



HAL
open science

Prise en charge médico-sociale des patients en situation de précarité dans les maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne

Jean-Philippe Boul

► **To cite this version:**

Jean-Philippe Boul. Prise en charge médico-sociale des patients en situation de précarité dans les maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne . Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01780622

HAL Id: dumas-01780622

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01780622v1>

Submitted on 7 Jun 2018

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

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



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
FACULTÉ DE MÉDECINE**

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Jean-Philippe BOUL

Né le 29 octobre 1985 à Avranches

Prise en charge médico-sociale des patients en situation de précarité dans les maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne.

**Thèse soutenue à RENNES
le 27 janvier 2017**

devant le jury composé de :

M. Le Professeur Alain LEGUERRIER

PU-PH Chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire CHU Rennes

Président du jury

M. Le Professeur Pierre TATTEVIN

PU-PH Maladies infectieuses et médecine tropicale CHU Rennes

Assesseur

M. Le Docteur Emmanuel ALLORY

MCU Associé en Médecine générale DMG Rennes

Assesseur

M. Le Docteur Didier MICHEL

Médecin généraliste Réseau Louis Guilloux Rennes

Directeur de thèse

M. Le Docteur Jean-Marc CHAPPLAIN

Médecin de santé publique et médecine sociale CHU Rennes

Membre invité



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
FACULTÉ DE MÉDECINE
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Jean-Philippe BOUL

Né le 29 octobre 1985 à Avranches

Prise en charge médico-sociale des patients en situation de précarité dans les maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne.

Thèse soutenue à RENNES
le 27 janvier 2017

devant le jury composé de :

M. Le Professeur Alain LEGUERRIER
PU-PH Chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire CHU Rennes
Président du jury

M. Le Professeur Pierre TATTEVIN
PU-PH Maladies infectieuses et médecine tropicale CHU Rennes
Assesseur

M. Le Docteur Emmanuel ALLORY
MCU Associé en Médecine générale DMG Rennes
Assesseur

M. Le Docteur Didier MICHEL
Médecin généraliste Réseau Louis Guilloux Rennes
Directeur de thèse

M. Le Docteur Jean-Marc CHAPPLAIN
Médecin de santé publique et médecine sociale CHU Rennes
Membre invité

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom

Sous-section de CNU

ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique; médecine d'urgence ; addictologie
Professeur des Universités en surnombre	
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOURGUET Patrick	Biophysique et médecine nucléaire
Professeur des Universités Emérite	
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Professeur des Universités en surnombre	
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard	Rhumatologie
Professeur des Universités Emérite	
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude	Cardiologie
Professeur des Universités Emérite	
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques	Pédopsychiatrie; addictologie
Professeur des Universités associé, à mi-temps	
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
DECAUX Olivier	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Professeur des Universités en surnombre	
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénérologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude	Parasitologie et mycologie
Professeur des Universités Emérite	
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUGÉ Sandrine	Médecine générale
Professeur des Universités associé	
HUSSON Jean-Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Professeur des Universités Emérite	
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick	Médecine légale et droit de la santé
Professeur des Universités en surnombre	
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Professeur des Universités en surnombre	
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MENER Eric	Médecine générale
(Professeur associé des universités de MG)	
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
(Professeur associé)	
MORTEMOUSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier	Médecine générale
(Professeur associé des universités de MG)	
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
THIBAULT Ronan	Nutrition
THIBAULT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ALLORY Emmanuel (Maître de conférence associé)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénérologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Pedro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric (maître de conférence associé)	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**Nom Prénom****Sous-section de CNU**

ROBERT Gabriel

Psychiatrie d'adultes; addictologie

SAULEAU Paul

Physiologie

SCHNELL Frédéric

Physiologie

THEAUDIN Marie épouse SALIOU

Neurologie

TURLIN Bruno

Anatomie et cytologie pathologiques

VERDIER Marie-Clémence

Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique;

(Lome)

addictologie

ZIELINSKI Agata

Remerciements membres du jury

À Monsieur le Professeur Alain Leguerrier.

