les problèmes d'addiction chez leurs patients précaires et que 38,9% d'entre eux rencontrent des difficultés dans l'identification des troubles du comportement, comme les addictions.

Ce décalage entre la difficulté rencontrée et le faible recours au service adapté est également retrouvé pour le dépistage de la tuberculose : 1% des médecins rapportent solliciter les CLAT, alors que 8,9% sont en difficulté pour le dépistage et le diagnostic de la tuberculose.

Notons que les centres de vaccinations n'ont pas été cités, alors que 40% des médecins

retiennent la vaccination comme une difficulté. Le transfert de cette mission du conseil général vers le CHU en 2006 n'a pas été accompagné de la communication adéquate.

Alors que l'offre des structures varie d'un territoire à l'autre du département, nous ne constatons pas de différence significative entre les difficultés déclarées par les médecins des différentes zones, pour les situations nécessitant des prises en charges pouvant être relayées par des structures spécialisées.

Seuls les médecins du territoire de Lunéville se distinguent par la vaccination, pour laquelle ils sont plus nombreux à se déclarer en difficulté. Pourtant, il existe une antenne du Centre de Vaccination comme dans les autres territoires. La différence est peut-être plutôt à rechercher dans des particularités de la population.

Ainsi, il apparaît essentiel de mettre en rapport les difficultés des médecins généralistes en lien avec les besoins des patients et les ressources existantes, afin d'optimiser le recours à ces dernières.

Si les médecins y sont préparés, ils repéreront plus facilement les structures expertes qui viendront relayer leurs prises en charge.

Le recours privilégié aux structures sociales et médico-sociales par rapport aux structures multiples de soins spécialisés mises en place ces dernières années pourrait s'expliquer par un manque d'information de ces structures aux médecins.

La communication autour de ces structures pourrait être développée en direction des médecins généralistes.

En réponse à ces besoins, les médecins font des propositions pratiques. Ils souhaiteraient des annuaires permettant de mieux cibler les structures adaptées aux situations. Ils valorisent l'intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire passant par des rencontres avec les professionnels du secteur social. Les médecins sont encore très demandeurs de support papier.

Dans le souci d'accéder simplement au service compétent, plutôt que des annuaires de coordonnées, quelques médecins envisagent un relai centralisé (« *un interlocuteur unique pour la prise en charge médico-sociale* », « *un relais centralisé* », la « *mise en place d'un coordinateur santé dans les quartiers* », « *un contact par secteur* »).

Il faut réfléchir à des modèles de prise en charge pluridisciplinaire, qui favoriseraient l'accès à la santé et la prise en charge de toutes les dimensions personnelles et environnementales qui

y participent.

6. Problématiques liées aux migrants

a) Difficultés spécifiques

Le statut de migrant apparaît comme une forme de précarité dans le cadre de la consultation des médecins généralistes puisque 9,5% des médecins font spontanément référence à ce public pour caractériser la précarité, et que selon leur estimation, plus d'un tiers des patients précaires vus en consultation sont des migrants.

Les problématiques propres aux primo-arrivants semblent minoritaires au sein de l'ensemble des difficultés rencontrées par les médecins généralistes.

Les pathologies spécifiques des primo-arrivants ne sont pas évoquées dans les représentations exprimées par les médecins. 9% d'entre eux rencontrent cependant des difficultés dans le dépistage de la tuberculose.

Les plus grandes difficultés liées aux migrants concernent des questions de communication (barrière de la langue et barrière culturelle).

Près de la moitié des médecins rapportent des difficultés de communication avec leurs patients précaires. Les zones où les médecins sont le plus en difficulté sont celles où le nombre de migrants est le plus important. Ce constat nous laisse penser que les difficultés de communication rapportées par les médecins englobent de façon notable les difficultés particulières rencontrées avec les migrants.

Nous remarquons d'ailleurs que la barrière de la langue est la difficulté de communication la plus rapportée sous forme de mots-clés.

Même si les problématiques propres aux primo-arrivants en situation irrégulière sont peu rapportées, les médecins sont demandeurs de formation et d'information sur ce sujet qui nécessite une connaissance spécifique.

b) Structures spécifiques

La plupart des relais sont identiques à ceux sollicités pour tous les patients précaires. Les PASS en général semblent peu utilisées comme relai par les médecins, en dehors de l'UMS de Nancy.

Notons tout de même que certains médecins imaginent des structures relais auxquelles ils souhaiteraient recourir, semblables à l'UMS dont ils méconnaissent l'existence. Un support adapté et une bonne communication sur les structures semblent donc importants.

5. CONCLUSION

Les médecins rencontrent des difficultés dans la prise en charge de leurs patients précaires.

Nous identifions trois grands niveaux de difficultés :

- Les inégalités d'accès à la santé, reflétées par le mauvais état de santé de leurs patients précaires.

Elles comportent les difficultés d'accès aux soins et les difficultés de prise en charge que les médecins rattachent à des difficultés de suivi d'ordre individuel et socioculturel liées à la représentation de la santé de leurs patients.

- Les difficultés dans la relation médecin-patient. Au moins la moitié des médecins expriment des représentations de leurs patients précaires ou perçoivent des contraintes dans leurs prises en charge qui peuvent influencer négativement la relation médecin-patient.

- Le manque de communication avec les partenaires sociaux, et les structures spécialisées qui s'explique surtout par le manque de connaissance que les médecins en ont.

Ces données ont été complétées par celles de l'étude qualitative qui a suivi.

*A l'attention du lecteur,
La confrontation des deux études est commune aux deux thèses et identique à celle présentée dans le travail d'Isabelle QUERRIOUX. Si vous avez l'intention de prendre connaissance de l'étude qualitative qui a suivi, veuillez passer directement à la lecture de cette dernière.*

TROISIEME PARTIE : CONFRONTATION DES RESULTATS COMPLEMENTAIRES DES DEUX ETUDES

1. INTRODUCTION

Nous discuterons en premier lieu la méthode de notre étude à double approche. Nous poursuivrons avec la synthèse des convergences et des divergences entre les principaux résultats des deux études en les confrontant à d'autres travaux, et en particulier à deux thèses de médecine générale soutenues récemment, ainsi qu'à l'enquête de l'Agence Régionale de Santé - *Enquête sur l'accès à la santé des populations précaires* - parue en avril 2011.

2. LA METHODE

Le rendu de l'analyse des résultats de ces deux études menées en 2009 a nécessité un travail important et intervient avec un délai de deux ans.

Alors que le sujet était encore inédit lors de l'élaboration de notre projet, plusieurs thèses ayant des approches similaires ont été soutenues, depuis, sur d'autres territoires.

Nous pouvons citer tout d'abord la thèse de Marie TELLIER : *Etude qualitative des difficultés de la prise en charge des patients en situation de précarité en médecine générale*, soutenue le 1^{er} juin 2010 à la Faculté de Médecine de Paris Descartes (47). Cette étude était basée sur des entretiens semi-dirigés menés auprès de 15 médecins généralistes d'Ile-de-France. La problématique principalement développée dans son travail concernait la « polémique » du

refus de soins aux patients bénéficiaires de la CMU par les médecins parisiens - enquête IRDES (38). Sa conclusion était qu'aucun des médecins généralistes interrogés ne refuse explicitement de prendre en charge les patients en situation de précarité. L'analyse des entretiens met en évidence deux profils de médecins : ceux qui sont peu confrontés à la précarité, souvent du fait du choix de leur lieu d'installation, et ceux qui le sont quotidiennement, de façon plus ou moins satisfaisante.

Nous pouvons également évoquer le travail de thèse d'Adeline AUBRY : *Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de ville. Intérêt d'un réseau médecine de ville-PASS*, également soutenue à la Faculté de Médecine de Paris Descartes, le 9 mars 2011 (43).

Il s'agissait cette fois d'une étude par questionnaires envoyés à 108 médecins du 13^e arrondissement de Paris, dont environ le tiers a répondu. L'objectif était de « *définir les difficultés rencontrées lors de la prise en charge des patients précaires et de proposer une collaboration avec la PASS de la Pitié Salpêtrière* ». Les principales difficultés recensées sont dues à l'isolement lié à la pratique en cabinet des médecins libéraux (58%, soit n=18) et au manque de connaissance des établissements médico-sociaux et des associations. 64% des répondants (n=18) ne connaissaient pas d'association d'aide.

Dans notre étude en Meurthe-et-Moselle, nous retrouvons également une majorité de médecins qui déclarent un manque de connaissance des structures relais puisque 87,5% disent les connaître moyennement ou insuffisamment. Les résultats d'Adeline AUBRY viennent appuyer le lien établi grâce aux entretiens, entre la difficulté ressentie par les médecins face à leurs patients en situation de précarité, et l'isolement ressenti dans les prises en charge, lié à la mauvaise connaissance des structures relais.

Dans son étude, elle montre que 55% des médecins (n=17) ne travaillaient pas avec les assistantes sociales et 77% (n=24) déclaraient ne pas connaître la PASS.

En Meurthe-et-Moselle, seuls 12% (n=47) déclarent n'être jamais en contact avec les structures relais, mais 92% déclarent ne l'être que parfois, exceptionnellement ou jamais.

Concernant les PASS, seuls 7% des médecins de notre étude semblent les connaître.

Adeline AUBRY conclut que ce manque de connaissance est « *probablement expliqué par l'absence de formation sur la prise en charge des patients précaires au cours du cursus universitaire* ». La moitié des médecins interrogés était intéressée par la création d'un réseau médecine de ville-PASS.

INTERET DE LA DOUBLE APPROCHE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE

La double approche quantitative et qualitative a permis de comprendre et de quantifier des difficultés ressenties.

Seule l'enquête d'ELGHOZI, mentionnée dans le livre *Précarité et Santé* de LEBAS et CHAUVIN, menée en 1995 (42) (41), proposait également cette double approche. Contrairement à notre étude, l'étude qualitative précédait l'étude quantitative. La première permettait de cibler les thèmes principaux à explorer dans le questionnaire, et la deuxième de les quantifier.

Dans notre cas, l'enquête papier proposait un recueil de mots-clés caractérisant la précarité. L'analyse de ces représentations a permis d'établir un agenda ciblé pour les entretiens de l'étude qualitative. Les modérateurs ont pu s'en imprégner pour animer les entretiens, qui ont alors répondu aux objectifs.

Nous avons mis en évidence tous les thèmes décrits dans les autres études (ELGHOZI, thèse Marie TELLIER) (42) (47).

Concernant l'analyse des représentations : l'étude quantitative a permis de recueillir les représentations des médecins, allant de leur définition de la précarité à leur perception des patients précaires. On retrouve des termes descriptifs des précaires (« *pauvreté* », « *chômage* », etc.), des représentations spontanées (« *famille tuyau de poêle* », etc.) et des réponses plus conceptualisées avec notion d'accès aux soins, voire des considérations de nature utopiste (« *changer le monde* »).

L'étude qualitative a permis de préciser les liens entre ces représentations et les expériences particulières des médecins.

La plupart des thèmes se rapportant à la représentation de la précarité ont été les mêmes dans les deux études.

Les entretiens ont permis de mieux comprendre certaines représentations ininterprétables à l'aide du seul questionnaire. Par exemple, sous le mot-clé cité « *CMU* », l'étude quantitative ne permettait pas de savoir s'ils faisaient référence à un groupe de personnes ou à un type de couverture sociale. Les entretiens montrent bien que tous les médecins utilisent le terme « *CMU* » pour désigner les patients bénéficiaires de la CMU.

A travers l'analyse des entretiens, nous avons pu associer la nature des difficultés ressenties par les médecins dans la prise en charge de leurs patients précaires à leurs représentations de la précarité et à leur type de pratique. Certains questionnements suscités par des résultats de l'étude quantitative ont trouvé réponse dans l'analyse des entretiens (par exemple le moindre

niveau de difficulté ressenti par les médecins en milieu rural).

Le couplage des études a enfin permis de minimiser les biais d'interprétation de chaque étude, et de renforcer les résultats et leur fiabilité, par une discussion permanente entre les deux thésardes. Par exemple, la précarité des personnes âgées isolées a été beaucoup développée au cours des entretiens. En revanche, ce public est à peine évoqué à travers les mots-clés. Ces résultats discordants permettent de comprendre que les personnes âgées sont concernées par les mesures à mettre en place pour améliorer la prise en charge des patients en situation de précarité (coordination entre les médecins généralistes et les professionnels des structures relais). Pourtant, leur faible poids dans les représentations spontanées des médecins ne leur confère pas une place prioritaire dans la formation des médecins aux problématiques de la précarité, contrairement aux conclusions que nous aurions pu tirer de la seule étude qualitative.

3. LES RESULTATS

92,5% (368/398) des médecins ont déclaré s'être déjà sentis en difficulté dans la prise en charge de patients précaires. Les médecins généralistes sont donc bien des témoins de première ligne de la précarité rencontrée par les 13% de personnes qui vivent avec 60% du revenu médian, pour lesquels ils assurent une médecine de proximité.

