



HAL
open science

Détermination des principaux éléments de contenu d'un support numérique d'aide pour la prise en charge des patients en situation de précarité, à destination des médecins généralistes : étude en groupe nominal

Anne-Elisabeth Desjardin

► To cite this version:

Anne-Elisabeth Desjardin. Détermination des principaux éléments de contenu d'un support numérique d'aide pour la prise en charge des patients en situation de précarité, à destination des médecins généralistes : étude en groupe nominal. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04042724

HAL Id: hal-04042724

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04042724>

Submitted on 23 Mar 2023

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.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

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 bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

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

Anne-Élisabeth DESJARDIN

Le 30 juin 2022

Détermination des principaux éléments de contenu d'un support numérique d'aide pour la prise en charge des patients en situation de précarité, à destination des médecins généralistes. Etude en groupe nominal.

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO	Président
Monsieur le Professeur Bernard KABUTH	Juge
Monsieur le Docteur Cédric BAUMANN	Juge
Monsieur le Docteur Jean- Charles VAUTHIER	Juge et directeur
Madame le Docteur Cécile FLYE SAINTE MARIE	Juge

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Louise TYVAERT

Assesseurs :

- *Premier cycle* : Dr Nicolas GAMBIER, Dr Thomas SCHWITZER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Interface avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Dr Jacques JONAS
- *ECOS* : Drs Eva FEIGERLOVA et Patrice GALLET
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Pr Pablo MAUREIRA, Drs Nicla SETTEMBRE et Fabienne LIGIER
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargés de mission

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PASS : Pr Mathias POUSSEL

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER -

Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE - Jean-Pierre KAHN - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Jean-Luc SCHMUTZ - Paul VERT - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : Histologie, embryologie et cytogénétique

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : Anatomie et cytologie pathologiques

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : Biophysique et médecine nucléaire

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : Radiologie et imagerie médicale

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : Physiologie

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section : Biologie cellulaire

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : Nutrition

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière

Professeur Alain LOZNIOWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : Parasitologie et Mycologie

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : Maladies infectieuses ; maladies tropicales

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : Hématologie ; transfusion

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE

2^e sous-section : Cancérologie ; radiothérapie

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3^e sous-section : Immunologie

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : Génétique

Professeur Philippe JONVEAUX

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : Médecine intensive-réanimation

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

5^e sous-section : Médecine d'urgence

Professeur Tahar CHOUIHED

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : Neurologie

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur

Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : Neurochirurgie

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : Pédo-psychiatrie ; addictologie

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : Médecine physique et de réadaptation

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : Rhumatologie

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLÉ

2^e sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : Dermato-vénérologie

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4^e sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : Pneumologie ; addictologie

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : Cardiologie

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN

Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : Chirurgie viscérale et digestive

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : Néphrologie

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : Urologie

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : Médecine générale

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1^{re} sous-section : Pédiatrie

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

2^e sous-section : Chirurgie infantile

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-rhino-laryngologie

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

2^e sous-section : Ophtalmologie

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

3^e sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : Médecine générale

Professeure associée Sophie SIEGRIST
Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Docteur Bruno GRIGNON

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2^e sous-section : Physiologie

Docteure Iulia-Cristina IOAN (stagiaire) - Docteur Jacques JONAS

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : Parasitologie et mycologie

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU (stagiaire)

2^e sous-section Médecine et Santé au Travail

Docteure Isabelle THAON

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : Hématologie ; transfusion

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2^e sous-section : Cancérologie ; radiothérapie

Docteure Lina BOLOTINE

3^e sous-section : Immunologie

Docteure Alice AARNINK

4^e sous-section : Génétique

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Docteur Philippe GUERCI

3^e sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2^e sous-section : Neurochirurgie

Docteur Fabien RECH

3^e sous-section : Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Docteur Thomas SCHWITZER

4^e sous-section : Pédiopsychiatrie ; addictologie

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4^e sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire

Docteur Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1° sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Docteur Anthony LOPEZ

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1° sous-section : Pédiatrie

Docteur Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU (stagiaire)

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Docteur Charline BERTHOLD (stagiaire)

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale

Docteur Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1° sous-section : Oto-Rhino-Laryngologie

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

63° Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN (stagiaire) - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ – Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE (stagiaire)

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : (Médecine générale)

Docteur Cédric BERBE – Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À notre maître et président,

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

MD, PhD, PU-MG

Directeur du Département de Médecine Générale

Directeur du Département Grand Est de Recherche en Soins Primaires (DEGERESP)

Coordonnateur local de Nancy et régional Grand Est du DES de MG

Coordonnateur du DIU de remise à niveau en vue de l'exercice de la médecine générale

Consultant expert du Dispositif d'aide à l'installation de Nancy (La Passerelle)

EA 4432 Laboratoire Interpsy-Axe Prisme, Membre (Collège A) du conseil d'unité

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse.

Nous vous remercions sincèrement pour votre disponibilité et votre aide dans la réalisation de ce projet et de nous avoir fait confiance.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre gratitude.

À notre maître et juge :

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Professeur des universités-Praticien hospitalier de pédopsychiatrie
Université de Lorraine - Laboratoire Interpsy, EA 4432
& Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent (PUPEA)
CHRU de Nancy / Centre Psychothérapique de Nancy

Vous nous faites l'honneur de siéger parmi notre jury de thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et pour votre disponibilité.

Veillez trouver l'expression de notre sincère gratitude.

À notre maître et juge :

Monsieur le Docteur Cédric BAUMANN

Maître de Conférences des Universités en Épidémiologie, économie de la santé et prévention.

Directeur du département "Épidémiologie, Sciences Humaines et Santé Publique"

ECOLE DE SANTE PUBLIQUE

Faculté de Médecine, Université de Lorraine

Nous vous remercions sincèrement pour votre présence dans ce jury et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde considération.

À notre directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Charles VAUTHIER

Médecin généraliste - Médecin du sport
Maître de Conférences Associé en Médecine Générale

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ma thèse.

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de m'aider au moment où j'en avais le plus besoin. Vous êtes toujours resté positif et enthousiaste, en toute circonstance. Cela a permis de confirmer ma motivation et de croire en la faisabilité de ce projet.

Merci enfin pour votre disponibilité qui a permis de rendre cet objectif réalisable.

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude la plus sincère.

À notre maître et juge :

Madame le Docteur Cécile FLYE SAINTE MARIE

Médecin généraliste

Un immense merci pour votre aide et votre disponibilité tout au long de ce projet. Vos conseils m'ont été très précieux, ainsi que vos encouragements.

Veillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

Aux participants du groupe nominal :

Un immense merci aux participants du groupe nominal, qui ont fait le déplacement et pris de leur temps pour participer à ce projet. L'enthousiasme de certains m'a beaucoup aidé et encouragé dans mon travail.

Merci également à Médecins du Monde de nous avoir reçu dans leurs locaux de Nancy.

Veillez tous recevoir l'expression de ma plus sincère gratitude.

À ma famille :

À mon Arninaud, futur petit chanteur d'opéra, assidu à répéter ses « boogie, boogie » et « bâââ-hôôô – ciiii-sôôô », de jour comme de nuit. Tu es notre petit monsieur plein de vie et tellement drôle. Les moments de complicité commencent, et je pense qu'on ne va pas s'ennuyer.

À mon Pedro. 10 ans de relation, 5 ans de mariage ...et encore étudiante ! Mais toutes les bonnes choses ont une fin, et il est grand temps que cette page se tourne.

Je savais que tu avais de nombreuses qualités, et je n'ai pas été déçue : correcteur automatique d'excellence, imitateur hors pair, et une bonne dose de joie de vivre !

Merci pour ton soutien sans faille et pour la douceur de vivre quotidienne.

J'ai hâte de poursuivre l'aventure, même si comme dirait l'autre : « Là où on va, il n'y a pas besoin...de route ! ».

À ma petite Zélinette, qui prend le même chemin que sa tata préférée...une vraie bavarde ! Tous tes beaux sourires vont continuer de nous faire craquer.

À ma sœur jumelle, qui m'a aidé à me construire toutes ces années, et qui a aussi permis de m'affirmer (rarement... rarement). Merci d'avoir tenu bon, même dans les périodes où j'ai pu me sentir parfois... désabusée.

À mes parents. Merci de nous avoir donné une enfance si heureuse qui nous a construit pour l'avenir. Merci pour votre disponibilité et votre soutien inconditionnel, et d'avoir toujours été là dans mes différents projets de vie. L'appel aux parents dans les moments plus difficiles est le meilleur des jokers.

À mes deux frères Clem et Gus. Notre fratrie soudée est un bien précieux. Je me suis construite grâce à vous, et je ne suis pas près d'arrêter de vous taquiner !

À mes belles-sœurs Caro et Jade. Je suis vraiment heureuse de vous avoir dans la famille. Vous supportez mes 2 frères et vous les rendez heureux, ça n'a pas de prix.

À mon beau-frère Ed, qu'on est bien content d'avoir vu s'installer à Reims. On a hâte de venir bricoler et jardiner chez vous.

À ma bonne maman, mon bon papa et à ma mamie. On a beaucoup de chance de vous avoir, et les souvenirs depuis l'enfance sont nombreux et pleins de joie. Merci pour toute votre affection et vos conseils toujours si avisés.

À mes oncles et tantes, cousins et cousines. Merci pour vos encouragements.

À Zabelle qui nous a vu grandir depuis le début, merci pour ta présence et tes encouragements.