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et de juger mon travail. Je tiens à vous exprimer mes sincères remerciements pour m'avoir accordé votre confiance. Votre sens des responsabilités est exemplaire.

À Monsieur le Professeur Pierre Tattevin.

Vous avez accepté de participer à mon jury de thèse. Veuillez trouver l'expression de ma profonde reconnaissance. Je n'oublierai jamais la pédagogie de vos enseignements dans le domaine de la médecine tropicale et humanitaire.

À Monsieur le Docteur Emmanuel Allory.

Pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse avec spontanéité et pour l'intérêt porté à ce travail. Veuillez recevoir mes sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur Jean-Marc Chaplain.

Pour vos précieux conseils de méthodologie, votre rigueur, votre sens critique et votre sympathie. Veuillez recevoir ici la marque de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Docteur Didier Michel.

Pour avoir dirigé ce travail avec tant d'implication et de précision. Vous m'avez aidé à comprendre et à m'approprier le sujet. Merci de m'avoir fait partager votre expérience et pour le temps que vous y avez consacré. Veuillez recevoir ici l'expression de mon profond respect.

Dédicaces

À toi Marion. À la vie, à nos danses tourbillonnantes d'équilibre et de volupté.

À toi Judith. À ton sourire et tes rires qui me font souvent pleurer de joie, que Mowgli et Baloo te montrent le chemin...

À mes parents. Pour votre bienveillance, merci de m'avoir ouvert les portes de la curiosité et de l'imagination.

À Marion et Christopher. Pour tous ces instants de bonheur partagés petite sœur adorée. Une belle histoire est en train de s'écrire, un très bel avenir à tous les deux...

À Sabine, Thibault, Lou et Noé. Grande petite sœur, tu m'as toujours guidé vers la tranquillité, mais dès que je prends la direction de Nantes, j'ai la patte qui bouge, François Valérie sur la bande FM, et l'animation s'orchestre...

À tonton Michel. Pour toutes tes ballades à la guitare, ton vent de liberté, et bien sûr ton délicieux gâteau aux marrons. L'Ardèche, toute une philosophie pour moi.

À Michelle. À ces moments de complicité, tu m'as appris à vouloir savoir et oser dire avec douceur et légèreté.

À mes cousins et mes cousines. Virginie, Caroline, Monique, Stéphanie, Benoît, Clément, Janine, André, Élisabeth, Frédéric, Tristan, Emeline, Agnès, Bertrand, Nino et Max. Aux mélodies de Jean-Pierre et au nouvel arrivant de la famille.

À la belle famille. Françoise, Camille, Joël, Max et à mamie Yvonne. Pour votre accueil et votre sens de la rigolade. Vous avez tous contribué à faire avancer le schmilblick. Un grand merci.

À Docteur Veron et Dominique. Une rencontre que je ne suis pas près d'oublier.

À tous mes amis de Normandie, de Paris, de Rennes et d'ailleurs.

Enfin à Lily

Prise en charge médico-sociale des patients en situation de précarité dans les maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne.

Medico-social care for patients in precarious situations in multi-professional health centers in Brittany.