La précarité la plus rencontrée en médecine générale est celle des patients pauvres ou en difficulté passagère, liée à la perte d'une sécurité fondamentale (emploi, famille, etc.). La grande précarité (grands marginaux ou primo-arrivants sans droits) ne semble être qu'exceptionnellement rencontrée par la plupart des généralistes, dans notre département.

La plupart des médecins déclarant ne pas être en difficulté se disent non confrontés à la précarité.

Certains médecins nous ont rapporté au cours des focus groups qu'ils ne s'étaient pas sentis *a priori* concernés par la précarité en remplissant le questionnaire. C'est à l'occasion des entretiens qu'ils ont identifié plusieurs situations de précarité difficiles à prendre en charge.

Au terme de ces derniers, tous les médecins se disaient finalement confrontés à des situations de difficultés.

Certains des médecins qui se sont dit non concernés par le sujet en début de questionnaire,

n'auraient-ils pas répondu différemment en approfondissant la question ?

A. LES INEGALITES D'ACCES A LA SANTE TOUCHENT UN PUBLIC PLUS VASTE QUE LES GRANDS PRECAIRES

Dans le questionnaire, la formulation de la question visant à recueillir les représentations des médecins n'a pas permis d'établir une répartition statistique des publics précaires rencontrés en médecine générale.

Nous avons compris à travers les entretiens que la précarité des publics identifiés par les médecins généralistes, était rattachée à leur moins bon état de Santé, en lien avec un moins bon accès aux soins et à la prévention.

Parmi les publics ciblés par les PRAPS, les migrants constituent le « groupe » cité de façon la plus récurrente à la fois dans les questionnaires et au travers des entretiens.

Ils représentent pour les médecins plus d'un tiers des patients précaires reçus en consultation. Les migrants primo-arrivants sans droits ne sont pas les migrants rencontrés en médecine de ville, comme nous le développerons dans un chapitre ultérieur.

Les personnes âgées, public ciblé par les PRAPS, sont identifiées par les médecins, mais plutôt en lien avec leur isolement et leur manque de mobilité qu'avec leur situation économique.

Les femmes sont perçues plus vulnérables, par leur isolement plus fréquent, lorsqu'elles ont à assumer seule la charge familiale.

Certaines femmes migrantes sont vulnérables dans leur accès à la santé en raison de la barrière de la langue et surtout de la barrière culturelle liée à leur religion.

Les gens du voyage se distinguent par leur mode de vie qui rend difficile le suivi médical, dans notre organisation du système de soins.

Les jeunes n'ont été qu'exceptionnellement identifiés comme public cible par les médecins. Ils sont implicitement inclus par les médecins qui ont identifié les situations qui placent les

jeunes dans cette position de vulnérabilité. La pauvreté et la précarité professionnelle ont été largement désignées, et nous savons que la tranche d'âge des jeunes (18-29 ans) est la plus touchée par ces situations (9).

Les anciens détenus récemment sortis de prison ne sont pas rencontrés en médecine générale. C'est le seul public ciblé par les PRAPS qui n'a pas été identifié par les médecins généralistes.

Si elle est associée à la précarité, dans les représentations des médecins, la grande précarité n'est qu'exceptionnellement rencontrée en cabinet de médecine générale.

Les médecins désignent d'autres « catégories » de patients dans les prises en charge desquels ils rencontrent des difficultés particulières.

Les patients bénéficiaires de la CMU sont cités dans la même proportion que les migrants, dans les questionnaires.

Certains médecins distinguent deux profils de patients bénéficiaires de la CMU : les personnes à faible niveau culturel ancrés dans la précarité et les personnes en situation de précarité transitoire.

L'ensemble de ces patients sont touchés par les inégalités d'accès aux soins, que nous développerons ultérieurement. En revanche, seul le profil de patients apparaissant ancré dans la précarité est concerné par les difficultés de prise en charge rattachées à des comportements spécifiques.

Le problème du « repérage » se pose surtout pour les patients en précarité « transitoire ».

Les patients souffrant d'addiction sont identifiés comme une catégorie de patients précaires.

Les médecins rencontrent plus ces problèmes parmi leurs patients précaires.

Les addictions apparaissent comme un facteur aggravant de l'ensemble des autres difficultés rencontrées avec les patients précaires.

B. PLUS DE DIFFICULTES EN MILIEU URBAIN : INTERET DU TRAVAIL EN RESEAU PLURIDISCIPLINAIRE

L'étude nous a permis d'identifier des formes de précarité propres au lieu d'exercice.

Les questionnaires montrent que les médecins de zone urbaine se disent plus en difficulté que leurs confrères installés en milieu rural. Cette tendance est également retrouvée dans les focus groups. Seuls les médecins experts de la précarité, pourtant tous installés en ZUS ne sont pas concernés par cette tendance.

Les entretiens ont suggéré deux pistes d'explications de cette distinction entre l'exercice urbain et l'exercice rural : d'une part les particularités des publics précaires rencontrés ; d'autre part les relations aux structures relais.

Les médecins estiment voir moins de précaires en milieu rural. Ils rapportent surtout le problème des personnes âgées, de l'isolement, du faible niveau culturel et intellectuel.

Concernant la gestion des situations sociales difficiles, le milieu rural semble favoriser les relations spontanées avec l'environnement médico-social. Pourtant, les questionnaires n'ont pas montré de différence significative dans la connaissance et la fréquence de contact avec les structures relais. Ce décalage peut s'expliquer par le fait que les échanges spontanés ne sont pas perçus comme une démarche spécifique pour les médecins ruraux.

En campagne, les relais médico-sociaux se limitent souvent au CCAS, et aux services d'aides à domicile qui apportent des réponses adaptées et immédiates à des besoins bien identifiés.

De plus, les médecins installés en milieu rural connaissent mieux le cadre de vie de leurs patients et ciblent plus facilement les difficultés et les besoins de ces derniers.

Cette bonne connaissance de l'environnement des patients peut être favorisée par des visites au domicile plus nombreuses, dans les zones rurales non couvertes par les services comme SOS médecins. SOS médecins assure une permanence des soins 24h/24 en milieu urbain et périurbain, et leurs actes effectués aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux sont en augmentation et représentent 40 à 45% de leur activité (48).

Pour les personnes âgées, les handicapés et certaines populations en situation précaire, la visite à domicile offre une réponse possible pour maintenir un minimum de suivi.

Ainsi, les réponses envisagées par les médecins exerçant en milieu rural font plus souvent appel à des ressources de l'environnement des patients, et l'on sait que la prise en compte de l'environnement participe à des prises en charge plus adaptées (37).

Les représentations négatives des patients précaires et en particulier de leurs comportements semblent plus concerner le public urbain.

En ville, la multiplicité des interlocuteurs avec leurs spécificités peut paraître complexe aux médecins qui en ont peu l'usage. Ces derniers se sentent alors dépassés, lorsqu'ils doivent contacter un intervenant relai, au milieu d'une consultation dense. Ils souhaiteraient un interlocuteur unique ou un annuaire des structures adapté à leurs besoins.

Les grands précaires nécessitent une prise en charge spécialisée

Les médecins constatent que leur cadre de consultation n'est pas adapté aux grands précaires, qui ne consultent en général qu'en situation d'urgence.

Lorsque l'urgence est médicale, les médecins orientent sans difficulté les patients vers un service d'urgence. C'est face aux situations d'urgence sociale que les médecins se disent en difficulté.

La majorité d'entre eux ne connaissent pas les structures compétentes pour gérer ces situations. Moins d'un médecin sur dix a cité une structure relai adaptée à ce public dans l'étude quantitative.

C. LES DIFFICULTES FINANCIERES ET DE TRANSPORT : OBSTACLES MAJEURS ET CROISSANTS A L'ACCES A LA SANTE PERÇUS PAR LES MEDECINS

La principale difficulté perçue par deux tiers des médecins concerne l'avance de frais pour les médicaments et les examens complémentaires. Les entretiens confirment que les difficultés d'accès aux soins sont liées aux franchises médicales, aux médicaments déremboursés, aux dépassements d'honoraires des consultations spécialisées et aux transports. C'est cet obstacle financier que les médecins incriminent pour expliquer les retards de prise en charge responsables d'une aggravation de l'état de santé des patients.

Les médecins expérimentés dénoncent le manque de moyens des services sociaux, et les inégalités d'accès aux soins (transports, franchises médicales, déremboursements patients au-dessus du seuil CMU, accès aux spécialistes et aux examens complémentaires, etc.). Selon eux, les mesures à mettre en place relèvent de décisions politiques en faveur de la lutte contre les inégalités de santé.

Le chômage était rapporté comme la difficulté économique en 1995 dans l'étude d'ELGHOZI (42). Depuis, la précarité financière n'est plus seulement associée au chômage. Les entretiens nous ont permis de comprendre qu'elle s'étend à une nouvelle population identifiée par les médecins, à savoir les « travailleurs pauvres ». La tranche de revenus de ces patients les situe juste au-dessus du seuil d'obtention de la CMU et les expose à des difficultés financières d'accès aux soins, la plupart d'entre eux ne pouvant accéder à une complémentaire santé.

La mesure d'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS), ne semble pas suffisamment connue des généralistes puisqu'aucun ne l'a évoquée dans les questionnaires, ni dans les entretiens. Ils désignent les patients dont les revenus se situent juste au-dessus du seuil de CMU, comme étant les plus touchés par les difficultés d'accès aux soins.

La généralisation autorisée de la Dispense d'Avance de Frais (DAF) permet de minimiser les difficultés d'accès aux consultations du généraliste mais les médecins perçoivent un accès limité aux consultations spécialisées, aux examens complémentaires et aux médicaments non remboursés. Ils rapportent que la modalité de paiement par tiers payant de la part obligatoire concerne de plus en plus de patients. Nous constatons également dans notre pratique quotidienne que les patients en difficulté financière transitoire ne bénéficiant pas de la CMU sont souvent réticents à multiplier les consultations. La DAF permet alors de les faire adhérer à un bilan diagnostic ou à un suivi pour surveillance de pathologie aiguë ou de pathologie chronique non stabilisée, pour lesquels des consultations rapprochées sont nécessaires.

Ces constats des médecins viennent appuyer l'enquête de l'IRDES de 2008 auprès des patients selon laquelle 16,5% ont renoncé à des soins pour raisons financières (22). L'augmentation constante de ce chiffre depuis 2002 (22) confirme l'insuffisance de la mise en place de l'ACS.

Une extension de la DAF aux spécialistes améliorerait l'adhésion aux soins nécessaires et minimiserait les inégalités d'accès aux soins.

Le frein financier à l'accès à la santé est au premier plan dans l'augmentation des inégalités de santé.

Les difficultés de transport sont révélées par les médecins comme étant un obstacle majeur à l'accès aux soins secondaires (examens complémentaires et spécialistes). Si elles apparaissent évidentes en milieu rural, elles concernent également le public précaire en milieu urbain.

Au-delà du déplacement géographique, le transport participe également à l'accompagnement du patient dans sa démarche de soins. S'il est matériellement difficile d'aller au-devant des patients précaires, comme le préconisent les experts de la précarité, faciliter le transport peut être un moyen de limiter les inégalités d'accès aux soins.

Les derniers décrets de mars 2011 (49) (50) qui limitent la prise en charge des frais de transport risquent de contribuer à l'aggravation des inégalités de santé.

D. AUTRES FREINS A L'ACCES A LA SANTE : LES REPRESENTATIONS QUE LES PATIENTS ONT DE LA SANTE, D'EUX-MEMES, LA RELATION AU MONDE MEDICAL

Nous nous sommes posées la question du poids de la représentation de la santé dans ces inégalités de santé. Dans l'enquête menée par l'Agence Régionale de Santé (ARS), publiée en avril 2011 (*Enquête sur l'accès à la santé des populations précaires*), les professionnels expliquent que « **La santé n'est pas une priorité pour les personnes en situation de précarité qui doivent affronter d'autres difficultés au quotidien et faire face aux besoins vitaux essentiels tels que l'hébergement et les besoins alimentaires. La question de préserver son capital « santé » paraît secondaire et bien loin des réalités du quotidien** » (51).

Cette explication peut être mise en rapport avec le constat du retard de prise en charge responsable des pathologies évoluées évoquées par près de 15% des médecins, et qu'ils imputent surtout aux difficultés financières d'accès aux soins.

Quelques médecins dans les questionnaires évoquent la notion de la « place de la santé » comme une source de difficulté de prise en charge.

Dans les entretiens comme à travers les questionnaires, les médecins ont surtout établi le lien entre cette notion et les difficultés qu'ils rencontrent à aborder les questions de prévention avec leurs patients précaires, et particulièrement l'éducation hygiéno-diététique (62% des médecins).