À ma belle-famille, et particulièrement mes beaux-parents, qui m'ont tout de suite accueillie et m'ont permis de retomber amoureuse de la musique. J'ai pu vivre des expériences musicales me procurant une grande joie et ce sont des moments inoubliables.

Merci pour tous vos encouragements, votre disponibilité et votre soutien.

Je n'oublie pas mon grand-père Claude et mes arrière-grands-mères, mamie Paulette et mamie Henriette, qui ne m'ont jamais quittée.

À mes amis :

À mes amis d'enfance escrimeurs : Greg, Got, et Gab, qui m'ont permis d'aiguiser ma vigilance et gagner en endurance (merci les parades ripostes !).

À la bande de lycée : Got, Rod, Fitou, Claim, Geo, François, Chuf.

Nous avons bien grandi depuis. Merci d'avoir fait de ces années des merveilleuses années de vie. Je pense très souvent à vous.

À ma Bubu, une belle amitié qui dure depuis 20 ans. C'était déjà de bon augure avec l'élection des délégués de classe. Merci pour tous les beaux moments et les fous rires qu'on a pu avoir, et ce depuis la 6^{ème}.

À mes copines de D4 : Magritte, Blanblan, Paupau, Sophia. Merci d'avoir rempli cette année-là de plein de beaux souvenirs, qui marquent et qui soudent. Hâte de vous revoir pour nos fameuses retrouvailles annuelles.

À ma Pinouche, qui est arrivée dès la P1. Dire que tout a commencé sur des apparences trompeuses. Merci aux boules Quies et à la BU, qui ont été le début d'une très longue amitié.

À mes très bons amis d'externat : Tiftif, Hugo, Victoune. Merci d'avoir égaillé toutes ces années, et ce n'est pas fini.

À ma Soso, amie bien sûr, mais surtout belle-sœur ! Qui l'eût cru, que 10 ans après les cours d'histologie, on se retrouverait dans la même belle-famille, pour le meilleur des plaisirs.

À mes amis de Verdun : Zed (et Elsa), Marina, Marion et Marion, Gaëlle, Valoche, Thomas, Julien, Nadège, Carole. 6 mois de presque insouciance, 6 mois remplis de souvenirs heureux, 6 mois à part.

À la team Minikeums : Annab, Anne-Cha, MS, Sofia, Sabrina, Brice, Qiao, Biaggio. Que de bons moments passés durant ces 6 mois. Merci pour les fous rires qu'on a pu avoir, et d'avoir fait de ce stage un si beau souvenir.

À mes jumelles libanaises préférées, merci pour joie de vivre décapante. Vive les sharm..... !

Aux meilleurs des voisins, Julie, Marc et Zabelle, qui ont permis de faire du premier confinement une parenthèse remplie de moments improbables. On se souviendra du poulet-avocat, des petits déjeuners aux fenêtres et de la soirée déguisement. Vive les voisins du 32 !

À tous les autres,

Merci

SERMENT D'HIPPOCRATE

« **A**u 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 ».

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	8
SERMENT D'HIPPOCRATE	17
TABLE DES MATIERES	18
ABREVIATIONS	20
I. INTRODUCTION	21
II. MATERIEL ET METHODE	24
1) La technique du groupe nominal	24
2) Recrutement des experts	24
3) Question nominale	25
4) Déroulement de la réunion.....	25
III. RESULTATS	26
1) Organisation de la réunion	26
2) Caractéristiques des participants.....	27
3) Propositions obtenues.....	28
a) Énoncé des propositions.....	28
b) Analyse et regroupement des propositions	29
c) Nouveau regroupement et propositions finales	30
d) Propositions arborescences.....	31
4) Autres résultats	33
5) Mise en évidence de difficultés	33
IV. DISCUSSION	34
1) Analyse des résultats.....	34
a) Résultat principal : propositions répondant à la question de recherche	34
b) Autres résultats	36
c) Analyse des difficultés.....	37
2) Validité interne.....	38
a) Méthode du groupe nominal	38
b) Faisabilité	39
c) Biais	39

3) Validité externe	40
a) Applicabilité.....	40
b) Intérêt du travail	40
4) Ouverture.....	41
V. CONCLUSION	42
BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXES.....	48
RESUME DE LA THESE	52

ABREVIATIONS

DMG : Département de Médecine Générale

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ISS : Inégalités Sociales de Santé

ONPES : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SADM : Systèmes d'Aide à la Décision Médicale

TGN : Technique du Groupe Nominal

I. INTRODUCTION

La prise en charge de la précarité est devenue depuis plusieurs années une préoccupation publique majeure comme en témoigne la création en 2018 d'une stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté visant à répondre aux problématiques de reproduction de la pauvreté, de précarité des jeunes, d'insertion et d'accès aux droits (1), en travaillant notamment avec le tissu associatif.

Malgré ces efforts, de nombreuses inégalités persistent.

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), en 2019 en France, 13,1 % de la population est en situation de privation matérielle et sociale. Ces personnes ne peuvent pas, pour des raisons financières, couvrir les dépenses d'au moins cinq éléments de la vie courante sur une liste de treize (pouvoir chauffer son logement, acheter des vêtements neufs, etc...). Le taux de pauvreté des 18-29 ans est passé de 8,2% en 2002 à 12,5% en 2018, soit une progression de plus de 50% (2). Les jeunes adultes constituent donc la tranche d'âge où le risque d'être pauvre est le plus grand et pour qui la situation s'est le plus dégradée toutes ces années. Cela s'est ressenti au niveau associatif, où le directeur des missions France de Médecins du Monde avait déjà fait part de ce constat. Celui-ci observait également l'émergence de nouvelles catégories de personnes précaires : les « travailleurs pauvres » avec des contrats à temps partiel, des retraités sans complémentaire santé, des mères de famille isolées, des mineurs ou des habitants de zones rurales renforçant les rangs des exclus du système de santé (3).

Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. Le taux de pauvreté en France était de 14,6 % en 2019 (4). Il serait stable selon les estimations de l'INSEE sur l'année 2020 malgré la COVID, grâce aux mesures exceptionnelles qui ont été prises. Mais sous cette relative stabilité, il est apparu que des nouvelles franges de la population étaient touchées par la précarité, comme les artisans, chefs de petites entreprises ou auto-entrepreneurs (5,6).

Les médecins généralistes, acteurs de premiers recours, sont amenés à prendre en charge des patients en situation de précarité.

En 2000, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) a proposé la définition suivante de la précarité : « La précarité, c'est la fragilité, l'instabilité des situations. La notion de précarité englobe celle de pauvreté. Elle fait référence aux incertitudes et aléas qui pèsent sur les individus au-delà même de leurs ressources du moment. » (7).

La France est un pays où par ailleurs la moyenne de santé est bonne, mais où paradoxalement, les inégalités de santé sont encore très présentes. Entre 2009 et 2013 en moyenne, l'écart entre l'espérance de vie des cadres et celle des ouvriers est de 6,4 ans pour les hommes et 3,2 ans pour les femmes, et l'écart entre des diplômés du supérieur et des

non-diplômés est plus important chez les hommes (7,5 ans) que chez les femmes (4,2 ans) (8).

Les Inégalités Sociales de Santé (ISS) recouvrent les différences d'état de santé entre les individus ou groupes d'individus, et elles suivent un gradient de santé. C'est-à-dire que les individus ayant un statut social plus élevé se situent en haut de la pyramide, et ont de meilleurs indicateurs de santé que ceux qui se situent dans le groupe juste en dessous, et ce jusqu'en bas de la pyramide.

Si initialement on associait les ISS au groupe de personnes les plus précaires dans leurs conditions de vie et aux personnes dites exclues de la société, cette notion même de gradient de santé dit autre chose. La précarité qui découle de ces inégalités peut venir toucher tous les groupes d'individus.

Or précarité et pauvreté sont des facteurs de mauvaise santé (9).

La complexité de la prise en charge des patients en situation de précarité a été démontrée dans plusieurs travaux : difficultés initiales dans le repérage des populations précaires, difficultés relationnelles avec parfois un comportement incompris, où la confiance dans la relation demande du travail ; difficultés organisationnelles, consultations chronophages demandant un investissement personnel du médecin qui peut se sentir impuissant, difficultés dans l'orientation de ces patients sur le plan social et associatif (10-15).

La prise en charge s'avère plus complexe. Néanmoins, plusieurs études objectivent que les médecins généralistes considèrent qu'il est de leur rôle de dépister cette précarité (10,13,16). La définition de la précarité n'est souvent pas la même pour tous. Cela peut donc faire sous-estimer le pourcentage de personnes précaires dans la patientèle de chacun.

Les jeunes médecins sont encore plus touchés par toutes ces difficultés (17-19).

Les médecins plus âgés ont davantage d'expérience dans la prise en charge des personnes en situation de précarité, et les difficultés paraissent moindres. Ils ont notamment pu se constituer un réseau de soin important, clef pour lutter contre la difficulté d'accès aux soins (15,17).

L'accès aux soins des personnes en situation de précarité est parfois plus difficile, et ceux-ci peuvent subir le refus de soins (9,20,21).

Il y a depuis plusieurs années en Meurthe-et-Moselle un développement d'outils autour de la précarité.

Depuis 2015, une fiche pratique sur le rôle du médecin dans la prise en charge de la précarité est disponible sur le site internet du Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle de l'Ordre des Médecins (22), créée à partir des travaux de thèses de 2011 du Dr Cécile Flye Sainte Marie et du Dr Isabelle Querrioux (travaux publiés sur le site Santé Publique en 2015) (17).