Résumé

Contexte : Lorsque la vie et l'existence s'accompagnent de précarités, l'espérance de vie diminue, le risque de maladie et/ou de handicap s'accroît. Les maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne ont-elles les ressources nécessaires pour améliorer la santé des plus vulnérables et lutter contre l'exclusion ? **Objectif** : L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux de la prise en charge médico-sociale des patients en situation de précarité dans les maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne. **Méthode** : Une étude quantitative par questionnaire a été menée de juin à décembre 2016 auprès de 277 médecins généralistes répartis dans 74 maisons de santé de Bretagne. Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis associé à l'expérience des dispositifs médico-sociaux existants ont servi de fil conducteur pour l'élaboration du questionnaire. **Résultats** : Le faible taux de réponse de 28,5% avait l'avantage de représenter 51,4% des maisons de santé pluri-professionnelles Bretonnes. « Isolement », « pauvreté », « chômage » et « fragilité » représentaient la précarité pour les médecins répondants. L'accès à l'eau et à une alimentation de qualité, et l'accès au travail semblaient être les déterminants les plus influents sur la santé dans notre société. Les scores du repérage de la précarité étaient ignorés, les procédures d'ouverture de droits à l'assurance maladie insuffisamment connues, et seulement 48,7% des médecins déclaraient connaître les dispositifs médico-sociaux et sociaux de leur secteur. 98,7% rencontraient des difficultés face à un patient précaire particulièrement dans la prise en charge des maladies mentales et dans le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire. Plus le médecin rencontrait de précaires, plus le degré de difficulté ressenti était élevé. Les réunions de concertation pluri-professionnelles sur le thème de la précarité étaient à encourager car la plupart des médecins émettaient un doute dans la capacité de la maison de santé à répondre aux besoins des patients en situation de précarité. Le renforcement de l'accompagnement psychosocial et administratif demandait du temps, des compétences et un savoir faire spécifiques ; des vacations de travailleurs sociaux au sein des maisons de santé semblait être la solution. **Conclusion** : Sensibiliser et former les médecins au thème de la précarité permettrait d'améliorer la santé de tous. Les maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne doivent alerter les pouvoirs publics, trouver des ressources suffisantes, et développer des actions de santé publique et sociales innovantes en direction des plus fragiles.

Mots clés

Précarité

Prise en charge médicosociale

Soins de santé primaire

Maison de santé

Keywords :

Precariousness

Medical and social care

Primary health care

Health house

Liste des Abréviations

ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé.
ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique.
AME : Aide Médicale de l'État.
ARS : Agence Régionale de Santé.
CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile.
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale.
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.
CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence.
CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire.
CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile.
CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale.
CSSP : Centre de santé primaire polyvalent.
DATASAM : Dispositif d'Appui Technique pour l'Accès aux Soins et l'Accompagnement des Migrants
DMS/S : Dispositifs Médico-Sociaux et Sociaux.
DSP : Dispositifs Santé Précarité.
EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité.
EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé.
FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux.
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
LHSS : Lits Halte Soins Santé.
MARS : Médecin de l'Agence Régionale de la Santé.
MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle.
OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides.
ONG : Organisation Non Gouvernementale.
PAS : Points Accueil Santé.
PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé.
PSP : Pôle de Santé Pluri-professionnel.
PUMA : Protection Universelle Maladie.
RLG : Réseau Louis Guilloux.
SIAO : Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation.
URPS MLB : Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux de Bretagne.
ZUS : Zone Urbaine Sensible.

Définitions

Précarité :

Elle se définit comme un état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible (1). La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements, d'expériences et de ruptures qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale (2). La situation de précarité est caractérisée par le caractère incertain, aléatoire, ou irrégulier des ressources et par la fragilité qui résulte de cette insécurité dans la vie quotidienne, familiale et sociale. En fonction de son importance l'insécurité économique accroît les risques de vulnérabilité aux événements (3).

Soins de santé primaires d'après la déclaration d'Alma Ata :

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire (4).

Promotion de la santé d'après la charte d'Ottawa :

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé (5).