Rappelons que les personnes précaires les plus rencontrées en cabinet de médecine générale ne sont pas les grands précaires plutôt ciblés dans l'enquête de l'ARS. Ce public est malgré tout évoqué par 12% des médecins à travers la notion de désocialisation.

Chez la plupart des patients en situation de précarité rencontrés en médecine générale, les besoins vitaux immédiats sont assurés contrairement aux situations vécues par les grands précaires, mais il persiste un manque de sécurité à moyen terme, qui laisse peu de place aux considérations de santé dans le quotidien.

La lourdeur des situations aboutit également à un « *manque de projection* » qui renforce les difficultés de prévention, et explique les difficultés de suivi.

Aux yeux des médecins répondants, seule une amélioration du niveau de vie des personnes en situation précaire pourrait libérer de la place pour la santé chez les personnes submergées par les soucis quotidiens.

Dans la représentation, que les patients ont de la santé, intervient la question de la légitimité à se soigner. Les médecins rapportent dans les deux études le manque d'hygiène de certains patients précaires, qu'ils imputent à de la négligence. Nous avons également retrouvé de nombreuses allusions à la « *mauvaise image de soi* » des patients (« *pudeur* », « *honte* », « *dévalorisation* », etc.). Nous n'avons pas analysé ces données dans ce sens mais les professionnels interrogés par l'ARS estiment que les patients ayant une mauvaise « *image de soi* » ne se reconnaissent pas le droit à la santé. Cette donnée vient appuyer l'intérêt de travailler sur les représentations négatives que les médecins peuvent avoir de leurs patients précaires.

Au-delà de la notion de priorité, les experts décrivent une perte de conscience du corps chez les grands précaires, chez qui la « *non demande* » est à son paroxysme.

Xavier Emmanuelli écrivait dans la préface du livre d'Alexandre VEXLIARD, *Le Clochard* : qu'« *une vie de clochard (...) est un éternel présent gis (...) où l'on n'a même plus de corps* » (52).

Il semble exister un gradient social de cette conscience du corps. Cette « *négligence* » perçue par les médecins, pour les soins comme pour l'apparence physique peut être rattachée à cette notion. Cependant, l'étude de l'URCAM publiée en 2001 sur les facteurs d'adhésion et de résistance au dépistage du cancer du sein montre que les patientes précaires suivies pour le dépistage accordent autant d'importance à l'apparence physique que les patientes non précaires suivies (53). Par contre, les patientes non suivies, précaires ou non, y accordent moins d'importance que les patientes suivies non précaires. Cette étude montre également que les patientes non suivies par le dépistage et les consultations spécialisées de prévention (hémocult, consultations dentaires et gynécologiques) consultent plus leur médecin généraliste.

Dans notre pratique quotidienne, nous retrouvons le comportement des patients tel qu'il a été analysé pour le cas particulier du dépistage du cancer du sein, dans les autres situations de dépistage et de prévention.

Les médecins généralistes qui perçoivent le manque d'attention à l'apparence physique et la pudeur des patients associée à la mauvaise image qu'ils ont d'eux-mêmes, devraient pouvoir jouer un rôle clé dans la perception que les patients ont de leur corps et de leur santé, afin de rendre possible la démarche de prévention.

Ce rôle consisterait d'une part en un accompagnement psychologique dans le sens de la prise de conscience de son corps et du besoin de soins, voire du droit au soin, d'autre part à aller au-devant de la demande de soins des patients.

De la même façon, selon l'enquête de l'ARS, les solutions à envisager pour réduire les inégalités de santé liées à la représentation de la santé se situent dans une sensibilisation du public à la « *notion de santé* ». Elle pourrait s'envisager à travers des groupes de travail et un accompagnement par les professionnels (51).

La majorité des médecins interrogés par notre étude qualitative rapportent cette nécessité d'un accompagnement particulier pour les personnes en situation de précarité.

Pour intégrer cette notion dans l'approche et la prise en charge des patients précaires, les médecins doivent y être préparés, comme le soulignent notamment les médecins remplaçants initiés à l'auto-évaluation de leur pratique professionnelle.

Un temps de consultation supplémentaire est nécessaire pour répondre aux besoins de prise en charge globale des patients précaires.

Si les médecins sont préparés à ce besoin, il sera intégré comme norme, au lieu d'être vécu comme une contrainte anormale.

Comme le suggèrent quelques médecins, la « *reconnaissance de cette démarche de soin* » pourrait être encouragée et facilitée par la valorisation du temps qu'elle requiert, au même titre que la consultation d'autres publics nécessitant des consultations plus longues (comme la Majoration Nourrisson).

Une étude récente de l'Observatoire Régional de Santé (ORS) au sujet du dépistage du cancer du sein auprès notamment des médecins généralistes confirme que les médecins sont majoritairement d'accord pour s'impliquer, sous certaines conditions en terme de formation, de disponibilité (donc de rémunération) pour ces actes préventifs, et de participation à l'organisation des programmes (53).

Mais comment valoriser ce temps sans être stigmatisant, et selon quels critères ? Nous pensons qu'une consultation cotée en fonction du statut du patient « C + CMU » ou « C + P (comme précaire) » serait délétère par rapport à l'image que les patients ont d'eux-mêmes, du système de soins et des médecins !

Il serait préférable de coter les actes nécessitant un temps particulièrement long comme la prévention ou le soutien psychologique. Cette valorisation pourrait encourager les médecins à

mieux accompagner leurs patients précaires et à minimiser les cas de refus de soins.

Au-delà de la motivation des médecins, ces derniers doivent répondre à la demande croissante de soins.

Dans ces conditions, le temps reste un frein majeur à cet accompagnement.

Seule une restructuration de l'offre de soins pourrait le pallier, avec disparition du paiement à l'acte et réorganisation pluridisciplinaire de la prise en charge, comme le proposent certains médecins.

Pour l'éducation et le soutien psychologique, on pourrait imaginer une consultation en collaboration avec des psychologues et des professionnels paramédicaux formés à l'éducation thérapeutique, prise en charge par la sécurité sociale.

Une idée retrouvée dans l'enquête de l'ARS n'a pas été mentionnée par les généralistes : « *la représentation négative du système de santé et la peur du monde médical* » (51).

Nous pouvons nous demander si les médecins interrogés n'ont pas conscience de ces freins ou s'ils ne les associent pas spécifiquement au public précaire. Il nous semble que telles qu'elles sont décrites (de la peur du dépistage ou des effets secondaires des médicaments à la peur de l'inconnu), ces craintes dépendent plus de perceptions individuelles et ne sont pas imputables spécifiquement à la précarité. L'étude de l'URCAM vient plutôt confirmer notre ressenti. Elle montre qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative de la crainte du dépistage ni de la confiance en les soignants entre les patientes précaires et les non précaires (53).

En revanche, nous avons déjà, dans notre expérience professionnelle, pu percevoir chez certains patients précaires, une appréhension à entrer en contact avec le monde médical. Celle-ci pourrait s'expliquer au regard des représentations que plus de la moitié des médecins expriment, et qui peuvent influencer négativement la relation médecin-patient.

E. L'EXPERIENCE FACILITE LA COMMUNICATION AVEC LES PATIENTS PRECAIRES

L'approche quantitative montre qu'il n'existe pas de lien significatif entre le nombre de patients précaires vus en consultation et le niveau global de difficulté ressenti.

Cependant, l'approche qualitative met en évidence que les médecins ayant une grande expérience de la précarité ne ressentent pas les mêmes difficultés que leurs confrères moins confrontés.

Les médecins qui estiment avoir une grande expérience de la précarité représentaient 11 médecins sur les 28 interrogés (39%) dans les focus groups, l'enquête papier ne retrouve qu'un quart de médecins dans cette situation (plus de 8 patients précaires reçus en consultation par semaine). Cette différence peut être liée au mode de sélection via des groupes de pairs retenus pour la constitution des focus groups.

Les principales difficultés identifiées par les médecins sont liées à leur manque de connaissance de la précarité : repérer les situations de précarité ; communiquer avec leurs patients et prendre en charge des situations médico-sociales.

Ils expriment un sentiment de malaise et parfois d'échec dans leur relation à leurs patients précaires.

Ces difficultés sont rattachées à diverses représentations négatives qui se sont précisées lors des entretiens.

Certains médecins expriment une lassitude face à des patients précaires, en particulier les « patients CMU » qui ne règlent pas leurs consultations, qui leur semblent abuser du système de soins (impression que « *tout leur est dû* », consultations répétées, demandes de visites à domicile « abusives », multitude des motifs de consultation).

Comme les médecins le perçoivent, les patients bénéficiaires de la CMUc consomment en moyenne 25% de soins en plus que la moyenne de la population générale, selon un rapport de CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) paru en 2004 (46). Cette surconsommation doit être corrélée au fait que c'est une population en moins bon état de santé. Ce moins bon état de santé se traduit par un plus grand recours aux soins hospitaliers, en moyen séjour et psychiatrie. Par contre, selon ce même rapport, les patients bénéficiaires de la CMUc ont moins recours aux spécialistes. Ils consultent donc d'avantage le médecin généraliste.

La difficulté ressentie par les médecins provient de ce décalage entre les causes de surconsommation qu'ils perçoivent (« profit » du système de soins) et les causes réelles (moins bon état de santé et moins de recours aux spécialistes). L'objectif de la mise en place de la CMUc était bien de permettre un accès aux soins approprié aux patients précaires, en moins bon état de santé général.

Paradoxalement, les médecins rapportent ce moins bon état de santé, mais n'étant pas sensibilisés aux problématiques de la précarité, ils n'établissent pas le lien qui existe avec la plus grande consommation de soins.

Les problèmes de présentation et particulièrement le manque d'hygiène sont parfois rattachés à de la négligence et entraînent des réticences dans l'examen clinique, ou une gêne en salle d'attente. Ce manque de soins peut être mis en lien avec la problématique de la relation au corps évoquée dans le chapitre précédent.

15% des médecins interrogés par les questionnaires se sentent mis en difficulté par des comportements négatifs des patients. Les attitudes agressives à proprement parler ne sont rapportées que par une minorité de médecins (7%), dans les deux études.

Ils décrivent plutôt des attitudes de détachement des patients qui sont vécues comme des agressions (« *attentisme* », « *déresponsabilisation* », impression que « *tout leur est dû* », « *manque de savoir vivre* »).

Le manque de conscience de la différence de la place de la santé, entre le médecin et les patients, peut être responsable d'une réception pénible de ces attitudes.

A ce sentiment de pénibilité s'ajoute celui d'impuissance voire d'échec dans les prises en charge des patients en situation de précarité. Leur environnement, responsable de la différence de place de la santé, rend en effet le suivi plus difficile.

Les médecins les plus expérimentés ont dépassé ces difficultés-là. Ils ont acquis par une démarche personnelle, une connaissance des dimensions socioculturelles de la précarité qui participe aux bonnes relations qu'ils décrivent avec leurs patients précaires.

De même, ils ont mis en place des collaborations satisfaisantes avec les autres acteurs de prise en charge et particulièrement les travailleurs sociaux. Tous valorisent l'intérêt d'un bon carnet d'adresses et d'un travail en réseau avec les structures relais. Ces dernières, interrogées dans l'enquête de l'ARS vont dans ce sens et retiennent le travail en réseau comme un point fort à développer.

Les médecins ressentent ce besoin d'une approche pluridisciplinaire pour améliorer les prises en charge de leurs patients en précarité. Ce ressenti renvoie à l'importance de l'approche globale de la personne pour prodiguer des soins de qualité.

Xavier Emmanuelli disait « *quand on sait accueillir un exclu, on sait accueillir tout patient* » (34).

Ainsi, le besoin de considérer nos patients dans leur globalité est particulièrement perçu lorsqu'il s'agit de personnes en précarité pour lesquelles certains besoins échappent à nos compétences. Si l'attention au contexte de chacun doit être présente pour tous les patients, elle nécessite souvent d'autant plus de temps et suppose d'autant plus l'intervention d'autres professionnels que les situations personnelles sont difficiles.

Pour les patients en précarité, les structures sociales sont les correspondants de première ligne, bien que l'intérêt d'établir des contacts avec leur environnement puisse exister pour tous nos patients.

Ces contacts permettent souvent de mieux comprendre le contexte global de soins des personnes et d'orienter plus justement nos choix pour des prises en charges adaptées, pour une meilleure santé.

Dans la perspective d'une approche globale des personnes, la collaboration peut s'envisager dans les deux sens. Les médecins devraient pouvoir faire le diagnostic d'un besoin de prise en charge sociale, lorsqu'ils sont consultés en première intention. Les travailleurs sociaux pourraient identifier un manque de suivi médical lorsqu'ils rencontrent des personnes en situation précaires. Si ces patients ont un médecin traitant connu, on pourrait envisager qu'ils le contactent pour l'informer de leur précarité, identifiés par exemple à l'aide du score EPICES (14). Notons que la réalisation de ce score n'est pas adaptée à la consultation de médecine générale.