À la Faculté de Médecine de Nancy, un séminaire sur la précarité est maintenant obligatoire dans la maquette des internes de médecine générale. Depuis 2021, il existe un guide social mis à disposition par la ligue contre le cancer, dans le cadre du Plan cancer 2009/2013.

L'objectif est de proposer des réponses aux questions d'ordre social posées couramment par les personnes malades et leurs proches. On y trouve notamment des fiches-repères sur les principaux acteurs sociaux et un annuaire avec les informations pratiques pour contacter les organismes recensés, faisant 269 pages (23).

Cependant, il n'existe pas encore de support technique disponible qui soit notamment facile et rapide d'accès lors d'une consultation.

Les médecins généralistes utilisent maintenant largement internet dans leur pratique quotidienne (24–26), et le plus souvent pour accéder à des informations scientifiques (27), notamment dans le temps de la consultation.

Internet est devenu l'un des outils les plus utilisés en routine par les médecins généralistes pour effectuer une recherche documentaire (24,28).

Lorsque les médecins se posent des questions pendant la consultation, le manque de temps est cité comme principal frein à la recherche (25,29,30).

Il existe un besoin de disposer d'outils qui soient facilement accessibles, rapides et simples.

C'est ce que proposent les Systèmes d'Aide à la Décision Médicale (SADM) qui sont en plein essor depuis plus de 10 ans (31–33). Ce sont « des applications informatiques dont le but est de fournir aux cliniciens en temps et lieux utiles les informations décrivant la situation clinique d'un patient ainsi que les connaissances appropriées à cette situation, correctement filtrées et présentées afin d'améliorer la qualité des soins et la santé des patients » (34).

On peut citer le plus connu, Antibioclic, qui est passé de 600 visites par jour en 2012, l'année suivant sa création (33) à 9000 utilisateurs par jour en 2018 dont plus de 90% des utilisateurs sont des médecins généralistes (35). Une récente thèse de 2021 sur l'évaluation de l'utilisation d'Antibioclic par les médecins généralistes du Grand Est objective que le site est déjà connu par la très grande majorité des répondants (96,6%) et qu'il est largement utilisé (96,5%) (36).

Il existe d'ailleurs depuis 2016 un portail regroupant les outils numériques du médecin généraliste, dont ces SADM, nommé KitMédical, et pouvant figurer sur certains sites internet de Département de Médecine Générale (DMG) (37).

L'efficacité est définie par les médecins comme l'élément le plus important dans le choix de la source d'information (30).

C'est dans cette optique qu'est née l'idée de réfléchir à la possibilité de création d'un site sur la précarité, que l'on pourrait par analogie appeler "Précariclic".

L'objectif principal de cette thèse est de déterminer les rubriques principales d'un support numérique d'aide à la prise en charge des patients en situation de précarité à destination des médecins généralistes, pouvant être utilisé lors de la consultation. Cette réflexion sur la première arborescence d'un SADM dédié à la précarité doit en définir la faisabilité.

II. MATERIEL ET METHODE

1) La technique du groupe nominal

Cette technique a été développée à l'origine à la fin des années 1960 par deux chercheurs américains, Andrew H. Van de Ven et André L. Delbecq, pour répondre à différentes problématiques dans le domaine socio-psychologique, dans l'industrie aérospatiale ou encore dans l'environnement (38).

Elle s'est développée quelques années plus tard dans le domaine de la santé.

Il s'agit d'une technique de remue-méninges, qui permet de faire émerger une production d'idées individuelles dans un cadre dynamique et très ordonné, pour aboutir, après hiérarchisation de celles-ci, à un consensus.

Cette méthodologie nécessite la création d'un groupe constitué de 5 à 9 experts préalablement choisis.

2) Recrutement des experts

La composition du groupe est un élément essentiel de la méthodologie du groupe nominal, et en assure sa qualité.

Les intervenants sont qualifiés « d'experts », c'est-à-dire qu'ils possèdent une expertise propre au sujet abordé, et se doivent de représenter différents modes d'exercice et types d'approche du domaine exploré.

La précarité pouvant revêtir différentes entités, nous avons donc contacté des participants pouvant garantir cette diversité.

Les experts ont été contactés entre début février et fin mars 2022.

La sélection des experts s'est faite à partir d'échanges avec le milieu associatif. De nombreuses associations ont été appelées. Certaines ont pu transmettre les coordonnées de

professionnels de leurs réseaux travaillant fréquemment avec des patients en situation de précarité. Ces professionnels ont à leur tour permis une prise de contact avec certains de leurs collègues pouvant être intéressés par le projet.

Chaque participant a été contacté personnellement par mail ou téléphone dans un premier temps, afin d'expliquer sommairement le projet de thèse et la méthodologie utilisée.

Après avoir obtenu l'accord des participants, un second mail leur a été envoyé avec une description plus précise du déroulement de la réunion, notamment sur les différentes étapes propres à la technique du groupe nominal.

3) Question nominale

Cette question doit être ouverte, claire et précise. Ne voulant pas entraver la spontanéité des réponses, et afin d'éviter tout biais quant à une discussion possible entre les participants, la question nominale a été posée pour la première fois le jour de la réunion, devant tous les experts réunis.

La question posée aux experts fut :

« Vous recevez en consultation un patient en situation de précarité et vous avez besoin d'informations rapides sur cette thématique. Vous consultez sur internet un système d'aide à la décision médicale. Quelles seraient selon vous, les cinq rubriques principales qu'il faudrait voir apparaître sur la page d'accueil ? »

4) Déroulement de la réunion

La réunion se déroule en 6 étapes principales (39,40) :

1^{ère} étape : énoncé de la question

La question est énoncée à l'oral par l'animateur, et peut être écrite également sur la feuille blanche posée devant chaque expert.

2^{ème} étape : production silencieuse et individuelle des idées

Chaque participant dispose de plusieurs minutes pour écrire sur sa feuille les idées qui lui paraissent en lien avec la question. Aucun échange n'est permis entre les participants, et si besoin, la question peut être énoncée à nouveau par l'animateur.

3^{ème} étape : énoncé des idées

Cette étape consiste à recueillir les réponses des experts. Pour cela, chaque expert à tour de rôle, est invité à citer une de ses propositions. Celle-ci doit être la plus concise et la plus claire possible, et ne doit contenir qu'une seule idée. Si une idée a déjà été exprimée par un confrère, alors celle-ci ne doit pas être énumérée à nouveau.

Il y a autant de tours de table que nécessaire, et chaque proposition est notée et numérotée sur un tableau par l'animateur.

4^{ème} étape : clarification des idées

Durant cette étape, les énoncés ne sont plus individuels, mais appartiennent au groupe. Il est donc crucial que chacun ait la même compréhension de chaque proposition écrite au tableau. Pour ce faire, l'animateur relit chaque idée au groupe, et s'assure qu'ils en ont tous la même compréhension, en précisant qu'il n'est pas nécessaire d'être en accord avec chaque énoncé.

L'animateur peut, si besoin, reformuler lui-même un énoncé ou combiner deux énoncés semblables.

Il est précisé aux participants que tout jugement est à proscrire, pour que chaque personne de l'assemblée se sente libre d'intervenir, dans une ambiance bienveillante.

5^{ème} étape : hiérarchisation des propositions

Cette étape se fait sur un tableau papier, par un vote individuel et anonyme.

Chaque expert quantifie le niveau d'importance de chaque énoncé en notant les propositions de 1 (le moins important) à 5 (le plus important). Toutes les propositions sont ainsi notées et les points sont comptabilisés.

6^{ème} étape : production des résultats

Les 5 propositions ayant obtenu le plus grand nombre de points sont gardées et constituent le résultat final.

III. RESULTATS

1) Organisation de la réunion

Après avoir proposé plusieurs dates aux participants via un lien doodle, la réunion s'est déroulée le vendredi 8 avril à 13h dans les locaux de Médecins du Monde de Nancy, au 13B rue de la Ravinelle.

Douze experts ont été contactés : une assistante sociale, sept médecins généralistes dont un chef de clinique et un médecin travaillant dans une association, une référente régionale d'association ainsi qu'un bénévole soignant de cette association, un médecin hospitalier coordinateur de PASS, un médecin militaire responsable du service militaire volontaire des 18-25ans.

Parmi ces douze experts contactés, six ont été présents lors la réunion (Tableau n°1), les autres ayant dû décliner, faute de disponibilité.

En début de réunion, un diaporama a été présenté aux participants afin de préciser le déroulement exact, et de rappeler le contexte de la thèse (Annexe 1). L'animation et le travail de secrétariat ont été assurés par l'auteure.

La séance a été enregistrée vocalement après avoir obtenu l'accord écrit de tous les participants. Celle-ci a duré 3h.

2) Caractéristiques des participants

Tableau n°1 : caractéristiques experts :

Profession	Sexe	Lieu d'exercice
Médecin généraliste installée, également en lien avec la faculté de médecine de Nancy	Femme	Pont-à-Mousson
Médecin généraliste retraitée exerçant en association	Femme	Metz
Responsable de l'association Médecin du Monde de Lorraine	Femme	Metz-Nancy
Médecin hospitalier coordinateur de PASS	Homme	Nancy
Assistante sociale	Femme	Nancy
Médecin militaire responsable du service militaire volontaire	Femme	Metz

3) Propositions obtenues

Plusieurs tours de table ont été réalisés afin de récolter toutes les propositions. À l'énoncé de certaines propositions, une discussion a pu être nécessaire afin d'être certain que celles-ci ne correspondaient qu'à une seule idée, comprise de tous. Cela n'était pas évident du fait du terme même de la question nominale « rubriques principales », qui nécessairement impliquait une réflexion de ce que les rubriques contiendraient.