Table des matières

I - Introduction	17
1) Contexte	17
2) Objectifs de l'étude.....	18
II - Matériel et méthode	19
1) Type d'étude :	19
2) Population d'étude :	19
3) Déroulement de l'étude :	20
4) Analyse statistique :	20
III - Résultats	21
1) Taux de réponse	21
2) Caractéristiques des médecins généralistes.....	21
3) Caractéristiques des maisons de santé pluri-professionnelles.....	22
A) Cartographie des maisons de santé	22
B) Année de création et nombre de professionnels	22
4) Précarité et déterminants de santé.....	23
A) La précarité en médecine générale	23
B) Les déterminants sociaux de santé	23
5) Accès aux droits et repérage de la précarité.....	24
A) Connaissance de l'accès à l'assurance maladie	24
B) Les outils du repérage	24
6) Connaissances de l'environnement médico-social	25
A) Les dispositifs médico-sociaux et sociaux	25
B) Les dispositifs en santé précarité	25
C) Le datasam du Réseau Louis Guilloux	26
7) Difficultés rencontrées par les médecins.....	27
A) Publics précaires rencontrés en médecine générale.....	27
B) Degré de difficulté face à un patient en situation de précarité.....	27
C) Les situations les plus difficiles.....	28
8) Activités en direction des patients en situation de précarité.....	29
A) Les rencontres pluri-professionnelles.....	29
B) Trois exemples de protocoles.....	29
C) Deux exemples de pratiques spécifiques.....	29
9) Capacité des maisons de santé pluri-professionnelles.....	29
A) Bilan et évolution potentielle de l'offre et de l'organisation.....	29
B) Les besoins des professionnels de santé.....	31
10) Propositions d'avenir pour un meilleur système de santé.....	32
IV - Discussion	33
1) Matériel	33
2) Méthode.....	34
3) Résultats.....	34
V - Conclusion	36
VI - Références bibliographiques	39

Liste des documents annexés

Annexe 1 : Maisons de santé pluri-professionnelles en Bretagne Janvier 2016.

Annexe 2 : Accompagnement des groupes pour l'exercice coordonné.

Annexe 3 : Jean Furtos : Quelques particularités de la clinique psychosociale, soins psychiatriques.

Annexe 4 : Philippe Le Ferrand : clinique de la précarisation.

Annexe 5 : La dynamique de l'exclusion selon Robert Castel.

Annexe 6 : Déterminants Sociaux de Santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé.

Annexe 7 : Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examens de santé.

Annexe 8 : Certificats médicaux de sévices et torture.

Annexe 9 : Rapports pour le droit au séjour pour raison médical.

Annexe 10 : Parcours idéal pour patient complexe en centre de santé primaire polyvalent.

Annexe 11 : Questionnaire d'enquête.

I – INTRODUCTION.

1) Contexte.

Les deux chocs pétroliers de 1973 et 1979, la crise du système monétaire européen de 1993 et plus récemment la Grande Récession depuis 2008 ont modifié en profondeur le paysage socio-économique de la France en accentuant la progression du chômage et l'accroissement des inégalités. Nous savons que les problèmes socio-économiques et la santé sont étroitement interdépendants (6). En 2009, le Haut conseil de la santé publique constate que les inégalités sociales de santé, correspondant aux différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux, existent à un niveau élevé dans notre pays (7).

Incertitude, instabilité, vulnérabilité, fragilité...les synonymes ne manquent pas pour tenter d'appréhender un phénomène pourtant protéiforme et difficile à circonscrire : la précarité. Dans le domaine sanitaire, les personnes en situation de précarité perdent le réflexe de recours aux soins, perdent la capacité à demander de l'aide, cumulent les facteurs de risque et les maladies, et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres (8). Le non-recours aux droits par méconnaissance ou complexité administrative, le retard et le renoncement aux soins pour raison financière ou par manque d'information et d'éducation, auxquels s'ajoutent parfois des refus de soins sont malheureusement responsables de diagnostics tardifs de pathologies graves (6).