Le renforcement de l'accompagnement par un réseau de professionnels pourrait également être envisagé comme une mesure de lutte contre l'isolement, paramètre récurrent dans toutes les situations de la précarité.

Marie TELLIER retrouvait dans ses entretiens, des médecins souvent confrontés à la précarité qui semblaient vivre les mêmes difficultés relationnelles que des médecins moins confrontés (47). Elle rapporte que ceux-ci sont ceux qui regrettent leur choix d'installation. Ce constat vient renforcer l'idée que l'expérience doit être accompagnée d'une démarche de sensibilisation au public précaire. Cette démarche n'est pas spontanée pour tous et doit être facilitée en étant intégrée à la formation des médecins.

L'augmentation de la précarité fait que les médecins généralistes, principaux acteurs de soins primaires y seront de plus en plus confrontés. Par ailleurs, on assiste au développement de plus en plus préoccupant de déserts médicaux concernant notamment les zones urbaines sensibles. Les médecins choisissent leur lieu d'installation en fonction du public qu'ils souhaitent. La formation des médecins généralistes à la prise en charge d'un public précaire pourrait être une première mesure pour rassurer les médecins et tenter de limiter les départs des médecins de ces secteurs d'exercice.

Cette désertification concerne également le milieu rural mais plus pour des raisons de choix de vie des médecins que du type de patientèle.

F. LES MIGRANTS

Selon les médecins interrogés par le questionnaire, les patients issus de l'immigration représentent environ un tiers des patients précaires reçus en consultation. Nous avons compris grâce aux entretiens que les migrants précaires identifiés par les médecins ne sont pas forcément en situation de précarité au sens économique ou au sens du score EPICES (14). Les médecins associent aux précaires, les patients touchés par les inégalités de santé en raison de la barrière de la langue ou de la barrière culturelle, qu'il s'agisse de primo-arrivants ou de migrants de deuxième voire troisième génération.

La question de l'accès aux droits des primo-arrivants est très minoritaire en cabinet.

Pour ces patients, la difficulté est surtout de savoir où les orienter.

Dans notre étude, moins de 10% des médecins généralistes évoquent les PASS comme structures relais.

Seule l'UMS est citée de façon notable par 7,3% des médecins, ce qui correspond à la part des médecins rapportant la connaître lors des entretiens. Les autres PASS ne sont pas mentionnées en dehors de celle de Toul (1 fois dans les entretiens) et de Lunéville (1 fois dans les questionnaires). A noter que les médecins de Nancy et couronne représentent une forte proportion des répondants.

Ce manque de connaissance des PASS est retrouvé dans l'enquête d'Adeline AUBRY, selon laquelle 77% des médecins déclaraient ne pas connaître la PASS de leur secteur (13^{ème} arrondissement de Paris) et près de la moitié des médecins qui déclaraient la connaître n'en connaissaient pas le mode de fonctionnement (43).

Pourquoi les médecins généralistes n'ont-ils pas connaissance des dispositifs de soins tels que les PASS ? Les médecins de Meurthe-et-Moselle ont démarré leur exercice libéral il y a 20 ans en moyenne. Les PASS n'existent que depuis 11 ans au moment de l'enquête (16). La communication autour du dispositif et ses antennes locales ne semble pas avoir suffisamment touché les médecins libéraux.

Le manque de relation entre les médecins généralistes et les PASS s'explique ainsi en partie par la mauvaise connaissance de ces structures et de leurs missions.

La moitié des médecins interrogés par l'étude d'Adeline AUBRY étaient intéressés par la création d'un réseau médecine de ville-PASS (43). Les PASS sont, pour la plupart d'entre elles, rattachées à une structure hospitalière, et on peut se demander si cette difficulté de communication n'est pas le reflet du problème plus global des rapports difficiles entre les médecins libéraux et l'hôpital en général. Les médecins de ville, qui dénoncent dans notre étude et dans celle d'Adeline AUBRY l'isolement de l'exercice en cabinet souhaitent

améliorer leurs relations avec les structures relais médico-sociales et le travail en réseau multidisciplinaire qui doit inclure également les intervenants hospitaliers.

Ce besoin de lien ressenti par les médecins est partagé par les travailleurs sociaux Meurthe-et-Moselle.

Une réunion régionale s'est tenue à l'ARS en juin 2011. Elle réunissait d'une part, les établissements hospitaliers supports des PASS, d'autre part, des représentants de leurs partenaires dans le département, afin d'échanger sur les attentes réciproques en matière d'accès aux soins des populations les plus démunies, sur les modalités de travail d'ores et déjà établies entre les PASS et les acteurs locaux et sur les axes de progrès à développer au sein des différents territoires de santé.

Au cours de cette réunion, les participants ont tous mis l'accent sur le manque de relation avec les médecins de ville.

Pour les médecins généralistes, les difficultés principales rencontrées avec les patients migrants en pratique quotidienne sont en rapport avec la barrière culturelle et celle de la langue.

Cette difficulté identifiée par les médecins rejoint les constats du PRIPI 2005-2007, qui souligne l'« *importance croissante des demandes liées au problème de langue* » (19).

Si elle ressort souvent dans les questionnaires, la barrière de la langue n'est pas décrite comme une difficulté majeure par les médecins des entretiens. La présence fréquente d'un membre de l'entourage lors des consultations semble suffisante pour permettre de la mener à bien, dans la perspective de prendre en charge le motif de consultation. Elle reste cependant un frein aux soins de prévention. Certains médecins souhaiteraient toutefois disposer d'outils d'interprétariat ou d'interprètes neutres pour approfondir la prise en charge.

Outre la difficulté de compréhension verbale, source d'inégalité en soi, les difficultés de communications sont sources de difficultés de suivi, liées à une moins bonne compréhension de la démarche de soins.

Les médecins s'accordent à dire que la barrière culturelle est un frein à la bonne conduite des soins de prévention primaires et secondaires.

Malgré la place des migrants parmi les précaires et le constat prégnant du frein à la Santé que représente la barrière culturelle, peu de pistes sont envisagées autour de cette difficulté.

Les médecins semblent résignés face à cet obstacle qui paraît immuable.

Quelques médecins ont suggéré des formations sur la question des particularités culturelles.

Etant donné la forte représentation de ce public en médecine générale, il nous semble adapté

d'envisager une formation dédiée aux divers systèmes de soins et différentes perceptions culturelles de la santé.

4. PISTES DE TRAVAIL

Nous avons profité de l'étude pour recueillir les idées des médecins sur des outils pouvant améliorer leur pratique.

Ce questionnement n'était pas l'objet principal de l'étude. Il arrivait à la fin du questionnaire et des entretiens.

Les réponses obtenues ne doivent pas être envisagées comme un sondage exhaustif mais comme des pistes à explorer. Elles pourraient servir de base pour des groupes de travail ultérieurs.

A. PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE

L'étude quantitative montre que 26 % des médecins expriment spontanément la nécessité d'améliorer leurs liens avec les autres professionnels, et particulièrement les travailleurs sociaux. A la question spécifique sur la connaissance des ressources du territoire : 87,5% des médecins avaient déclaré connaître moyennement ou insuffisamment les dispositifs sociaux.

L'étude qualitative met en évidence que l'échange direct avec les dispositifs sociaux semble surtout nécessaire dans des situations aiguës d'urgence médico-sociale. Il existe une demande d'une part considérable de médecins de mieux connaître les structures ressources.

Dans les deux études, les médecins expliquent également leur manque de contact avec les services sociaux du fait de leur manque de disponibilité. Ils l'expliquent en partie par des horaires peu compatibles avec les horaires de consultation et un manque d'effectif.

1. Un annuaire des structures

L'outil qui apparaît comme un besoin manifeste est un annuaire des structures relais adapté à leur pratique et à leur secteur. Si 13% l'ont imaginé spontanément dans les questionnaires, tous les médecins des entretiens partagent ce besoin. Ils précisent l'intérêt d'une description des missions de chacune, leur permettant d'identifier facilement le correspondant adapté à la situation rencontrée.

Ils insistent sur l'importance d'une mise à jour régulière.

Nous pourrions imaginer dans un premier temps un annuaire sous la forme d'un tryptique diffusé à tous les médecins généralistes du département contenant les numéros des six ressources principales de proximité :

- PASS ;
- CCAS et CMS ;
- PMI ;
- CMP ;
- Mission Locale ;
- associations de solidarité de proximité (Médecins du Monde, Secours populaire, Amitiés Tziganes, etc.)

Pour des situations très spécifiques, et notamment celles nécessitant le recours à l'interprétariat, pourraient figurer quelques adresses de sites internet de référence.

Il existe un *Annuaire Sanitaire et Social*, édité chaque année par le laboratoire Sanofi Aventis. Il se présente sous forme de livret papier ou de site internet (www.sanitaire-social.com).

Ce répertoire n'est pas complet dans la présentation des structures relais. Nous n'y retrouvons ni les PASS, ni les PMI, ni les CMS. Seuls les CCAS y figurent de façon semblant exhaustive. Quatre CMP y sont répertoriés et quelques associations. De plus, sa classification est complexe.

Le *Nancy Social* (26), plus exhaustif, mais limité à Nancy et sa couronne, ne permet pas non plus de recherche rapide par type de structure.

Ces documents ne répondent pas aux besoins des médecins.

2. Travail en réseau pluridisciplinaire

Concernant les relations avec les structures sociales, plusieurs médecins soulèvent l'intérêt d'un « *interlocuteur unique* » sous forme d'une permanence téléphonique d'orientation.

Ce rôle de plateforme de référence pourrait être assuré par les PASS.

Les autres propositions viennent appuyer l'intérêt d'un travail en réseau.

Nous pouvons retenir la piste de l'organisation de rencontres pluridisciplinaires, notamment avec les travailleurs sociaux, pour des « *RDV concomitants* » autour de situations spécifiques ou dans le but de se connaître. D'une façon plus générale, un « *réseau Précarité* » permettrait des liens facilités entre les différents professionnels.

Les maisons de santé pluridisciplinaires favoriseraient cette mise en réseau.

Dans l'intérêt du suivi des patients, un renforcement des liens entre les médecins généralistes et l'hôpital est nécessaire.

La mise en place d'un dossier médical partagé constituerait une réponse intéressante pour tous les patients, et en particulier pour les publics comme les gens du voyage ou les SDF.

B. FORMATION DES MEDECINS

L'enquête papier confirme que les deux tiers des médecins sont intéressés par une formation à la précarité, qui devrait leur permettre de mieux appréhender cette prise en charge complexe.

Tous les médecins interrogés par les entretiens s'accordent sur la nécessité de cette formation spécialisée dans le cursus initial et lors de la formation médicale continue (groupes de pairs, EPU).

Selon les attentes des médecins, les thèmes à aborder concernent les structures sociales (45%), les droits des patients (29%) et les migrants (21%).

Outre la connaissance des structures, les médecins souhaiteraient aborder quelques points de prise en charge particuliers face à des patients précaires: repérer la précarité, la relation médecin-patient, les droits des patients et les aides existantes, la prévention et l'éducation hygiéno-diététique, la prise en charge des migrants.

Nous ajoutons l'intérêt d'une formation visant à sensibiliser les médecins à l'importance de la prise en compte de l'environnement et des particularités de chaque patient.

L'étude américaine JAMA a mis en évidence la plus-value d'une telle formation chez les étudiants en médecine, pour l'élaboration d'un projet de soins adapté (37).

Cette formation pourrait intégrer une présentation des différents systèmes de soins existant dans le monde, en approfondissant les cultures les plus représentées dans la population de patients d'origine étrangère. L'Université René Descartes Paris 5 propose un Diplôme d'Université sur le thème "*Santé, maladie, soins et cultures*", en collaboration avec le Centre Française MINKOWSKA et l'Hôpital Européen Georges Pompidou.

Le Centre Française MINKOWSKA, semble être un centre ressource à l'usage des professionnels de la santé mentale et des chercheurs. Il propose par exemple une *Journée Européenne* le 13 octobre 2011, sur le thème des médiations culturelles dans le cadre du soin, avec les aspects cliniques et éthiques.

Dans les quelques universités où il existe, cet enseignement est le plus souvent proposé sous forme de Diplôme Universitaire (DU), à l'exception de Toulouse où il apparaît au cours du deuxième cycle, et à Nancy au cours du troisième cycle.

Afin que l'ensemble des futurs médecins bénéficient de cette formation, une première sensibilisation pourrait être proposée en première année de médecine, dans le cadre du module de Sciences Humaines et Sociales.

Au cours du deuxième cycle, elle s'intégrerait bien dans la préparation au stage en cabinet de médecine générale, devenu obligatoire pour tous.

Enfin, une dernière approche plus pratique orientée sur les spécificités propres à chaque spécialité pourrait intervenir au cours du troisième cycle.