De même, parfois l'idée citée semblait similaire à celle d'un voisin, mais le titre de la rubrique n'étant pas tout à fait le même, les deux propositions étaient conservées.

a) Énoncé des propositions

A l'issue de cette étape, 19 propositions ont été listées (Tableau n°2)

Tableau n°2 : Propositions initiales du groupe nominal

1	Couverture maladie
2	Panier de soins
3	Situation sociale du patient (algorithme)
4	Difficultés identifiées (socio-économiques, relationnelles...)
5	Hébergement
6	Prise en charge sociale
7	Ressources médico-sociales : carnet d'adresse
8	Panorama des structures d'aide et d'accompagnement
9	Profils spécifiques, situations particulières
10	Aide au repérage des patients en situation de précarité
11	Soins prioritaires
12	À qui adresser : orientation médico-sociale
13	Annuaire local des personnes ressources
14	Situations d'urgence
15	Situations médico-sociales
16	Outils d'aide à l'échange
17	Abréviations à connaître
18	Cartographie locale des aides (géolocalisation)
19	Pour en savoir plus

b) Analyse et regroupement des propositions

Une fois les propositions ci-dessus listées, une nouvelle discussion au sein du groupe a permis d'identifier celles pouvant être regroupées sous un item plus général, et celles devant rester séparées.

Les échanges ont été très nombreux et très riches, du fait de la complexité de la question, et des difficultés ont été mises en évidence grâce à cette méthodologie.

Cette richesse a aussi résidé dans le fait que pour certains, la proposition évoquée était vue comme une sous-rubrique, alors que pour d'autres, elle constituait bien le titre d'une rubrique principale.

La compréhension de la proposition amenait quasiment systématiquement à une explication de la part du protagoniste de l'idée qu'il s'en faisait, englobant en partie les éléments qui la constitueraient.

Les idées étant parfois sensiblement les mêmes, plusieurs propositions ont été regroupées sous un onglet plus général, donnant alors naissance à un nouveau titre de rubrique.

- Les propositions 1-2-3 ont été regroupées sous le terme « Couverture maladie », pensée dans le sens d'une aide à la prescription en fonction de l'existence ou non d'une couverture maladie, le panier de soins qui en découlerait dans chaque cas, ainsi que les structures ou personnes compétentes vers lesquelles s'adresser.

- Les propositions 4-5-14-15 ont été regroupées sous le terme plus général de « Problématiques spécifiques ». Cet item a été pensé en fonction des déclinaisons qu'il pourrait inclure. Les experts avaient notamment cité l'idée des situations médico-sociales et d'urgence pouvant être rencontrées en consultation et la prise en charge qui en découlerait, ainsi que les difficultés pouvant être rencontrées en termes socio-économiques, relationnelles, d'accès aux logements, les problématiques alimentaires, l'isolement social ; sans que la liste soit exhaustive car cela n'était pas la question nominale.

Cependant le terme « problématiques » était encore en discussion entre les experts qui n'en étaient pas satisfaits, sans trouver à ce stade le terme tout à fait exact.

- Les propositions 7-8-13-18 ont été regroupées sous le terme « Annuaire », imaginé comme un annuaire local avec choix du département dans un premier temps, puis décliné par arborescences. Celui-ci pourrait être complété d'une cartographie ou d'un panorama des structures d'aide grâce à une géolocalisation, et d'une description succincte de ces structures, avec des QR codes renvoyant vers les sites des structures adéquates.

- La proposition 9 « Profils spécifiques et situations particulières » a été scindée en deux, avec le terme « Situations particulières » regroupé sous l'item « Problématiques spécifiques » et le terme « Profils spécifiques » créant une proposition à part.

- Les propositions 16 et 17 ont été regroupées sous l’item « Aide au dialogue », pensé avec 3 sous rubriques : avec patients, avec institutions, avec confrères. Des idées avaient même été évoquées par les experts pour la sous-rubrique « patients » : interprétariat, site de traduction, acronymes, dialogue allophone (pictogramme).

- Les propositions 10 et 19 ont été regroupées sous l’item « Généralités ».

- La proposition « Soins prioritaires » est restée une proposition principale. Celle-ci incluait la notion de dépistage, prévention et vaccination.

A l’issue de ces regroupements et reformulations, 7 propositions ont été validées par les experts sur les 19 initiales (Tableau n°3).

Tableau n°3 : Regroupement des propositions et reformulation des items principaux

1	1-2-3-6	Couverture maladie
2	4-5-14-15	Problématiques spécifiques
3	7-8-12-13-18	Annuaire
4	11	Soins prioritaires
5	9	Profils spécifiques
6	16-17	Aide au dialogue
7	10-19	Généralités

c) Nouveau regroupement et propositions finales

Au terme de ces regroupements donnant alors une vision plus globale, deux nouveaux regroupements ont été décidés par les experts, pour n’avoir finalement plus que 5 propositions (Tableau n°4).

- Les propositions 2 et 5 ont été regroupées sous le terme « Situations de soins ». Ce terme a été décidé à la suite du fait que « problématiques » et « profils » paraissaient finalement peu adaptés pour les médecins en termes de porte d’entrée, d’autant que le médecin n’a pas forcément toujours identifié la problématique en consultation.

Cependant, comme pour l’étape précédente concernant la rubrique « problématiques », le terme « situations de soins » n’a pas été acté définitivement par les experts, jugeant qu’il ne pourrait être validé que dans un second temps, quand le contenu serait précisément déterminé.

- Les propositions 4 et 7 ont été regroupées sous le terme de la proposition n°7, c'est-à-dire « Généralités ».

Tableau n°4 : Propositions finales

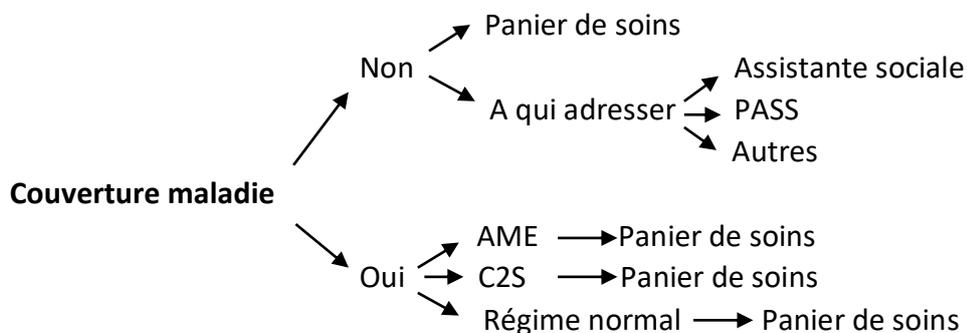
1	1	Couverture maladie
2	2-5	Situations de soins
3	3	Annuaire
4	6	Aide au dialogue
5	4-7	Généralités

En regroupant finalement toutes les propositions en 5 propositions finales, le vote a donc été unanime et consensuel.

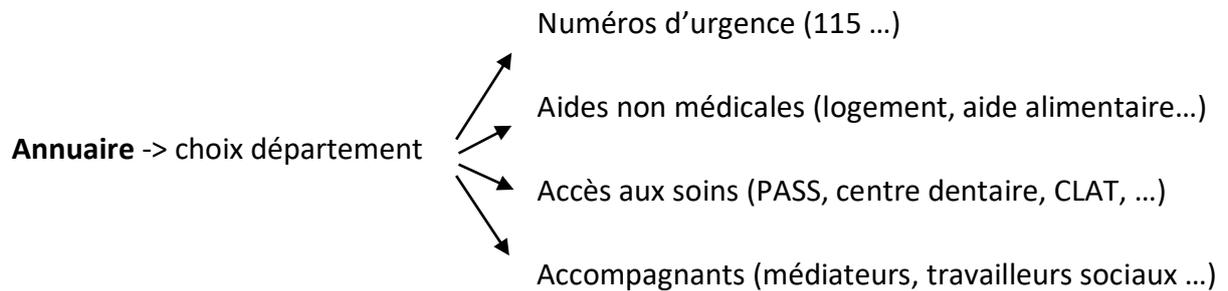
Les rubriques principales ayant été pour la plupart construites par le regroupement et l'explication de sous-rubriques, des arborescences ont été discutées et proposées à l'oral par certains experts, de manière non exhaustive ou définitive. Ces résultats, bien que ne répondant pas directement à la question nominale portant sur « les rubriques principales » ont été indispensables pour arriver aux résultats finaux, et sont donc présentés ci-dessous.

d) Propositions arborescences

- Pour l'item « Couverture maladie »