Le repérage des situations de précarité et des besoins semble être la première des priorités, sorte de diagnostic social permettant de freiner l'exclusion et de reconstruire le lien. En ce sens le rôle des acteurs de soins primaires est, bien entendu, primordial (8). La prise en charge d'un patient en situation de précarité, complexe et spécifique, doit être globale, pluridisciplinaire et de proximité. En tenant compte de la singularité du parcours de chaque personne, en s'adaptant aux besoins de ces personnes et en intégrant tous les déterminants de la santé dans une démarche de prévention et de soin, il est possible de s'adresser aux plus fragiles, et ainsi de réduire les inégalités de santé (8). L'adaptabilité du médecin et la promotion des modèles de prise en charge pluridisciplinaire sont deux pistes qui pourraient améliorer l'état de santé des patients en situation de précarité. (9)

Pour répondre au mieux aux besoins des personnes en situation de précarité, plusieurs associations et dispositifs « passerelle », intervenant souvent en amont de la médecine générale libérale classique, peuvent accueillir, informer, orienter, accompagner, voire initier les premiers soins : ils facilitent l'ouverture des droits sociaux et l'accès au système de santé de droit commun. La présence de ces structures le plus souvent en ville ou à l'hôpital sont le reflet d'une défaillance de l'articulation entre le social et le sanitaire et d'un cloisonnement des professionnels de santé libéraux.

Cependant la pratique de la médecine générale évolue, depuis 2008 l'exercice coordonné se développe dans les maisons de santé pluri-professionnelles. Ces dernières regroupent les acteurs sanitaires et fixent géographiquement une unité d'offre de soins. Elles permettent une meilleure continuité et coordination des soins et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales (10). Elles diffèrent entre elles à plusieurs égards : nombre et types de professionnels associés, organisation, modalités de fonctionnement, projets de santé (11).

Que penser de la place et du rôle des maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne dans la prise en charge des patients en situation de précarité ? Les médecins généralistes accordent-ils un intérêt au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis ? Les maisons de santé ont-elles les ressources suffisantes pour améliorer la santé des plus vulnérables et lutter contre l'exclusion ? Sont-elles en capacité d'améliorer la santé des populations en situation de précarité ?

2) Objectifs de l'étude.

L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux de la prise en charge médico-sociale des patients en situation de précarité dans les maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne.

Nous étudierons d'abord les connaissances que les médecins ont de la précarité et de leur environnement médico-social. Puis seront abordées les difficultés rencontrées face à un patient en situation de précarité. Enfin nous terminerons par la description d'activités innovantes et l'évaluation de la capacité des maisons de santé pluri-professionnelles à répondre aux besoins des populations en situation de précarité.

II – MATÉRIEL ET MÉTHODE.

1) Type d'étude :

Une enquête de pratique exploratoire et descriptive, quantitative et multicentrique a été réalisée entre juin 2016 et décembre 2016 auprès de médecins généralistes installés en Bretagne.

2) Population d'étude :

La population d'étude était définie par les « médecins généralistes installés en exercice coordonné dans les maisons de santé pluri-professionnelles Bretonne ». L'échantillonnage empirique de la population d'étude s'est déroulé en deux étapes :

Le recensement des maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne s'est fait à partir de quatre sources : le répertoire FINESS (maison de santé), la cartographie de l'ARS Bretagne (Annexe 1), la cartographie de l'URPS MLB (Annexe 2) puis enfin le site internet Office Santé Promoteur de Santé (Tableau 1).

<u>[1] FINESS : 80 projets</u>	
<u>[2] URPS MLB : 124 projets</u>	<u>[3] ARS Bretagne : 82 projets</u>
80 Projets en fonctionnement	-18 maisons de santé hors mur
-15 pôles pluri-professionnels	-27 maisons de santé avec mur
-33 projets immobiliers pluri-professionnels	-37 maisons de santé avec mur pour une
-32 projets immobiliers pluri-professionnels et pôles pluri-professionnels	partie des professionnels de santé
44 Projets en cours d'accompagnement	
<u>[4] Office Santé Promoteur de Santé : 7 projets</u>	
- 3 Projets en fonctionnement	
- 4 Projets en cours d'accompagnement	

Tableau 1 : Projets d'exercice coordonné sur la Région Bretagne en médecine générale.