A Nancy, le contenu de l'enseignement du séminaire S 23 « *Patients Migrants et/ou en situation de Précarité* » du 15/06/2011 destiné aux internes de médecine générale était en adéquation avec les besoins des médecins en exercice.

Il serait intéressant d'évaluer la plus value de l'enseignement proposé depuis trois ans à l'aide d'une étude similaire à la nôtre, auprès des médecins qui en ont bénéficié.

Pour la formation continue, la PASS du CHU pourrait se positionner comme centre expert ressource de formation à l'égard des professionnels de santé, relayée en Meurthe-et-Moselle par les PASS des 16 territoires du département, pour la communication avec les « professionnels extérieurs », notamment les médecins généralistes.

C. NECESSITE D'UNE VOLONTE POLITIQUE

66% des médecins dénoncent des difficultés d'accès aux soins.

17 % des médecins ayant répondu à l'enquête font des propositions spontanées d'amélioration qui relèvent de choix en matière de politique de santé et de politique sociale.

Tous les médecins interrogés par les entretiens ont le sentiment que les mesures politiques de santé actuelles ne sont pas suffisantes pour favoriser l'accès à la santé des populations en situation précaire. Les programmes de lutte contre les inégalités de santé proposées par les PRAPS et relayés par les ARS dans les Programmes Régionaux de Santé, correspondent aux besoins identifiés par les médecins. Les mesures financières, telles que la mise en place de la CMU et les moyens mis en œuvre à ce jour par les ARS n'ont pas encore permis d'améliorer ces inégalités.

Les médecins estiment que des mesures visant à faciliter l'accès aux examens complémentaires, aux consultations spécialisées, et aux médicaments, sont nécessaires.

La prise en charge et le développement des transports est aussi avancé comme un axe d'amélioration majeur.

Au-delà des mesures financières *stricto sensu*, toutes les autres mesures visant à améliorer l'accès à la santé nécessitent des moyens (accompagnement des patients, prise en charge pluridisciplinaire, formation des médecins).

D. « RESTRUCTURATION » DE LA PRATIQUE DE LA MEDECINE GENERALE

Pour disposer du temps que les médecins de notre enquête estiment nécessaire à la prise en charge globale de chaque patient, il faut soit diminuer le nombre de patients reçus par jour, soit organiser autrement les soins avec un système de délégation des différentes fonctions du médecin.

Diminuer le nombre de patients quotidien n'est pas compatible avec la demande croissante de soins de la population.

Dans le dossier de l'INPES (2010) *Réduire les Inégalités de Santé* (54), Hector FALCOFF propose plusieurs moyens mis en avant par les études scientifiques allant dans le sens des conclusions de notre enquête, qui permettraient au médecin généraliste de « *jouer un rôle*

accru dans la réduction des inégalités de santé ». Il affirme qu'une consultation « *pas trop courte (...) interactive (...)* » d'un médecin généraliste qui travaille en réseau permettra « *un suivi et une prise en charge plus adaptée du patient* ».

Le modèle de structure pluridisciplinaire, mis en œuvre à travers les maisons de santé, semble répondre à la fois à la question des contraintes de temps et à la nécessité de prise en charge globale.

L'intégration d'un travailleur social en leur sein participerait à favoriser l'accès à la santé des patients précaires.

A l'occasion de la *Journée Régionale sur les Maisons de Santé en Lorraine*, le jeudi 12 mars 2009, Alan CHARISSOU, médecin généraliste Président de REAGJIR Lorraine, a présenté un modèle de soins primaires : *UTOPIA, vers un idéal de la médecine générale* (55). Ce modèle intègre plusieurs moyens développés dans le dossier de l'INPES (54).

Il s'agit d'une structure de soins pluridisciplinaire comprenant : des spécialistes de médecine générale, des « vacataires » soignants, des paramédicaux, des vacataires administratifs dont des assistantes sociales, du personnel non soignant, et des stagiaires. La consultation de médecine générale s'organise en binôme médecin/auxiliaire médical ou paramédical, avec transfert de tâches - concept du « *disease management* » (54) . Le dispositif propose une consultation programmée de jour et une unité de soins ambulatoires de garde de nuit permettant d'assurer la continuité des soins, dans le respect du suivi.

Un système d'alerte avec convocation des patients ou rappel automatique - « *reminder/recall* » (54)- permet aussi d'améliorer le suivi des pathologies chroniques et la prévention.

Le mode de rémunération se base sur un système de salariat ou mixte, avec disparition du paiement à l'acte exclusif, et adaptation du temps de consultation aux nécessités de chacune.

Il met l'accent sur l'importance de développer les transports vers la structure, pour des soins de meilleure qualité.

Bien qu'il réponde aux besoins principaux identifiés pour les patients précaires, le modèle d'UTOPIA n'est pas spécifiquement orienté vers ce public.

Dans le souci particulier d'un meilleur accès à la santé pour tous, la visite à domicile, considérée comme une perte de temps médical dans UTOPIA, nous apparaît pourtant d'une grande richesse. Elle permet de mieux comprendre l'environnement des patients. Dans cette organisation avec réunions pluridisciplinaires, elle pourrait être assurée de façon régulière par le médecin ou par un autre professionnel de la structure.

Dans la perspective de réduction des inégalités de santé, Hector FALCOFF suggère également d'enregistrer systématiquement la position sociale des patients dans les dossiers. Il confirme l'intérêt des mesures individuelles et collectives mises en évidence dans notre enquête.

CONCLUSION COMMUNE

Le contexte socio-économique actuel fait que la précarité touche un grand nombre de nos patients. Acteurs de soins primaires, les médecins généralistes sont des témoins de première ligne de cette précarité. Les patients précaires requièrent des outils de prise en charge spécifiques qui manquent aux médecins. Ces derniers rencontrent donc des difficultés particulières dans ces prises en charge.

Même si notre champ d'action est étroit parmi l'ensemble des déterminants influant sur l'état de santé des patients en situation de précarité, nous avons mis en évidence quelques pistes qui pourraient l'améliorer :

- Inciter les médecins à adapter leur prise en charge aux particularités individuelles de leurs patients précaires.

Ceci passe tout d'abord par la **formation des médecins généralistes à la précarité**.

Une meilleure connaissance de la précarité permettrait : d'une part, d'améliorer la relation médecin-patient en réduisant les sentiments négatifs des médecins liés à leurs représentations ; d'autre part, d'optimiser leurs prises en charge thérapeutiques en prenant mieux en compte l'environnement particulier des patients.

Cette formation pourrait être envisagée également auprès des médecins spécialistes dont l'accès semble particulièrement difficile pour les patients précaires. Ils sont en outre les plus concernés par des représentations négatives des patients précaires, comme le révèle le testing sur les refus de soins (38).

- Promouvoir des modèles de prise en charge pluridisciplinaire.

Dans l'attente d'une hypothétique restructuration de la médecine libérale avec généralisation des maisons de santé incluant des travailleurs sociaux, des outils pourraient être mis en place, afin de faciliter la coordination entre les médecins et ces partenaires.

Deux outils principaux répondraient aux besoins des médecins : la diffusion de la plaquette répertoriant les principales structures locales et leurs missions, et une plateforme sociale d'orientation téléphonique proposant une disponibilité adaptée aux horaires de consultation.

Ces outils pourraient s'inscrire dans le programme de « *Lutte contre les Exclusions* » du Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS) du Programme Régional de Santé (PRS) qui place l'« *établissement de relations formalisées avec les partenaires externes* »

parmi les exigences minimales de fonctionnement des PASS de la région Lorraine.

La formation permettrait également de valoriser la nécessité de cette prise en charge pluridisciplinaire.

Outre la coordination entre les différents partenaires, les maisons de santé avec des professionnels paramédicaux pourraient favoriser la réalisation d'une éducation renforcée, difficile à assurer dans un contexte de raréfaction de la médecine générale avec des consultations chargées, mais aussi une sensibilisation à la prévention et au dépistage.

Dans la perspective de réduction des inégalités de santé, ces mesures doivent s'inscrire dans une volonté plus globale de réduction des inégalités socio-économiques.

Les travaux qui se multiplient sur le sujet en sociologie comme en médecine témoignent du caractère préoccupant de l'aggravation des inégalités de santé.

Afin de compléter la sensibilisation rendue possible par la diffusion généralisée de l'enquête, nous souhaiterions pouvoir envoyer un résumé de ce travail à tous nos confrères interrogés.

Les résultats de cette étude valorisent l'intérêt de la formation à la précarité des internes de médecine générale à Nancy, mise en place depuis trois ans en étroite partenariat avec l'Espace Lionnois.

BIBLIOGRAPHIE

1. *La Définition Européenne de la Médecine Générale - Médecine de Famille*. WONCA EUROPE. 2002.
2. *Premiers résultats d'une enquête pilote sur l'interaction médecin-patient et son rôle dans la formation des inégalités sociales de santé (INTERMEDE)*. AFRITE A., DOURGNON P., PASCAL J., JUSOT F., LANG T., LOMBRAIL P., et ensemble du groupe Intermède. Marseille : s.n., 16-17 octobre 2008. *Les inégalités de santé. Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008*.
3. *Charte d'Ottawa*. OMS, [éd.]. 1986.
4. *CIRCULAIRE DGS/2007/430 du 07 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)*. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. 2007.
5. *Observatoire des inégalités. Les seuils de pauvreté en Europe*. <http://www.inegalites.fr>. [En ligne] 28 Janvier 2010.
6. *Rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2009-2010*. . ONPES. Mars 2010.
7. BRIANT, P et DONZEAU, N. *Etre sans domicile, avoir des conditions de logement difficiles. La situation dans les années 2000*. INSEE Première. janvier 2011, N° 1330.
8. MANSUY, M et LACROIX, S. *Aide sociale à l'insertion et aux personnes âgées*. INSEE Première. Avril 2011, N°1346 .
9. *Taux de pauvreté selon l'âge et le sexe*. INSEE. 2008.
10. MONTEIL, C et ROBERT-BOBEE, I. *Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes*. INSEE Première. Juin 2005, N° 1025.
11. *Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux*. BEH Numéro thématique. Janvier 2007, n°2-3.
12. Nathalie, GUIGNON. *Surpoids et obésité chez les enfants de 6 ans en France*. BEH. 8 mars 2011, 8-9.
13. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Haut Conseil de la Santé Publique. Décembre 2009.
14. *Le score EPICES: score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes*. BEH. 2006, 14, p. 93.
15. MARICAL, F et DE SAINT POL, T. *La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités*. INSEE Première. Juin 2007, N° 1142.
16. *Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions* . 1998.
17. *CIRCULAIRE DGS/SP2/99/110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité*. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. 1999.
18. *Fiche de Synthèse sur les études sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)*. DHOS/E1/ DW/ Etudes PASS , IGAS, ANAES, GRES MEDIATION. . 02-2004.
19. *Le Programme d'Insertion des Populations Immigrées en Lorraine (PRIPI)*. DRASS. 2005.
20. *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST)*. http://www.assemblee-nationale.fr/13/dossiers/reforme_hopital.asp. [En ligne]
21. *Des patients renoncent aux soins pour raisons financières*. *La Revue Prescrire*. Août 2010, Vol. Tome 30, N°322, p. p584.