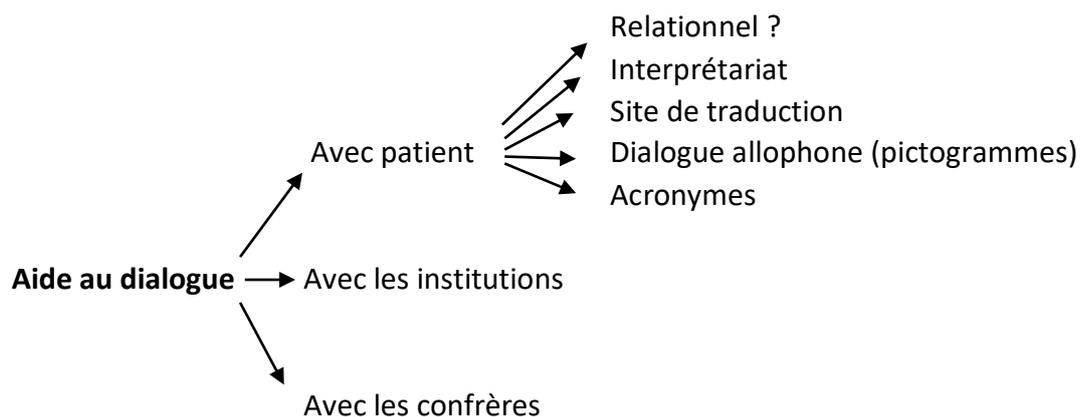


- Pour l'item « Annuaire »

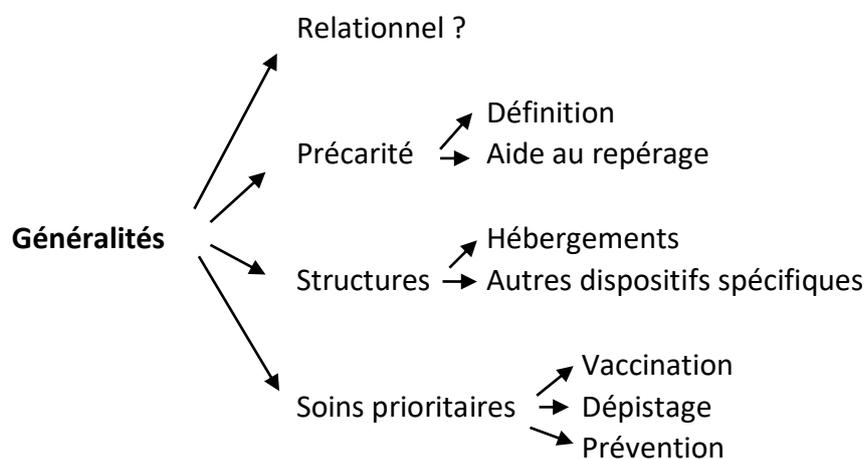


Avec géolocalisation et panorama qui s'afficheraient pour chaque sous-rubrique.

- Pour l'item « Aide au dialogue »



- Pour l'item « Généralités »



- L'item « Situations de soins » ne comporte quant à lui pas d'arborescence, les experts ayant jugé que cela nécessitait une étude à part entière. Cependant l'idée de 3 premières sous-rubriques « Majeurs », « Mineurs », « Personnes âgés » avait été évoquée.

4) Autres résultats

Des pistes de réflexion ont été amorcées par les experts pour la construction du site.

Il a été proposé de penser le site en fonction du niveau de précarité, nécessitant alors un score de précarité.

L'idée a été suggérée d'avoir, par région, un numéro unique pour chaque type de structure. Le médecin appellerait le numéro de la structure souhaitée, laquelle le renverrait vers le centre le plus proche répondant à son besoin, afin de faciliter la prise en charge du patient. Les structures concernées pourraient être, entre autres, les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

Il a été proposé également de mettre une touche d'humour dans le site, pour palier l'appréhension que le médecin peut parfois ressentir dans la prise en charge des patients en situation de précarité.

La question de la place du relationnel dans l'outil et sous quelle forme a également été soulevée.

5) Mise en évidence de difficultés

Les nombreux échanges entre les experts ont permis de soulever plusieurs difficultés :

- Liées à la vision globale de l'outil et aux différences structurelles territoriales de prise en charge de la précarité
- Liées à la question
- Liées à la transversalité des situations de précarité
- Liées à la difficulté de synthétiser toute la connaissance sur la précarité à partir de portes d'entrées
- Liées à une potentielle discrimination intrinsèque à la notion de rubriques ou catégories

IV. DISCUSSION

1) Analyse des résultats

a) Résultat principal : propositions répondant à la question de recherche

Nous avons décidé, en préparant la question nominale, de donner un nombre précis de rubriques principales.

La précarité étant une entité globale, nous avons trouvé plus judicieux, dans l'idée de la construction d'un futur SADM, de partir du commencement, c'est-à-dire des rubriques que l'on voudrait voir apparaître en ouvrant le site.

Cette thèse avait donc pour objectif de donner les portes d'entrée principales d'un futur site dédié à la précarité.

A l'issue de la réunion, 5 rubriques principales ont été décidées par les experts, suite à 2 séries de regroupements.

Les échanges ont été très denses pour arriver à la fois aux 7 propositions, puis aux 5 finales.

Différents points de vue ont été exposés concernant les rubriques et possibles sous-rubriques. Valait-il mieux mettre un annuaire restreint et précis en fonction de chaque rubrique, ou le laisser en rubrique principale ? De même valait-il mieux une rubrique principale « pour en savoir plus », ou qu'une telle sous-rubrique soit incluse dans chaque rubrique principale ?

Toutes ces questions ont donc été débattues entre les experts, forts de leurs expériences, pour arriver finalement à un résultat commun, bien que la méthodologie ait été rappelée sur le fait que les propositions en désaccords étaient alors suivies d'un vote pour arriver à un consensus.

La rubrique « Couverture maladie » a été facilement regroupée. Les experts se sont tous rejoints sur le fait que la présence ou non d'une couverture maladie conditionne toute la prise en charge, et est donc primordiale. En effet, la raison du renoncement aux soins la plus souvent évoquée est la raison financière (9,41).

La présence de cette rubrique vient de plus corroborer l'importance de la connaissance d'une couverture sociale, jugée comme critère indispensable lors du recueil de la situation sociale d'un patient (42).

Concernant l'onglet « Situations de soins », regroupant les termes « problématiques » et « profils », il y a eu consensus sur l'idée approximative de ce que

devrait être cette rubrique mais sans pouvoir adhérer au titre lui-même, estimant que sans contenu, il était impossible de le nommer définitivement.

Cette rubrique nécessitera donc un nouveau travail à part entière, dans l'optique de lister toutes les situations pour lesquelles il existe une aide ou un outil spécifique, en parlant par exemple des situations très fréquentes et pour lesquelles il y a des solutions, et celles exceptionnelles mais tellement spécifiques qu'il faut quand même trouver rapidement une réponse.

On y parlerait notamment des problèmes psychiques et d'addictions.

Concernant la rubrique « Généralités », quelques sous-rubriques ont été évoquées, notamment celle des « soins prioritaires », incluant des rappels sur la prévention, le dépistage et la vaccination, et celle de l'« aide au repérage ».

On constate par exemple que les femmes ayant un bas niveau d'éducation ou de faibles revenus ont le taux de participation le plus faible dans les campagnes de dépistage organisé. De même, le taux de couverture vaccinale est inférieur parmi les enfants issus de familles pauvres (43). Il paraît donc pertinent d'avoir des rappels sur ces sujets.

Concernant le sous-onglet « aide au repérage », l'outil n'a pas vocation à repérer les personnes en situation de précarité en tant que tel. Cependant, au vu de la difficulté avérée du repérage des patients précaires (11) et de l'importance de la prise en charge psychosociale du médecin pouvant inverser la logique de non prise en compte des personnes les plus vulnérables (44), une aide sur les compléments d'information à collecter afin d'avoir le contexte global paraît intéressante.

Il pourrait comporter par exemple un rappel sur les déterminants sociaux de santé, primordiaux pour réduire les ISS (45), dont par ailleurs la formation sur ce sujet est une des propositions du rapport d'évaluation des objectifs de la loi de santé publique du 9 août 2004 du HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique) (46).

Pour la rubrique « Annuaire », cela vient confirmer la nécessité ressentie par les médecins d'être aiguillés dans l'orientation médico-sociale et associative de leurs patients (17,19).

La construction d'un partenariat avec des professionnels du champ médico-social permet de répondre au mieux aux besoins des patients (44).

Concernant l'onglet « Aide au dialogue », celui-ci répond bien à une autre problématique que les médecins peuvent rencontrer en consultation. Ils peuvent être confrontés à la barrière de la langue (14,47), à une différence culturelle qui fait que parfois le patient ne comprend pas la prise en charge proposée, ce qui rend celle-ci de facto plus complexe.

Pour toutes ces rubriques principales hormis celle « Situations de soins », des esquisses d'arborescences ont été proposés par les experts, pouvant être des pistes de réflexion sur lesquelles s'appuyer pour le contenu du site.

b) Autres résultats

-> Propositions sur la forme du site

L'idée a été soumise de penser le site en fonction de scores de précarité. Il en existe plusieurs français, mais qui ont tous été pensés à partir de démarches épidémiologiques (48). Il est cependant à noter que la validité externe d'un des scores, le score PRECAR, a été étudiée dans plusieurs travaux de thèse sans que rien ne soit formellement établi pour le moment dans l'utilisation légitime en médecine générale, notamment dans le milieu rural (49). De plus le questionnaire est à destination des personnes francophones, et ne pourrait donc pas être transposé à toutes les situations cliniques.

L'idée d'une cartographie par géolocalisation a été évoquée par un des experts. Plusieurs experts ont approuvé cette idée, à inclure dans la rubrique annuaire.

De même, l'idée de QR codes renvoyant vers les structures adéquates à contacter a été proposée, comme cela a été mis en place à Metz.

Les experts ont également proposé d'imaginer le futur SADM en arborescences par des sous-rubriques, ou en menu déroulant.