Les pôles de santé pluri-professionnels sans projet immobilier commun, les maisons de santé hors mur et les projets en cours d'accompagnement et/ou en cours de construction n'étaient pas inclus dans l'étude pour des raisons de cohérence avec la finalité de l'étude. Après combinaison des quatre sources [1] + [2] + [3] + [4], un total de 74 maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) intégrées ou non à un pôle de santé pluri-professionnel ont été échantillonnées.

Le recensement des médecins généralistes installés dans ces MSP s'est réalisé à partir de la conjugaison de trois sources : d'échanges téléphoniques auprès de chaque secrétaire de MSP, des deux annuaires professionnels les plus couramment utilisés « pages jaunes » et « doctolib ». Au total 277 médecins généralistes étaient éligibles ce qui représentait en Bretagne 9,5% (277/2901) des médecins généralistes libéraux et mixtes et 6,2% (277/4470) des médecins généralistes totaux (12).

3) Déroulement de l'étude :

Les données de l'étude ont été recueillies au moyen d'un questionnaire envoyé par courrier postal à 277 médecins généralistes bretons répartis dans 74 maisons de santé pluri-professionnelles. Une revue systématique de la littérature sur le thème de la précarité a été réalisée pour l'élaboration du questionnaire d'enquête. Tout d'abord, une sélection des thèses les plus pertinentes sur le sujet a été pratiquée à l'aide du système universitaire de documentation ou Sudoc. À partir de la banque de données en santé publique (BDSP) et du portail de données Cairn.info, certains articles notamment tirés de la revue « Santé publique » ont permis de préciser les liens entre santé et précarité. D'autres documents et rapports étaient issus des hautes instances (Organisation mondiale de la santé, Haut conseil de la santé publique, Ministère des affaires sociales et de la santé, Agence régionale de santé, Sécurité sociale...) et de certaines associations (Secours populaire français, Médecin du monde, Comité médical pour la santé des exilés, Réseau Louis Guilloux...). Un travail de thèse similaire réalisé en 2011 sur les « difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe et Moselle » (9) fut utilisé pour la base du questionnaire. Un ouvrage collectif édité par les « Presses de l'EHESP » intitulé « innover contre les inégalités de santé » orienta les recherches vers la notion de patients dits « complexes » et vers la dimension sociale du soin. La validation du questionnaire final se décida en étroite collaboration avec le directeur de thèse et différents médecins experts en santé publique. La première partie s'attachait à la représentation de la précarité et la prise en compte des déterminants sociaux de santé, aux notions de repérage, d'accès aux droits, et enfin aux difficultés rencontrées en situation de soins et de prévention. La deuxième partie questionnait sur la connaissance de l'environnement médico-social. La troisième partie décrivait l'organisation de travail et le fonctionnement de la maison de santé. La quatrième et dernière partie consistait à recueillir les caractéristiques des médecins généralistes. Le questionnaire était accompagné d'une lettre de présentation, rappelant l'intérêt et les objectifs de l'étude. Il n'y a pas eu de prétest. Le questionnaire fut codé et les réponses retournées par courrier intégrées à une base de données Excel. L'anonymisation fut respectée en attribuant à chaque répondant un numéro d'identification.

A la mi-octobre 2016, tous les questionnaires avaient été postés. Une première relance partielle par message électronique fut diffusée trois semaines après l'envoi des questionnaires. Peu de temps avant de geler la base de données, une seconde relance téléphonique ciblée fut réalisée en direction des MSP où aucun médecin du groupe n'avait répondu.