22. ALLONIER, C, DOURGNON, P et ROCHEREAU, T. *Enquête sur la Santé et la Protection Sociale en 2008*. IRDES. 2010.
23. ANGOTTI, M, DAVID-ALBEROLA, E et OLM, C. *Enquête - Dispositif de veille sociale en Lorraine*. CREDOC / DRASS de Lorraine. Octobre 2007.
24. ROMESTAING, P et LE BRETON-LEROUVILLOIS, G. *Atlas de la démographie médicale région Lorraine 1.01.2009*. [éd.] CNOM.
25. *Ecoscopie de la Meurthe-et-Moselle - Conditions de vie Santé*. <http://www.insee.fr>. [En ligne] 2008.
26. *Nancy Social*. s.l. : CCAS de la ville de Nancy, 2006.
27. <http://www.ars.lorraine.sante.fr/Internet.lorraine.0.html>. ARS Lorraine. [En ligne]
28. *Missions DRASS et DDASS*. <http://basse-normandie.sante.gouv.fr/accueil/presgene/mission.htm>. [En ligne]
29. *Les Missions du Conseil Général*. <http://www.cg29.fr/Le-Conseil-general/Missions>. [En ligne]
30. *CCAS de Nancy*. <http://www.nancystan.com/ccas-nancy.html>. [En ligne]
31. *Site du Conseil Général de Meurthe-et-Moselle*. www.cg54.fr. [En ligne]
32. *Médecins du Monde*. <http://www.medecinsdumonde.org/fr/Medecins-du-Monde>. [En ligne]
33. Chauvin, Jacques Lebas et Pierre. *PRECARITE ET SANTE*. s.l. : Flammarion, 1998. 10367.
34. DUCLOUX, M. *Rôle du médecin face à la précarité*. Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins. 5 juin 1999.
35. *Repères sur la santé des migrants*. *La Santé de l'Homme*. Novembre-Décembre 2007, n°392, pp. p21-24.
36. ROLLAND, C, et al. *Comment l'étude sociologique des interactions médecin-patient peut elle éclairer la question des inégalités sociales de santé ? (INTERMEDE)*. Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008 - Les inégalités de santé. 2008.
37. *An Educational Intervention for Contextualizing Patient Care and Medical Students' Abilities to Probe for Contextual Issues in Simulated Patients*. SCHWARTZ, A, et al. No. 11, 15 September 2010, JAMA, Vol. Vol 304, pp. 1191-1197.
38. DESPRES, C, GUILLAUME, S et COURALET, P-E. *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire à Paris : une étude testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins et de dentistes parisiens*. IRDES. 2009.
39. H., BOISSONNAT. *Relation soignant/soigné : « le croisement des savoirs », s.l. : DRASS, Horizon Pluriel, 2005.*
40. *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France*. Médecins du Monde. 2006.
41. LEBAS J., CHAUVIN P. *Précarité et santé*. [éd.] coll. Médecine Sciences. Paris : Flammarion, 1998. p. 300 pages. ISBN : 2-257-10838-8 .
42. ELGHOZI, B, BAILLEUX, O et BRIXI, O et al. *Le médecin généraliste et l'action sanitaire et sociale*. DGS (Créteil-Solidarité, Département Formation Recherche). Paris : s.n., 1995.
43. A., AUBRY. *Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de ville. Intérêt d'un réseau médecine de ville-PASS*. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Paris Descartes, Université Paris Descartes Paris 5. 2011.
44. *Baromètre santé 2005*. INPES. 2005.
45. *Les solitudes en France*. Fondation de France. Juillet 2010.
46. *La consommation médicale des bénéficiaires de la CMU complémentaire*. *Point de conjoncture* n°29-30. octobre 2004, p. 34.
47. M., TELLIER. *Etude qualitative des difficultés de la prise en charge des patients en situation de précarité en médecine générale*. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Paris

Descartes, Université Paris Descartes Paris 5. 2010.

48. *L. Rouxel, S. Larrieu, F. Holmière, L. Filleul, B. Jouves. Permanence de Soins : Existe-t-il des visites urgentes entre minuit et huit heures . Paris-Congrès Urgences : s.n., 2006.*

49. *Décret n° 2011-258 portant sur les modification des conditions de prise en charge des frais de transport pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée. 10 mars 2011.*

50. *Décret n° 2011-305 relatif à la régulation des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville. 21 mars 2011 .*

51. *Enquête sur l'accès à la santé des populations précaires. ARS LORRAINE. Avril 2011.*

52. *VEXLIARD, A. Le clochard. s.l. : Ddb, 1998.*

53. *Les facteurs d'adhésion et de résistance au dépistage. URCAM . Rhône Alpes : s.n., 2001.*

54. *POTVIN, L, et al. Réduire les inégalités sociales en Santé. INPES. 2010.*

55. *CHARISSOU, alan. UTOPIA : vers un idéal de la médecine générale. Journée régionale sur les maisons de santé en Lorraine. s.l. : REAGJIR Lorraine, 12 juin 2009.*

56. *GEHIN, M. Réflexions éthiques sur l'information et le consentement éclairé pour la pose de gastrostomie percutanée endoscopique : utilisation des focus groups pour l'élaboration de documents d'aide à l'information et à la décision. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Nancy, Université Henri Poincaré Nancy 1. 2008.*

57. *S'approprier la méthode du focus group. . La Revue du Praticien Médecine Générale. 2004, Vol. Tome 18, N°645, pp. p382-384.*

58. *Identification des freins et des leviers au dépistage organisé des cancers auprès des populations en situation de précarité. Région Centre : FRAPS, 2009.*

59. *Nathalie, GUIGNON. Surpoids et obésité chez les enfants de 6 ans en France. BEH. 8 mars 2011, 8-9.*

60. *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France. Médecins du Monde. 2006.*

61. *ROLLAND, C, et al. Comment l'étude sociologique des interactions médecin-patient peut-elle éclairer la question des inégalités sociales de santé ? (INTERMEDE). Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008 - Les inégalités de santé. 2008.*

62. *POTVIN, L, et al. Réduire les inégalités sociales en Santé. INPES. 2010.*

63. *BORGES DA SILVA, G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. avril-juin 2001, Vol. 32, N°2.*

64. *LE ROUX, M, GUIRAUD, JC et BOTTON, D. Santé des gens du voyage : des associations se mobilisent. [éd.] INPES. La Santé de l'Homme. juillet-août 2007, 390, pp. 4-6.*

65. *GUIGNON, N. Surpoids et obésité chez les enfants de 6 ans en France. BEH. 2011. 8-9.*

66. *Identification des freins et des leviers au dépistage organisé des cancers auprès des populations en situation de précarité en région Centre. FRAPS. 2009.*

ANNEXES

Annexe 1
Courrier Présentation

Chers Confrères,

Au cours de nos cursus, nous avons été frappées par la complexité de la prise en charge en cabinet de médecine générale, de certains patients en situation de précarité et notamment des migrants .

Nous vous sollicitons dans le cadre d'un travail de thèse mené en binôme autour des difficultés rencontrées dans votre exercice.

Ce travail est facilité et enrichi par le soutien de partenaires auxquels nous exprimons toute notre reconnaissance : le CHU de Nancy avec l'Espace Lionnois, le Département de médecine générale de la faculté de médecine de Nancy, l'Ordre des médecins de Meurthe et Moselle et la Ville de Nancy dans le cadre du programme précarité de Nancy Ville Santé.

Les objectifs de notre travail :

Identifier les difficultés ressenties par nos confrères dans leur pratique quotidienne
Recueillir et analyser l'expérience des médecins généralistes de la précarité, des particularités de sa prise en charge, des droits des patients en situation de précarité, et des structures médico-sociales
Tenter de préciser d'éventuelles possibilités d'améliorer les prises en charge en réponse aux difficultés évoquées par les médecins du territoire enquêté

Les méthodes :

- Etude quantitative par cette enquête papier auprès de tous les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle
- Etude qualitative sous forme d'entretiens d'une trentaine de médecins, dans un deuxième temps

Nous vous serions reconnaissantes de prendre quelques minutes pour répondre au questionnaire ci-joint.

Cécile FLYE SAINTE MARIE

Isabelle QUERRIOUX

Sous la direction du Dr Michel MIGNAN
Praticien Hospitalier en Médecine H
à l'Hôpital Central et responsable médical de l'Espace Lionnois.

Après avoir répondu au questionnaire,

merci de nous le retourner via l'enveloppe ci jointe avant le 20 AVRIL 2009

Nous permettrons d'effectuer une relance téléphonique systématique après cette date.

ANNEXE 2

EXTRAIT THESAURUS INITIAL MOTS-CLES

Mots clefs	Catégorie	Sous thème	Thème	
CMU	CMU	difficultés sociales	situation économique et sociale	
au dessus seuil CMU	au dessus seuil CMU	difficultés sociales	situation économique et sociale	
Non assurés	non assurés+Pb sociale	difficultés sociales	situation économique et sociale	
Méconnaissance de leur droit	méconnaissance de leur droit+CMU	difficultés sociales	situation économique et sociale	
couverture sociale	pb couverture sociale	difficultés sociales	situation économique et sociale	
absence (ou insuffisance) de couverture sociale	pb couverture sociale	difficultés sociales	situation économique et sociale	
défaut couverture sociale	pb couverture sociale	difficultés sociales	situation économique et sociale	
pas de protection sociale	pb couverture sociale	difficultés sociales	situation économique et sociale	
absence de couverture sociale	pb couverture sociale	difficultés sociales	situation économique et sociale	
insuffisance de couverture sociale	pb couverture sociale	difficultés sociales	situation économique et sociale	
asocial	asocial+Désocialisation	difficultés sociales	situation économique et sociale	
fracture sociale	désocialisation	difficultés sociales	situation économique et sociale	
Désocialisation	Désocialisation	difficultés sociales	situation économique et sociale	
désociabilisé	désocialisation	difficultés sociales	situation économique et sociale	
polypathologies	pathologies lourdes	problème de santé physique	problème lié à une pathologie	volet médical de la PEC
gravité	pathologies lourdes	problème de santé physique	problème lié à une pathologie	volet médical de la PEC
pathologies évoluées	pathologies lourdes	problème de santé physique	problème lié à une pathologie	volet médical de la PEC
pathologie évolutive	pathologies lourdes	problème de santé physique	problème lié à une pathologie	volet médical de la PEC
décès prématuré	pathologies lourdes	problème de santé physique	problème lié à une pathologie	volet médical de la PEC
déchéance physique	pathologies lourdes	problème de santé physique	problème lié à une pathologie	volet médical de la PEC
accès aux soins retardé	retard prise en charge	représentation de la santé+accès aux soins		
retard prise en charge	retard prise en charge	représentation de la santé		
difficultés à se soigner	difficultés à se soigner	représentation de la santé		
mauvaise prévention	prévention	représentation de la santé	volet médical de la PEC	
prévention	prévention	représentation de la santé	volet médical de la PEC	

ANNEXE 3

TABLEAU CLASSIFICATION MOTS-CLES

Nb quest avec MC: 346		N mot s	%mots/ catégori e	N mé dec ins	% mé de cin s	mots clé	N		N		N	%	MIGRANTS : 107
Nb MC différents : 1517													
Nb MC saisis diff : 312													
THEM ES	SOUS-THEMES					TERMES SAISIS		CATEGORIE					
situation économique et sociale		641	99,5342										
	difficultés financières	156	24,2236	144	36								
	manque d'argent	46				difficultés financières	25						
						argent	13						
						besoins	3						
						socio-économique	3						
						crédit	1						
						insolvabilité	1						
	revenus insuffisants	25				revenus insuffisants	16						
						RMI	8						
						retraite	1						
	pauvreté	85				pauvreté	81						
						indigence	1						
						besoins primaires	1						

		cadre de vie(diff fam+loge+social-SDF-2 communs fam/soc	95	13,5093	78	20									
		problème de logement	49		49	12	problème de logement	17							
							insalubrité	14							
							lieux habitation étriqués	1							
							promiscuité	1							
							HLM	1							
							logement social	1							
							quartier	1							
							SDF	8	absence de domicile	13					
							absence de logement	5							
		difficultés familiales	28		26	6,5	monoparentalité	5	monoparentalité	12					
							divorce	4							
							mère célibataire	1							
							mères isolées	2							
							familles nombreuses	5	familles nombreuses	6					
							fertilité	1							
							rupture familiale	4							
							grossesses précoces	1							
							femme isolée(femme+isole	1							

						ment)													
						famille "tuyau de poêle"	1												
						milieu familial	1												
						difficultés familiales	1												
						illégitimité	1												
	contexte social	18		18	4,5	difficultés sociales	9												
						assistante sociale	1												
						maltraitance sociale	1												
						milieu défavorisé	2												
						emmaüs	1												
						accidents de la vie	1												
						modes de vie	1												
						parcours personnel difficile	1												
						multiplicité des problèmes personnels et sociaux	1												
	migrants	39	6,0559	38	9,5	migrants	28												
						sans papier	10												
						immigration	1												
	gens du voyage	3																	
	personnes âgées	11	1,70807	11	2,8														
	jeunes	5	0,7764	5	1,3														
	femmes	2	0,31056																
	âge	1	0,15528	1	0,3														

	catégorie de patient													
	grande marginalité	70												
						absence de logement	5							
						sans papier	10							
						désocialisation	55							
	pauvres	156												
	précarité professionnelle	75												
						chômage	54							
						autres	21							
	CMU	41												
	migrants	42				migrants	28							
						sans papier	10							
						gens du voyage	3							
						immigration	1							
	personnes âgées	11												
	jeunes	5												
	femmes	4				femmes	2							
						mères isolées	2							
	âge	1												
	Problèmes liés à une pathologie	356	volet médical											
	état de santé physique	133	37,3596	108	33									
	mauvaise état de santé	62		58	15	polyopathologies	15	pathologie lourde	40					

					handicap	7								
					pathologies lourdes	4								
					pathologie évoluée	3								
					misère physiologique	2								
					antécédents	1								
					décès prématuré	1								
					gravité	1								
					surinfections	1								
					complications	1								
					chronique	1								
					risque vital	1								
					danger	1								
					risque	1								
					maladie	13	mauvaise santé	22						
					mauvaise santé	6								
					santé	3								
					prévention	52	47	14						
					problème d'alimentation	39			problème d'alimentation	39				
					autre	13			état bucco dentaire	5				
									prévention	5				
									avortement	1				
									grossesses précoces	1				
									vaccin	1				
					autres	19			obésité	6				
									maladie psychosomatique	1				