-> Place du relationnel

Une des difficultés principales identifiées par les médecins est celle du relationnel, notamment du comportement (19,47). La représentation que l'on peut avoir des patients dits « précaires » peut être un frein dans leur prise en charge (50,51).

De même, les différences culturelles peuvent être pourvoyeuses de difficultés, et marquer un sentiment d'impuissance chez le médecin (19).

La confiance est déterminante dans une relation de soin, et les médecins ressentent une plus grande difficulté à créer ce lien avec les patients en situation de précarité (14).

De la même manière, un travail de thèse portant sur des patients consultant dans un espace de solidarité insertion (E.S.I) sur Paris, a objectivé que chez quasiment 50% des répondants, la peur du jugement et le manque d'écoute des médecins étaient cités comme frein pour consulter en cabinet de médecine générale « de ville » (52), altérant indéniablement la relation de confiance.

Nous ne connaissons pas tout de nos patients. Les prescriptions ne seront pas toujours respectées, en raison de problèmes financiers chez le patient, d'une mauvaise compréhension de l'intérêt de la prescription, ou d'une difficulté d'observance. Les rendez-vous ne sont pas toujours honorés, et les comportements pas toujours compris.

Le passage du serment d'Hippocrate « 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 » prend alors tout son sens, et des pistes d'amélioration sont possibles.

L'importance du relationnel n'est pas évidente à retranscrire dans un SADM. Ce point nécessitera donc une attention particulière.

c) Analyse des difficultés

- Liées à la globalité de l'outil :

L'outil ayant été pensé comme un outil national, il a fallu raisonner de manière globale pour que celui-ci soit par la suite déclinable en fonction des régions.

- Liées à la question :

La notion de « rubriques principales », c'est-à-dire de portes d'entrée dans la précarité, a engendré spontanément une réflexion du contenu de celles-ci, afin que la rubrique générale soit la plus précise possible et comprise de la même manière par tous les protagonistes de la réunion.

- Liées à la transversalité de la précarité :

À plusieurs reprises, cette difficulté a été mise en évidence. La précarité est une entité globale regroupant plusieurs caractéristiques. Un patient peut se retrouver en même temps dans plusieurs situations de précarité, ce qui est alors difficile à retranscrire sur un site qui fonctionnerait en rubriques ou arbres décisionnels. Il a donc été suggéré que certaines informations identiques devraient se trouver dans des rubriques différentes, de manière à y arriver par des chemins différents.

- Liées à la difficulté de synthèse :

Le fait de synthétiser des informations amène au risque d'en exclure certaines qui auraient été jugées pertinentes par d'autres personnes.

Il a fallu réfléchir au moyen d'appréhender la notion de précarité à partir de rubriques principales en canalisant au mieux la connaissance sur le sujet, sans être nécessairement exhaustif.

En effet, l'outil étant pensé comme un SADM, il a donc vocation à faire trouver rapidement la réponse, et donc à sélectionner les informations qui seront pertinentes à détailler ou non.

Les experts ont donc essayé de raisonner d'un point de vue pratico-pratique. Cette difficulté était d'autant plus prégnante pour ce thème de la précarité, car incluait de poser des limites dans la connaissance, en insérant ou excluant des éléments, sur un sujet qui n'a pas de limites nettes.

On peut constater par ailleurs, qu'il n'y a pas de MeSH équivalent au terme précarité. Le terme précarité est associé par le descripteur MeSH comme « vulnérabilité sociale ».

- Lié à une possible discrimination :

La question nominale portant sur des rubriques a donc amené à la réflexion autour de catégories, et notamment de catégories de patients. Le fait de parler de profils a posé question aux experts, notamment d'un point de vue éthique, car cela pouvait réduire le patient à cette seule catégorie et potentiellement le stigmatiser.

2) Validité interne

a) Méthode du groupe nominal

Nous avons choisi cette méthode de consensus pour ce travail, permettant de hiérarchiser les connaissances sur un sujet aussi complexe que la précarité.

En effet, c'est une méthode très structurée qui peut paraître parfois restrictive lors de la réunion et faire naître de la frustration. Mais c'est ce qui s'avère précisément nécessaire pour hiérarchiser et poser un cadre, surtout sur un sujet aussi vaste que la précarité.

Nous aurions pu utiliser la méthode Delphi qui est une autre méthode de consensus citée par l'HAS (53). Cependant celle-ci est plus complexe à mettre en œuvre, avec des risques d'abandon des participants, et ne permet pas autant d'interactions entre les experts, ce qui paraissait indispensable pour ce sujet.

La force de notre question a résidé dans son originalité, c'est-à-dire d'une part avoir pensé le site par portes d'entrée, et de l'avoir pensé d'autre part comme une base générale pouvant être déclinée dans toutes les régions et départements.

Mais cette méthode a aussi montré une limite dans notre thèse. Dans la description de celle-ci, une proposition énoncée équivaut à une idée.

Notre question portant sur les rubriques principales, elles peuvent être alors considérées comme des idées principales, mais regroupant finalement une déclinaison d'autres idées.

De plus, au vu de la richesse des échanges, la TGN n'est pas la méthode la plus adaptée pour tout retranscrire.

Cependant, grâce à cette méthode, notre thèse a permis de faire émerger les rubriques principales d'un futur SADM, et donc d'objectiver que cela était réalisable. Elle a également permis de donner des pistes de réflexions pour la suite, notamment en proposant des arborescences et en soulevant les difficultés auxquelles il faudra s'attendre à répondre.

A ma connaissance, il n'existe pas d'autres thèses médicales construites de la sorte dans le but de créer un SADM.

b) Faisabilité

La méthode du groupe nominal implique de réunir plusieurs experts au même moment dans un même lieu. Cela nécessite d'être disponible à cet instant précis et de faire le déplacement.

L'enthousiasme des experts contactés sur le projet s'est heurté à des contraintes d'agenda, dont celles de l'auteure, pour arriver à 6 experts présents sur les 12 contactés.

Cependant ce nombre respecte la méthodologie du groupe nominal, étant compris entre 5 et 9 participants.

Notre thèse a également permis de démontrer que la création d'un futur SADM par rubriques principales était possible, c'est-à-dire conçu en partant du haut de la pyramide de connaissance sur la précarité.

c) Biais

- Biais de sélection

Le choix des experts a constitué un biais de sélection incontournable. La prise de contact a débuté par le biais associatif, conduisant au partage des coordonnées de quelques personnes de leur réseau, ayant un intérêt certain pour la précarité. De ce fait, certains experts se connaissaient déjà.

Concernant la représentativité de l'échantillon, l'outil étant destiné à des médecins généralistes, ils auraient pu être plus représentés. Cependant, étant dans la première phase de la création de l'outil, c'est-à-dire dans sa vision la plus globale, les experts présents restaient bien représentatifs de l'étendue du domaine de la précarité.

- Biais de mesure et de résultats

La complexité de la question a pu entraîner des biais de mesure. Le fait de proposer de définir des rubriques principales pour un SADM a logiquement fait réfléchir les experts sur ce que ces rubriques contiendraient. La TGN décidant d'un temps court de réflexion pour

énoncer les propositions, les experts ont pu manquer de temps pour réfléchir au mieux à leurs propositions.

De plus, il a parfois été nécessaire de redéfinir la méthodologie, surtout au moment de la troisième étape, c'est-à-dire l'énoncé des propositions à tour de rôle. En effet, l'expert précisant sa pensée proposait finalement souvent déjà des éléments constitutifs d'un arbre décisionnel, ce qui engendrait indéniablement l'émergence de commentaires ou argumentaires des autres experts.

- Biais d'analyse et d'interprétation

L'animation et le secrétariat de la réunion assurés par l'auteure, ainsi que son inexpérience en la matière, ont pu constituer des biais dans la retranscription des résultats. Cependant, les séries de regroupements donnant lieu parfois à de nouvelles propositions ont été discutées et validées entre les experts, réduisant la marge d'erreur.

3) Validité externe

a) Applicabilité

L'outil ayant été pensé comme un outil global, il avait vocation à être applicable au niveau national.

Il existe un cadre commun et des lois nationales, mais la prise en charge de la précarité diffère selon les régions, et entre les départements d'une même région, modifiant alors les possibles orientations des patients.

Les numéros dans l'annuaire seront donc à entrer en fonction des départements, nécessitant un travail conséquent préalable de recensement et de mise à jour.

Cet outil, s'il garde cette conception nationale, devrait donc être une base générale reprise par exemple par toutes les ARS.

Plusieurs interrogations sont donc soulevées, notamment sur le financement qui sera nécessaire ainsi que l'organisation des mises à jour.

b) Intérêt du travail

La prise en charge des patients en situation de précarité n'est pas toujours évidente, et il existe un besoin d'aide sur ce sujet, notamment au niveau de l'orientation médico-sociale (50,54).

L'accès aux soins et à la santé, et aux structures adéquates est une problématique majeure chez les personnes en situation de précarité. L'onglet annuaire et orientations de notre outil,

aiderait à une meilleure prise en charge globale des patients en situation de précarité et donc à avoir un impact positif sur leur santé, et réduire les inégalités sociales de santé.

Les personnes précaires estiment que l'alimentation et l'hébergement sont des piliers pour leur santé (55). Pouvoir les aiguiller au mieux est donc fondamental.

4) Ouverture

Notre thèse, par sa vision globale de l'outil et l'émergence des difficultés attendues, permet d'ouvrir la voie à d'autres travaux et donne un aperçu de l'étendue du travail restant à accomplir.