4) Analyse statistique :

Les variables quantitatives étaient exprimées par leur moyenne et leurs extrêmes. Les variables qualitatives étaient représentées sous forme d'effectifs et de pourcentages. L'analyse descriptive a été complétée par des analyses bi-variées ; l'analyse entre deux variables qualitatives a été faite par le test de Chi². Pour ce test, le risque alpha de première espèce était fixé à 5%. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel XLSTAT. La cartographie a été créée avec l'application Google Maps et le nuage de mots clés à partir du site internet Tagxedo Creator.

III – RÉSULTATS.

1) Taux de réponse.

Le taux de réponse au questionnaire était de 28,5% soit un nombre de 79 (n) médecins généralistes répondants sur 277 sollicités. Cette proportion représentait en Bretagne 2,7% (79/2901) des médecins généralistes libéraux et mixtes et 1,8% (79/4470) des médecins généralistes totaux (12).

2) Caractéristiques des médecins généralistes.

L'âge moyen était de 43,5 ans, bien inférieur à l'âge moyen des médecins généralistes Bretons en activité qui était de 50,6 ans (12). Les médecins avaient entre 28 et 66 ans. Il y avait quasi autant de femmes (48,1% (38/79)) que d'hommes (51,9% (41/79)), correspondant presque aux chiffres nationaux (46% de femmes et 54% d'hommes) (12).

Géographiquement, 56,4% (44/78) des médecins travaillaient en Ille-et-Vilaine contre 21,8% (17/78) en Morbihan, 12,8% (10/78) en Finistère et 9% (7/78) en Côtes-d'Armor. 71,3% pratiquaient en milieu rural contre 16,7% (13/78) en périurbain, 6,4% (5/78) en urbain et 3,8% (3/78) en zone urbaine sensible (ZUS).

D'autres caractéristiques ont été recueillies : 25,3% (20/79) étaient médecins agréés par la préfecture et l'ARS Bretagne, 6,3% (5/79) avaient fait une formation sur le thème de la précarité et 6,3% (5/79) sur le thème des migrants. 16,5% (13/79) avaient eu une expérience de médecine humanitaire à l'étranger. Enfin 16,9% (13/77) avaient un exercice salarié ou bénévole en plus de l'exercice coordonné.

(Tableau 2)