						fatigue	1							
						fatigabilité	1							
						pathologies spécifiques	1							
						infections cutanées, respiratoires	2							
						faim	1							
						pédiatrie	1							
						maltraitance	4							
						mobilité réduite	1							
		addictions	103	28,9326	82	21	addictions	41						
							toxicomanie	26						
							alcool	26						
							tabac	8						
							benzodiazépines	1						
							troubles alimentaires	1						
		problème de santé mentale	120	33,7079	87	22								
		pathologie psychiatrique	42				depression	21						
							anxiété	9						
							angoisse	5						
							troubles psychiatriques	4						
							tutelle	2						
							troubles anxio- dépressifs	1						
		souffrance	78											

							vulnérabilité	10										volet psychologique
							stress	4										volet psychologique
							honte	3										volet psychologique
							repli sur soi	3										volet psychologique
							mal être	3										volet psychologique
							ennui	2										volet psychologique
							désespoir	2										volet psychologique
							insécurité	2										volet psychologique
							humiliations	2										volet psychologique
							peine	1										volet psychologique
							hyper émotif	1										volet psychologique
							culpabilité	1										volet psychologique
							culpabilisation	1										volet psychologique
							malheur	1										volet psychologique

		difficultés de prise en charge	395																
		difficultés de communication verbales+ non verbales	137		109	27													
		difficultés de communication verbale	61		58	15													
							barrière de la langue	33											migrants
		difficultés de communication non	76		64	16	barrière culturelle	11											

						santé n'est pas une priorité")													
						priorités différentes médecins patients	1												
						négligence (de soins)	1												
						non demande	1												
						retard	1												
		situations d'urgence	12		11	situations d'urgence	1												
						urgence	6												
						semi-urgence	1												
						risque vital(Q312)	1												
						alerte	1												
						danger Q 391	1												
						risque	1												
		prévention	52		47	12	prévention	5											
							problème d'alimentation	39											<i>prévention</i>
							état bucco dentaire	5											<i>prévention</i>
							vaccins	1											<i>prévention</i>
							avortement	1											<i>prévention</i>
							grossesses précoces	1											<i>prévention</i>
		sentiment insatisfaction pour le médecin	78		62	16	difficile	26											
							incompréhension	14											
							impuissance	6											
							moyens	3											
							inefficacité	2											
							lassitude	2											

						désarroi	2								
						questions	2								
						usure	1								
						stress médecin	1								
						contraintes	1								
						ingrat (travail)	1								
						rend incompetent	1								
						désœuvrement	1								
						révoltante	1								
						frustrante	1								
						dérangeante	1								
						complexe	1								
								environnement médico social et manque de formation	13						
						exercice isolé	1								
						pas de coordination	1								
						méconnaissance du médecin des conditions de vie	1								
						pluridisciplinarité	2								
								manque de formation	8						
						manque information	2								
						manque de formation	5								
						mal informés	1								
		contraintes de consultation	36		32	8									
								temps à consacrer	28						

						pour une consultation								
						idées préconçues	1							
						fanatisme	1							
		attitude patient agréable	4			reconnaissance Q 355	2							
		1 médecin unique				gentillesse Q 355	1							
						considération Q 355	1							
		niveau intellectuel et éducation	60		56	14	faible niveau culturel et intellectuel	11	faible niveau culturel et intellectuel	13				
							télévision	1						
							famille "tuyau de poêle"	1						
							faible niveau éducation	17	faible niveau éducation	28				
							scolarité difficile	1						
							difficultés expression verbale	1						
							difficultés de langage	1						
							difficultés de compréhension	8						
							analphabétisme	19	analphabétisme	19				
		freins à une bonne communication	362											

		difficultés de communication verbale	61			barrière de la langue	33							
						difficultés de compréhension	8							
								difficultés d'expression	2					
						difficultés d'expression verbale	1							
						difficultés de langage	1							
								difficultés de communication	18					
						difficultés de communication	17							
						dialogue	1							
		difficultés de communication non verbale	76			barrière culturelle	11							
						scrupule	1						migrants	
								pudeur	13					
						pudeur	11							
						mépris	1							
						tabous	1							
						honte	3							
						repli sur soi	3							
						maladresse	1							

					oisiveté	1								
					recherche de bénéfices sociaux	1								
					notion que tout leur est dû	1								
					idées préconçues	1								
					fanatisme	1								
					consultations plus fréquentes	2								
		sentiment insatisfaction pour le médecin	78		difficile	26								
					incompréhension	14								
					impuissance	6								
					moyens	3								
					inefficacité	2								
					lassitude	2								
					désarroi	2								
					questions	2								
					usure	1								
					stress médecin	1								
					contraintes	1								
					ingrat (travail)	1								
					rend incompetent	1								
					désœuvrement	1								
					révoltante	1								
					frustrante	1								
					dérangeante	1								
					complexe	1								
						67								

						exercice isolé	1	environnement médico social et manque de formation	13										
						pas de coordination	1												
						méconnaissance du médecin des conditions de vie	1												
						pluridisciplinarité	2												
						manque information	2												
						manque de formation	5												
						mal informés	1												
		contraintes de consultation	32																
						dossier	1	temps à consacrer	21										
						difficultés administratives	7												
						hiérarchisation des problèmes	1												
						manque de temps	5												
						chronophage	3												
						motifs de consultation multiples	2												
						perte de temps	1												
						nombre de patients pour une consultation	1												
						horaires	3												

						exponentielle	1										
						fréquent	3										
						quotidienne	1										
								rare		12							
			12														
						rare	2										
						peu	10										
						remplacement	1										
						multi sectorielle	1										
						subjective	1										
						vacances	1										
						précarité	1										

ANNEXE 4

EXEMPLE DE FEUILLE DE STATISTIQUES PAR THEMES

num	mot1	mot2	mot3	mot4	mot5	mot6	lien social	isolement	désocialisation
1	SDF	toxicomanie	RMI	CMU	asocial		1		1
2	dérangante	chronophage	frustrante	rend incompétent	révoltante				
3	SDF	sans repère	sans repère				2		2
10	absence de soins	pudeur	problème d'hygiène	isolement	état bucco dentaire				
388	incompréhension	difficile	faible niveau éducation	isolement	difficultés de suivi				
389	isolement	chômage	handicap						
390	diffide comm								
391	risque	danger	retard	complications	exclusion				
392	maladie	pauvreté	migrants	toxicomanie	alcool	isolement			
393	peu	peu	questions	difficile	mal être				
394	alcool	monoparentalité	isolement	toxicomanie	dépression				
395	pauvreté	difficultés de compliance	addictions	problème d'alimentation	mauvaise santé				
396	désespoir	abandon	difficultés de communication	maltraitance sociale	générosité				
397	difficultés accès pharmacie de nuit	problème d'hygiène	problème d'hygiène	incompréhension	polypathologies				
398	toxicomanie	Diff admi	migrants						
							3	0	3
							166	111	55
							163	111	52
							40,95477387	27,88944724	13,06532663
							lien social	isolement	désocialisation

ANNEXE 5

CLASSIFICATION STRUCTURES

Cadre	Stuct citée	N	Type structure	public	Colonne1
	Administration	31			
Administration	Assistante sociale CPAM	12	Administration		AS
Administration	CPAM	9	Administration		
Administration	Sécurité Sociale	3	Administration		
Administration	CAF	2	Administration		
Administration	Service médical préfecture	1	Administration		
Administration	Préfecture	1	Administration		
Administration	Consulats	1	Administration	Migrants	
Administration	COTOREP	1	Administration		
Administration	CRAM	1	Administration		
	assoc	56			
struct méd-soc	Médecins du Monde	22	consult médicale	Patients sans couv soc	Solidarité
assoc	Croix Rouge	5	assoc caritative		
assoc	Secours catholique	4	assoc caritative		
assoc	Traducteurs	2	Traducteurs	Migrants	
assoc	assoc Tandem	2	assoc	Toxicomanes	
assoc	ATD Quart Monde	2	assoc caritative		
assoc	Restos du Coeur	2	assoc caritative		
assoc	ALMA	1		pers. Agées	Aide à la pers
assoc	3919 Femmes battues	1	Permanence téléphonique	Femmes	Femmes
assoc	Relais-femmes	1	assoc	Femmes+migrants	Action sociale internat.
assoc	Alcooliques Anonymes	1	assoc de patients	Alcooliques	Alcoolisme
assoc	Réseau Alcool Tabac	1	Réseau de soins	Alcooliques, fumeurs	
assoc	assoc de défense des droits de l'homme	1			
assoc	assoc ANNE	1	Cité judiciaire	Délinquants et victimes	
assoc	MSF	1	assoc caritative		
assoc	Secours populaire	1	assoc caritative		
assoc	EMMAÜS	1	assoc caritative		

assoc	Solid Natet Intern. (SNI)	1	assoc caritative		
assoc	assoc Les Gens du Voyage	1	assoc d'entraide	Gens du voyage	
assoc	assoc turque d'entraide	1	assoc d'entraide	Migrants	Action sociale internat.
assoc	Afrique Multiculturelle	1	assoc d'entraide	Migrants	Action sociale internat.
assoc	Amitiés tsiganes	1	assoc d'entraide	Gens du voyage	Action sociale internat.
assoc	SERMO	1	assoc d'action éducative		
assoc	Buisson Ardent	1	Centre Protestant d'Accueil et de Solidarité	Religieux	
	autorité judiciaire	10			
Autorité judiciaire	Tutelles	6	Police		
Autorité judiciaire	Police	1	Tribunal		
Autorité judiciaire	Parquet	1	Tribunal		
Autorité judiciaire	Maison de la just et du droit	1	Administration		
Autorité judiciaire	Juge des enfants	1	Tribunal	Enfants	
	struct médicale	82			
struct médicale	Hôpital	18	Hôpital		
struct méd-soc	CMP	17	struct spée+pluridisc	troubles psychos	
struct méd-soc	UFATT	10	struct spée+pluridisc	Toxicomanes	
struct médicale	CPN	5	struct spée+pluridisc	troubles psy	
struct médicale	Urgences	5	Hôpital+urgences	Tous	
struct médicale	SAMU	1	urgences	Tous	
struct médicale	CLAT	4	struct spée+pluridisc	Tuberculeux	
struct médicale	Service psychiatrie	4	struct spée+pluridisc	troubles psy	
struct médicale	UAUP	1	struct spée+pluridisc	troubles psy	
struct médicale	Centre Méd Prév	3	struct spée	Etudiants	
struct médicale	médecine L	2	Hôpital+struct spée	alcoolique	

struct médicale	Soins infirmiers à domicile	1	Soins à domicile		
struct médicale	Infirmière	1	Soins à domicile		
struct médicale	Maternité	1	struct spée+hôpital	Femmes	
struct médicale	consult sourds-muets	1	struct spée	sourds-muets	
struct médicale	Maison du diabète	1	struct spée+pluridisc	diabétiques	
struct médicale	UCSA	1	consult médicale	détenus	
struct médicale	Institut dentaire	1	struct spée		
struct médicale	Diététicienne	1	consult spée	problème d'alimentation	
struct médicale	Spéfaisant actes gratuits	1	consult spée		
struct médicale	Spécialistes	1	consult spée		
struct médicale	Dispensaires	1	consult médicale		
struct médicale	CAV	1	Hôpital+struct spée	Cancéreux	
	struct méd-soc	132			
struct méd-soc	UMS	29	consult médicale	Patients sans couv soc	
struct méd-soc	PMI	23	struct spée+pluridisc	Femmes+enfants	
struct méd-soc	Médecins du Monde	22	consult médicale	Patients sans couv soc	Solidarité
struct méd-soc	Réseau gérontologique	15	Réseau PA et/pu handicapés	pers. Agées	
struct méd-soc	CMS	14	consult médicale		
struct méd-soc	PAIS/CLIC pers. âgées	9	Réseau PA et/pu handicapés	PA et handicapés	
struct méd-soc	PlanningF	6	struct spée+pluridisc	Femmes+ados	Jeunes
struct méd-soc	Réseaulu	3	Réseau PA et/pu handicapés	pers. Agées	
struct sociale	TAMS	3			
struct méd-soc	HAD	2	Soins à domicile	Patients à domicile	
struct méd-soc	Réseau Trait-d'Union	1	Soins à domicile	Patients fin de vie	Aide à la pers
struct méd-soc	médecin scolaire	1	struct spée+pluridisc	Enfants	
struct méd-soc	CPEF	1	struct spée+pluridisc	Femmes+ados	
struct méd-soc	PASS Lunéville	1	consult médicale	Patients sans couv soc	
struct méd-soc	CMS Dieulouard	1	consult médicale		
struct méd-soc	CMS Longuyon	1	consult médicale		
	struct sociale	348			