La rubrique « Situations de soins » n'étant pas clairement définie tant au niveau de son titre que de son futur contenu, un autre travail de thèse serait nécessaire, et pourrait être réalisé également par la méthode du groupe nominal. Les experts pourraient alors être exclusivement des médecins généralistes exerçant dans différentes zones, afin d'avoir un groupe plus homogène sur cette réflexion.

A l'instar d'autres créations de site, comme celles de psychotropes.fr, (56,57), le SADM de la précarité pourrait être constitué de plusieurs travaux de thèses. Il nécessitera cependant, du fait de son ambition, le complément d'instances compétentes pour le finaliser.

L'outil pourrait être testé dans une région avant d'être généralisé, et diffusé par exemple aux différents DMG.

L'annonce d'un projet d'outil numérique dédié à la précarité a enthousiasmé les experts et les professionnels sur le terrain. Cet entrain est un appel à poursuivre le travail.

V. CONCLUSION

La précarité est un prisme à plusieurs facettes. Son caractère transitoire pouvant concerner différents aspects de la vie, fait qu'en saisir toute la complexité n'est pas aisé.

Ce sujet nécessite une grille de lecture particulière de notre système de soin. La prise en charge médicale est à adapter à la spécificité de la situation et de la demande des patients. Leurs besoins ne se situent pas toujours au même niveau. Si pour certains l'important est l'accomplissement de soi, pour d'autres la préoccupation principale est de se nourrir et se loger. C'est ce que l'on nomme la pyramide des besoins, ou pyramide de Maslow. Une prise en charge optimale selon les recommandations n'est pas toujours réalisée ou réalisable. C'est le principe de l'approche centrée patient, et cette distance entre recommandations et pratiques est encore plus marquée dans la prise en charge des patients en situation de précarité.

La littérature nous montre que les médecins généralistes se trouvent confrontés à plusieurs difficultés spécifiques lorsqu'ils soignent des patients en situation de précarité. Différents supports d'aide sont à disposition des médecins, mais il n'existe pas de support technique disponible qui soit rapidement accessible dans le temps d'une consultation.

Ce constat a motivé la réalisation de ce travail.

Nous avons choisi d'utiliser la technique du groupe nominal, permettant de hiérarchiser des éléments, reflétant la quintessence de notre question.

Notre travail a permis de faire ressortir, grâce à une réflexion collective d'un groupe d'experts, un consensus sur les cinq rubriques principales qu'il faudrait voir apparaître sur la page d'accueil de l'outil : « Couverture maladie », « Situations de soins », « Annuaire », « Aide au dialogue », « Généralités ».

La rubrique « Situations de soins » devra faire l'objet d'un nouveau travail pour en préciser le contenu, et ainsi être redéfinie.

Ce travail a également permis de pousser la réflexion de l'outil au-delà de la question nominale. Différentes sous-rubriques ont été discutées par les participants lors de la réunion, et des arbres décisionnels ont été proposés.

La place du relationnel dans le site reste encore à définir. Un outil fonctionnel ne se substituera pas à des qualités relationnelles indispensables à la prise en charge des patients les plus fragiles.

La faisabilité d'un SADM sur la précarité est objectivée. Ce travail pourra servir de prérequis pour la concrétisation d'un tel outil.

BIBLIOGRAPHIE

1. A D, A D. Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : Retour sur 3 années d'actions [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2022 [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/toutes-les-actualites/article/strategie-nationale-de-prevention-et-de-lutte-contre-la-pauvrete-retour-sur-3>
2. Rapport 2021 : l'essentiel sur les inégalités de revenus [Internet]. Observatoire des inégalités. [cité 7 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/L-essentiel-des-inegalites-de-revenus-rapport>
3. Bulletin national de l'ordre des médecins Henry EA Corinne Drault. Accès aux soins et précarité. La situation se dégrade. juin 2014;(35):17-22.
4. INSEE. L'essentiel sur... la pauvreté | Insee [Internet]. 2021 [cité 29 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5759045>
5. INSEE : ce que la stabilité du taux de pauvreté ne dit pas [Internet]. Public Senat. 2021 [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.publicsenat.fr/article/societe/insee-ce-que-la-stabilite-du-taux-de-pauvrete-ne-dit-pas-191096>
6. française CR. Covid-19 : la crise fait basculer des milliers de personnes dans la précarité [Internet]. Croix-Rouge française. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.croix-rouge.fr/Actualite/COVID-19-Les-nouveaux-visages-de-la-precarite/Covid-19-la-crise-fait-basculer-des-milliers-de-personnes-dans-la-precarite-2451>
7. Basset B. Agences régionales de santé : Les inégalités sociales de santé. Saint-Denis: INPES; 2009. (Dossiers varia).
8. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers - Insee Première - 1584 [Internet]. [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908110>
9. Geeraert J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Soins. nov 2014;59(790):14-8.
10. Le repérage des patients en situation de précarité par les médecins généralistes. Katia Mazalovic, Claire Zabawa, Pierre-Henri Roux-Levy et Maryse Gaimard. Popul Vulnérables [Internet]. 2019 [cité 22 janv 2022];5. Disponible sur: <http://populations-vulnerables.fr/Dimensions-territoriales-vulnerabilites/Mazalovic-Zabawa-Roux-Levy-Gaimard.html>
11. Laurent Querrioux I. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude qualitative par focus groups [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2011.

12. Bariod M. Précarité et confiance en son médecin traitant : étude observationnelle prospective chez les consultants en soins premiers. [Thèse d'exercice]. Université de Bourgogne; 2018.
13. Mélanie Pubert, Julien Giraud (ORS Nouvelle-Aquitaine), Jacques Pisarik, Hélène Chaput, et al. Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques des médecins généralistes. *Etudes Résultats*. oct 2018;(1089).
14. Boudaoud-Chebrek K. Approche du patient en situation de précarité en médecine générale Place des structures sociales et associatives sur le territoire roubaisien [Thèse d'exercice]. Université du droit et de la santé - Lille 2; 2016.
15. Lemaire épouse Lesoin C. Représentations des médecins généralistes sur les inégalités sociales de santé: étude qualitative réalisée chez quinze médecins généralistes de la région avignonnaise [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier , Faculté de médecine de Grenoble; 2012.
16. Golano T. Précarité au cabinet du médecin de premier recours : perceptions de la précarité de leurs patients par 47 médecins romands [Internet] [Mémoire]. Université de Lausanne; 2011 [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_28B1C8E95682.P001/REF.pdf
17. Marie CFS, Querrioux I, Baumann C, Patrizio PD. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. *Sante Publique (Bucur)*. 31 déc 2015;27(5):679-90.
18. Roman-Amat C. Représentations de la précarité parmi les internes en cours de formation pour devenir urgentistes à Lyon [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2019.
19. Christin O, Arnou L. Influence de l'expérience en stage de médecine générale de niveau 1 sur les représentations des internes vis-à-vis des patients en situation de précarité [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2019.
20. Wicky-Thisse M. Causes de renoncements et de non-recours aux soins primaires des personnes en situation de précarité [Thèse d'exercice]. Université de Franche-Comté; 2017.
21. Pauchet MC. Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Regards*. 11 sept 2018;53(1):43-56.
22. Fiches pratiques précarité | Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle de l'Ordre des médecins [Internet]. [cité 5 févr 2022]. Disponible sur: <https://conseil54.ordre.medecin.fr/content/fiches-pratiques-10>
23. Maps S map: G. Guide social [Internet]. Ligue contre le cancer. 2020 [cité 5 févr 2022]. Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/article/31287_guide-social

24. Clément Perrin S. Quels sites internet utilisent les médecins généralistes en consultation? Enquête de pratique auprès de 100 médecins généralistes libéraux installés en Gironde [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2016.
25. Soubieux A. Comment les médecins généralistes utilisent-ils internet au cours de leurs consultations? Une enquête qualitative. [Thèse d'exercice]. Université François Rabelais, Faculté de médecine de Tours; 2013.
26. Thoër C. Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? Commun Rev Commun Soc Publique. 1 déc 2013;(10):1-24.
27. Santé Connect' 2018 : quelles sont les sources d'informations majeures des professionnels de santé ? [Internet]. Ipsos. [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/sante-connect-2018-quelles-sont-les-sources-dinformations-majeures-des-professionnels-de-sante>
28. Aubry Octruc E. L'accès à l'information du médecin généraliste en consultation Enquête auprès des médecins généralistes d'Ile de France : leurs besoins, leurs stratégies de recherche, les sources sollicitées [Thèse d'exercice]. Université Pierre et Marie Curie, Paris 6; 2008.
29. Jeannot, J., G. L'utilisation d'internet en médecine n'est plus une option. Rev Med Suisse. 2015;1(474):1060-3.
30. Cook DA, Sorensen KJ, Wilkinson JM, Berger RA. Barriers and Decisions When Answering Clinical Questions at the Point of Care: A Grounded Theory Study. JAMA Intern Med. 25 nov 2013;173(21):1962-9.
31. Créange J, Desesquelles M. Palliaclic :Comment créer un système d'aide à la décision médicale informatique, pour la prise en charge des situations de soins palliatifs à domicile, adapté aux besoins des médecins généralistes isérois? Conception du site Palliaclic [Thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes; 2019.
32. Ben Hamouda A. GESTACLIC : Création et évaluation d'un site Internet d'aide au suivi de grossesse en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot, Paris 7; 2014.
33. Pauline Jeanmougin, Jean-Pierre Aubert, Josselin Le Bel,, Michel Nougairède. Antibioclic : outil pour une antibiothérapie rationnelle en soins primaires. Rev Prat. sept 2012;(62):978.
34. Renaud-Salis JL, Lagouarde P, Darmoni S. Etude des systèmes d'aide à la décision médicale. Livrable 2 : Etat des lieux - partie 1. CEGEDIM Act. 2010;46.
35. Dr Tristan Delory. Antibioclic : Une plateforme francilienne, accessible en ligne pour une antibiothérapie rationnelle en médecine de premier recours. 2018.
36. Schrub G. Evaluation de l'utilisation d'antibioclic par les médecins généralistes du Grand Est [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg; 2021.