struct sociale	Assistante sociale	90			AS
struct sociale	CCAS	60	Mairie		
struct sociale	Mairie	39	Mairie		
	Mairie+CCAS		60+39-4(qui citent les 2)		
struct sociale	Assistante sociale secteur	23			AS
struct sociale	ARS	13	Foyer héberg+Réinsertion		Solidarité
struct sociale	Assistante sociale CPAM	12	CPAM		AS
struct sociale	Assistante sociale mairie	10	Mairie		AS
struct sociale	ADAPA	8	Service d'aide à domicile	pers. Agées	Seniors
struct sociale	PAU	7	Urgence sociale	SDF	Solidarité
struct sociale	Assistante sociale quartier	7	Mairie		AS
struct sociale	115	6	Urgence sociale	SDF	Solidarité
struct sociale	ADMR	6	Service d'aide à domicile	Malades et handicapés	Aide à la pers
struct sociale	CG	6	Administration		
struct sociale	Foyer Pierre Vivier	5	Foyer héberg+Réinsertion	adultes sans enfants	Solidarité
struct sociale	Foyer d'héberg+foyer Briey	5	Foyer d'héberg	SDF+RMIstes	Solidarité
struct sociale	Foyer d'héberg Briey	1	Foyer d'héberg	SDF+RMIstes	Solidarité
struct sociale	Services sociaux commune	4			
struct sociale	DDASS	4	Administration		
struct sociale	Assistante sociale hôp	3	Hôpital		AS
struct sociale	ASE	3	Conseil général	Enfants	
struct sociale	CADA AUDA	3	Foyer d'héberg	Demandeurs d'Asile	
struct sociale	ADOMA	2	Foyer d'héberg	Travailleurs migrants, famille monoparentales, jeunes	Solidarité
struct sociale	CEMA	2	Permanence	Enfants	Enfance
struct sociale	Foyer Camille Mathis	3	Foyer héberg+Réinsertion	familles+mères isolées	Solidarité
struct sociale	Foyer Réalise	2	Foyer d'héberg	SDF+RMIstes	Solidarité
struct sociale	32 d'la rue	1	Urgence sociale	SDF	Solidarité
struct sociale	SSIAD	1	Service d'aide à domicile	PA, malades et handicapés	Aide à la pers
struct sociale	MDPH	1	Réseau PA et/ou handicapés	Handicapés	Aide à la pers
struct sociale	Relai assistantes maternelles	1	Permanence	Femmes et enfants	
struct sociale	Ecoles	1		Enfants	
struct sociale	Assistance sociale ARS	1			AS

struct sociale	Assistante sociale Sécu	1	Sécurité sociale		AS
struct sociale	AS foyer ADOMA et autres	1	Foyer d'héberg		AS
struct sociale	CCAS Méréville	1	Mairie		
struct sociale	Service soc Neuves-Maisons	1			
struct sociale	Services sociaux	1			AS
struct sociale	Réseaux sociaux	1			
struct sociale	OPAC	1	Logements HLM		
struct sociale	Conseil régional	1	Administration		
struct sociale	ALASA	1	Foyer héberg+Réinsertion	SDF+RMistes	Solidarité
struct sociale	CHRS	1	Foyer héberg+Réinsertion	SDF+RMistes	Solidarité
struct sociale	Foyer Aristide Briand	1	Foyer héberg+Réinsertion	travaill franç ou étrang	Solidarité
struct sociale	Foyer d'héberg urgence	1	Foyer d'héberg	SDF+RMistes	Solidarité
struct sociale	Foyer Sonacotra	1	Foyer héberg+Réinsertion	travaill franç ou etrang	Solidarité
struct sociale	Foyer Gd Sauvoy	2	Foyer d'héberg	jeunes	Solidarité
struct sociale	Le Nid	1	Foyer d'héberg	mères isolées	
struct sociale	foyer LEMIRE	1	Foyer d'héberg		
struct sociale	CEFR	1	Foyer d'héberg	Français rapatriés	

ANNEXE 6

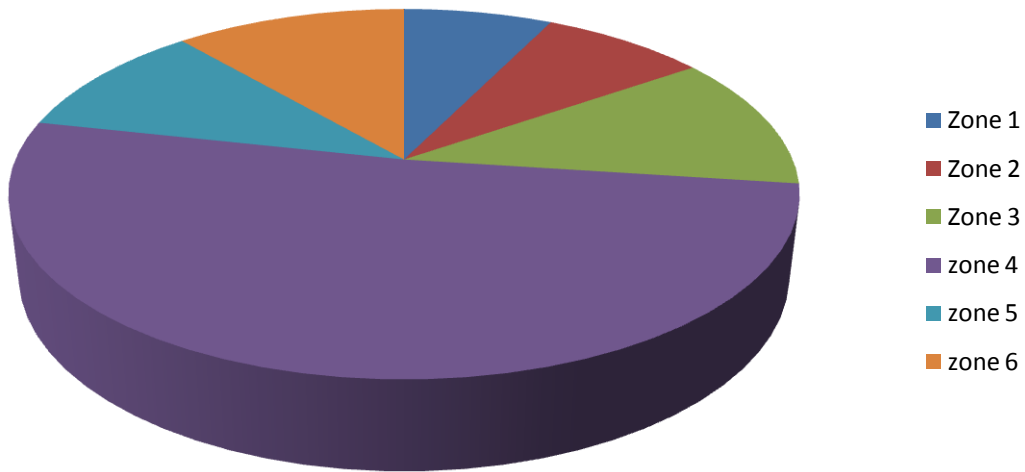
EXTRAIT DE FEUILLE DE STATISTIQUES: THEMES DE FORMATION ET PROPOSITIONS D'AMELIORATION

col1	col2	col3	col4	col5	col8	col9	col10	col12	col13	col14	col15	col16	col18	col19	col20	col21
								PROPOSITIONS					CROISE			
Num	Autre	Thèmes formation			Propositions améliorations			coord	INFO	mais	PEC plurid	Nb méd	PEC plurid	INFO	mais	coord
												165				
1														1		
2		annuaire struct soc	droits SS		info structs et droits à jour				1		1	1	1			
3					arrêter marchandisation être humain+humaniser monde							1				
4					consult précaires	struct pluridisciplinaires		1		1	1	1	1	1		1
6		accès dispositifs sociaux												1	1	
8					régularisation adm facilitée							1				
10					annuaire structs soc	lex langues immigration			1		1	1	1	1	1	
11		annuaire structs soc	struct de soins gratuits		plus de suivi social	simplification administrative						1	1	1		
12					permanence services sociaux			1			1	1	1	1		
14					informations structs				1		1	1	1	1	1	
21		connaissance en ethnopsychiatrie														
22					antenne hospitalière							1				
23					pas concerné							1				
396						interprètes	plus de temps					1				
397		droits SS	PEC d'un patient migrant	annuaire struct socs et missions	plus de suivi social				1		1	1	1	1	1	
272		annuaire structs sociales et missions			pathologies chroniques	addiction+ relation+préventio										1
									Nbe méd	50	30	9	76	165	106	5
									/165	30,3	18,2	5,45	46,1			
								% méd/398	12,6	7,54	2,26	19,1	41,457	26,633	13,1	2,
										coord	INFO	mais	PEC plurid	Nbre méd	PEC plurid	INFO
										prop o		CROISE				

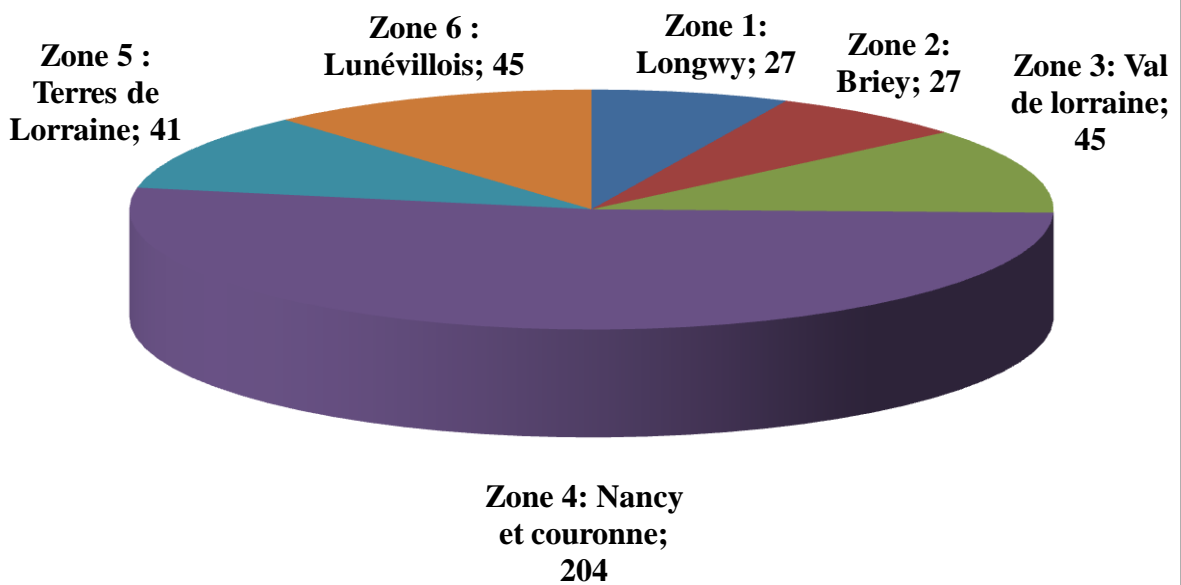
ANNEXE 7

REPARTITION DE L'ENSEMBLE DES MEDECINS GENERALISTES SELON LES ZONES DU DEPARTEMENT

Répartition des médecins généralistes installés en Meurthe et Moselle



Répartition des médecins généralistes répondants selon les territoires de Meurthe-et-Moselle



Répartition des codes postaux par zone

Longwy (Z1), Briey (Z2), Val de Lorraine (Z3)

Nancy et Couronne (Z4), Terres de Lorraine (Z5), Lunévillois (Z6)

Zone	Code postal	Zone	Code postal	Zone	Code postal
Z1	54190	Z4	54000	Z6	54120
	54260		54		54210
	54350		54110		54290
	54400		54130		54300
	54440		54140		54360
	54650		54180		54370
	54720		54220		54450
	54730		54230		54480
	54810		54233		54540
	54960		54250		54830
Z2	54111	54270	54950		
	54150	54280			
	54240	54320			
	54470	54410			
	54490	54420			
	54560	54425			
	54580	54500			
	54640	54510			
	54750	54520			
	54800	54600			
Z3	54890	Z5	54113		
	54910		54119		
	54136		54123		
	54340		54134		
	54380		54160		
	54390		54170		
	54460		54200		
	54530		54385		
	54610		54550		
	54670		54570		
54690	54630				
54700	54710				
54760	54740				
54820	54840				
	54850				
	54930				

VU

NANCY, le 30 août 2011

Le Président de Thèse

NANCY, le 1^{er} septembre 2011

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur F. KOHLER

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE n°3693

NANCY, le 02/09/2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Les médecins généralistes rencontrent des difficultés dans la prise en charge des patients en situation de précarité.

Afin de définir et de mieux comprendre ces difficultés, nous avons réalisé une enquête, originale par sa double approche quantitative et qualitative, auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Les données quantitatives ont été recueillies à travers des questionnaires, envoyés par courrier aux 856 médecins généralistes libéraux.

Les objectifs principaux étaient de définir la fréquence et la nature des difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients précaires, ainsi que d'évaluer la connaissance que les médecins avaient de leur environnement médico-social.

92,5% des 46,5% de médecins répondants ont déclaré des difficultés dans la prise en charge de leurs patients précaires. 87,5% ont déclaré connaître moyennement ou insuffisamment les structures relais de leur secteur et les deux tiers se disaient intéressés par une formation.

La confrontation des résultats des deux études a mis en évidence que l'accès financier aux soins constitue une difficulté majeure d'accès à la santé pour les patients précaires. Les médecins ont souligné l'importance d'une volonté politique pour pallier les inégalités sociales de santé. La formation est apparue comme un élément clé pour permettre de repérer la précarité. Afin de faciliter la relation médecin-patient, elle doit également sensibiliser aux particularités socioculturelles des uns et des autres, et aux spécificités des migrants.

Les médecins ont proposé des outils pour faciliter et améliorer les prises en charge : information sur les structures locales, développement d'un travail en réseau.

Le moins bon état de Santé des patients précaires justifie un accompagnement particulier qui nécessite du temps. Une restructuration de la pratique de la médecine générale pourrait permettre cet accompagnement.

TITRE EN ANGLAIS

A SURVEY ON THE DIFFICULTIES ENCOUNTERED BY GENERAL PRACTITIONERS OF MEURTHE-ET-MOSELLE IN THE MANAGEMENT OF PRECARIOUS PATIENTS AND PRECARIOUS MIGRANTS - Quantitative study by questionnaires

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2011

MOTS CLEFS :

Précarité, Inégalités de Santé, Médecin Généraliste, Relation Médecin-Patient, Travail en Réseau Multidisciplinaire

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY-1

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