37. Boite à outils [Internet]. Département de Médecine générale. 2019 [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: <https://dmgreims.com/boite-a-outils/>
38. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *Am J Public Health*. mars 1972;62(3):337-42.
39. Grenier J, Lagarde M. LA TECHNIQUE DU GROUPE NOMINALE (TGN), UNE MÉTHODE DE CUEILLETTE DES DONNÉES À CONNAÎTRE. 2000;8.
40. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer [Internet]. déc 2011 [cité 1 mars 2022];99. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/101916>
41. DRESS. Le non-recours aux prestations sociales : Mise en perspective et données disponibles. juin 2020;(57).
42. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale? *Collège Médecine Générale*. 2014;
43. Spira A, Adolphe M, Hermange MT, Lecomte D, Benoît MMG, Dreux CL, et al. Précarité, pauvreté et santé. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 avr 2017;201(4):567-87.
44. Chatelard S. Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé: revue de la littérature [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier , Faculté de médecine de Grenoble; 2011.
45. INPES , CMG. Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale. mai 2014;
46. Tudrej BV, Etonno R, Martinière A, Hervé C, Birault F. Clinique de la précarité ? Réflexions éthiques et retour d'expériences autour d'un modèle de repérage des déterminants sociaux de la santé vers la santé publique clinique. *Ethics Med Public Health*. 1 juill 2018;6:15-25.
47. Philippe V. L'accueil des personnes en grande précarité par les médecins généralistes lyonnais. Enquete qualitative par entretiens individuels aupres de medecins generalistes de Lyon [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.
48. Martiniere A. Les scores et déterminants de la précarité dans la pratique clinique : revue de la littérature [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2018.
49. Vidal A, Marsac J. Participation à la validation externe du score PRECAR: étude de transportabilité [Thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes; 2017.
50. Ben Hammou K. Le patient précaire au cabinet de médecine générale: le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires [Thèse d'exercice]. Faculté mixte de médecine et pharmacie de Rouen; 2014.
51. Bruchon M. Ressources mobilisées au cours de la consultation pour construire une alliance thérapeutique avec un patient en situation de précarité. Etude qualitative

auprès de médecins généralistes de la région Auvergne Rhone Alpes [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2019.

52. Simon L. Profils sociodémographiques et mode de recours aux soins des patients précaires consultant dans un espace solidarité insertion (E.S.I) parisien « La maison dans la rue » [Thèse d'exercice]. Université Pierre et Marie Curie, Paris 6; 2013.
53. André-Vert J, Dhénain M. Élaboration de recommandations de bonne pratique : méthode « Recommandations par consensus formalisé ». HAS. Mise à jour 2015 2010;
54. Matz (Flye Sainte Marie) C. 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 [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2011.
55. Bonheure A. Les priorités de santé des personnes en situation de précarité : une étude qualitative auprès de résidents de Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale et d'usagers d'accueils de jour. [Thèse d'exercice]. Université Bretagne Loire; 2017.
56. Palmato C. Conception d'un site internet d'aide à la prise en charge des pathologies mentales et à la prescription des psychotropes en soins premiers : Psychotropes.fr [Thèse d'exercice]. [Université Toulouse III - Paul Sabatier]; 2018.
57. Eveno SH, Bani E. Élaboration d'une fiche-type médicament d'aide à la prescription de médicaments psychotropes en soins premiers [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018.

ANNEXES

Annexe 1 : PowerPoint

Diapositive n°1 :

A Nancy, le
Réunion de travail en groupe nominal : thèse sur la précarité

Je soussigné(e), Dr , autorise l'enregistrement vocal de cette réunion. Les données resteront anonymes et confidentielles, et seront utilisées dans le strict cadre de la présente thèse.

Diapositive n°2 :

Nancy, le 08/04/2022

**Détermination des principaux éléments de contenu d'un support numérique d'aide pour la prise en charge des patients en situation de précarité, à destination des médecins généralistes.
Etude en groupe nominal**

DESJARDIN Anne-Elisabeth
Etudiante en médecine générale

Président : Pr DI PATRIZIO Paolo
Directeur : Dr VAUTHIER Jean-Charles

Diapositive n°3 :

Contexte

- Thème imaginé suite à un travail de terrain auprès des associations
- La précarité est une des préoccupations publiques majeures
- Plusieurs supports existent : fiches, formations à la faculté, guides...
- Manque de temps = principal frein
- L'efficacité est citée par les médecins comme étant l'élément le plus important dans le choix de la source d'information
- Besoin d'un outil numérique rapide, d'où l'idée de la thèse
- Système d'aide à la décision médicale (SADM) : site type [Antibiocllic...](#) → [Précariclic?](#)

Diapositive n°4 :

Définition SADM

Ce sont « des applications informatiques dont le but est de fournir aux cliniciens en temps et lieux utiles les informations décrivant la situation clinique d'un patient ainsi que les connaissances appropriées à cette situation, correctement filtrées et présentées afin d'améliorer la qualité des soins et la santé des patients »

Diapositive n°5

Méthodologie du groupe nominal

- Méthode de consensus très structurée
- Déroulement de la séance en plusieurs étapes :
 - 1) énoncé de la question nominale
 - 2) production silencieuse des idées
 - 3) collecte des idées
 - 4) clarification des énoncés (sans jugement)
 - 5) hiérarchisation des idées par vote
 - 6) production des résultats

Diapositive n°6 :

Question nominale

« Vous recevez en consultation un patient en situation de précarité et vous avez besoin d'informations rapides sur cette thématique. Vous consultez sur internet un système d'aide à la décision médicale. Quelles seraient selon vous, les cinq rubriques principales qu'il faudrait voir apparaître sur la page d'accueil ? »

Diapositive n°7 :

Rang	Proposition
1	...
2	...
3	...
4	...
5	...

Rang 1 = 5 points
Rang 2 = 4 points
Rang 3 = 3 points
Rang 4 = 2 points
Rang 5 = 1 points

VU

NANCY, le 18 mai 2022
Le Président de Thèse

NANCY, le 19 mai 2022
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 12483C

NANCY, le 20 mai 2022

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

Introduction : La précarité est une notion difficile à cerner. Tous les médecins rencontrent des patients en situation de précarité. De nombreux obstacles entravent une prise en charge optimale. Différents supports d'information sur la précarité existent. Ils sont peu adaptés à l'usage dans le temps de la consultation. Internet est utilisé par une immense majorité de médecins en consultation, et l'efficacité est définie par ceux-ci comme l'élément le plus important dans le choix de la source d'information. C'est dans cette optique que la création d'un SADM dédié à la précarité a été envisagée. Pour définir la faisabilité d'un tel outil, nous proposons d'en déterminer les rubriques principales.

Matériel et méthode : Nous avons choisi d'utiliser la technique du groupe nominal pour répondre à cet objectif. C'est une méthode de consensus, qualitative, structurée, qui réunit plusieurs experts autour d'une même question, afin de proposer plusieurs propositions. Une étape de clarification est par la suite nécessaire pour procéder ou non à des regroupements, puis un vote est réalisé pour aboutir aux propositions finales qui feront consensus.

La question soumise aux experts est : « Vous recevez en consultation un patient en situation de précarité et vous avez besoin d'informations rapides sur cette thématique. Vous consultez sur internet un système d'aide à la décision médicale. Quelles seraient selon vous, les cinq rubriques principales qu'il faudrait voir apparaître sur la page d'accueil ? »

Résultats : Un groupe de 6 experts s'est réuni pour répondre à cette question. Sur 19 propositions initiales et après 2 séries de regroupements, les experts se sont accordés sur 5 rubriques principales que sont « Couverture maladie », « Situations de soins », « Annuaire », « Aide au dialogue », « Généralités ». Le résultat final produisant 5 propositions, le vote a donc été unanime. Il a cependant été acté que la rubrique « Situations de soins » serait à redéfinir tant sur son titre que sur son contenu. Ce travail traitant de rubriques principales, différentes sous-rubriques ont déjà fait l'objet de réflexions par les experts et des arborescences ont été proposées.

Discussion : Cette réunion regroupant des experts de la précarité a été accueillie avec enthousiasme. Elle constitue la base de la création d'un SADM pour la précarité. La place du relationnel dans l'outil a été soulevée. Notre thèse, par sa vision globale de l'outil, permet d'ouvrir la voie à d'autres travaux et donne un aperçu de l'étendue du travail restant à accomplir. La création d'un tel outil justifie l'appropriation de ce projet par des instances compétentes.

TITRE EN ANGLAIS :

Determination of the main content elements of a digital aid support for the care of patients in precarious situations, intended for general practitioners. Study in nominal group.

THESE : MEDECINE GENERALE, ANNEE 2022

MOTS CLEFS

Précarité, inégalités sociales de santé, relation médecin-malade, SADM, internet

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 Vandoeuvre les Nancy Cedex