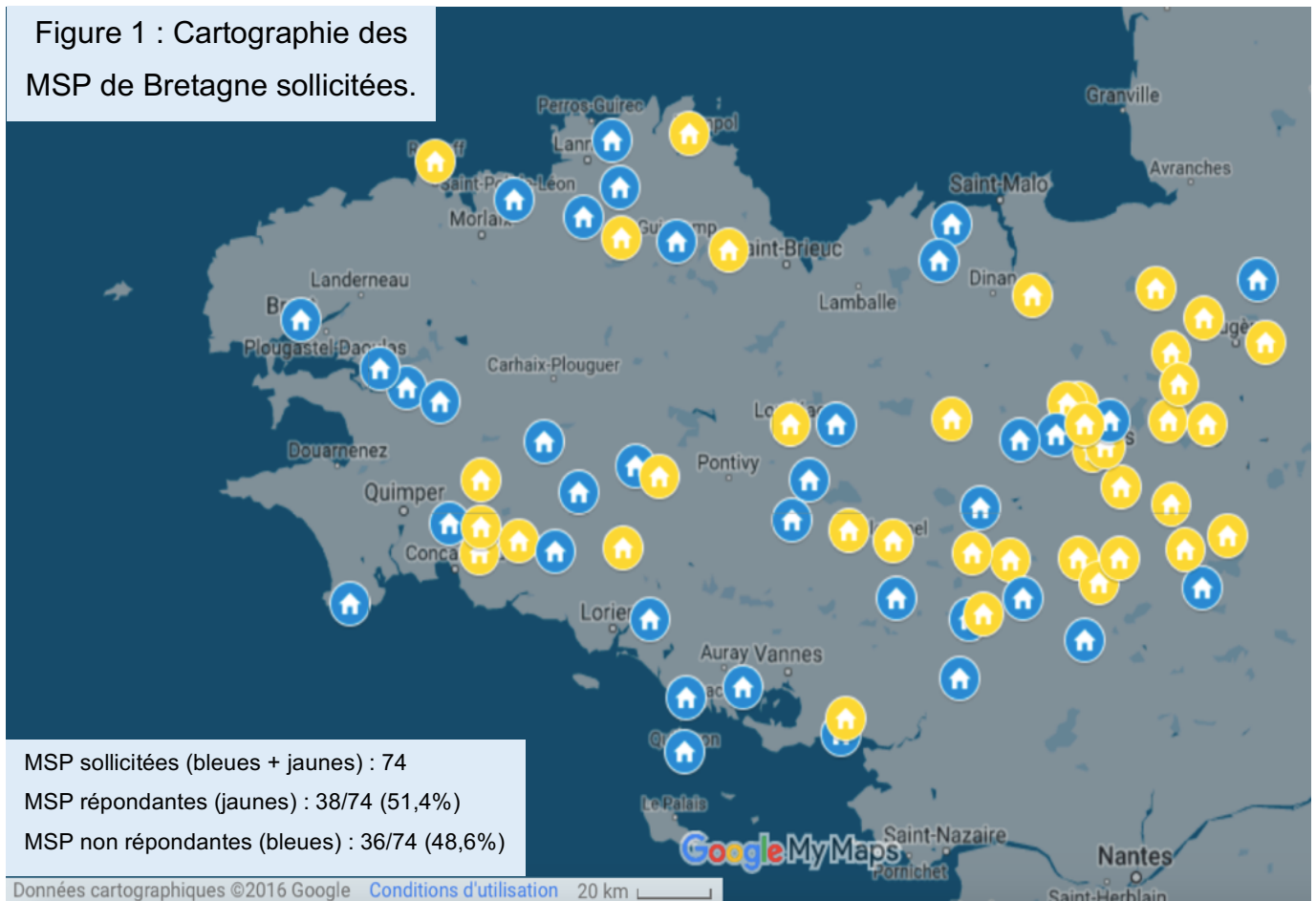
<i>Type d'exercice salarié/bénévole</i>	<i>Effectif</i>
Hôpital	4
Autres (maison de retraite, CPEF, centre d'orthogénie, université)	4
Réseau de santé (dont 1 au RLG)	2
Association/ONG	1
Hôpital et autre (pompier)	1
Association/ONG et autre (université)	1

Tableau 2 : Type et nombre d'activité mixte.

Le nombre moyen de patients consultés à la journée était de 26,4 patients par jour avec un minimum de 15 et un maximum de 45. Parmi eux, la proportion de patients en situation de précarité s'élevait à 9,9% en moyenne pour un minimum de 1% et un maximum de 40%.

3) Caractéristiques des maisons de santé pluri-professionnelles.

A) Cartographie des maisons de santé.



Avec les données d'identification des médecins répondants, le critère « MSP répondantes » a pu être défini et une cartographie créée. (Figure 1). 12 médecins généralistes répondants n'ont pas précisé leur identité n'excluant pas à 100% les doublons et pouvant porter le nombre de MSP répondantes à 50 (38+12) soit 67,6% (50/74) maximum au lieu de 51,4% (38/74).

B) Année de création et nombre de professionnels.

La plupart ont été créées et inaugurées à partir de 2011. (Tableau 3) Le nombre moyen de professionnels par structure était de 18,6 professionnels (médical et non médical) avec un minimum de 3 (petite structure située en milieu rural) et un maximum de 80 (structure avec pôle de santé située en milieu urbain).

<i>Année</i>	1970	1988	1992	1995	2004	2006	2007	2008
<i>Effectif</i>	1	1	1	2	1	2	3	1
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	2	1	8	8	2	14	6	9
								2017
								2

Tableau 3 : Années de création des MSP de Bretagne.

4) Précarité et déterminants de santé.

A) La précarité en médecine générale.

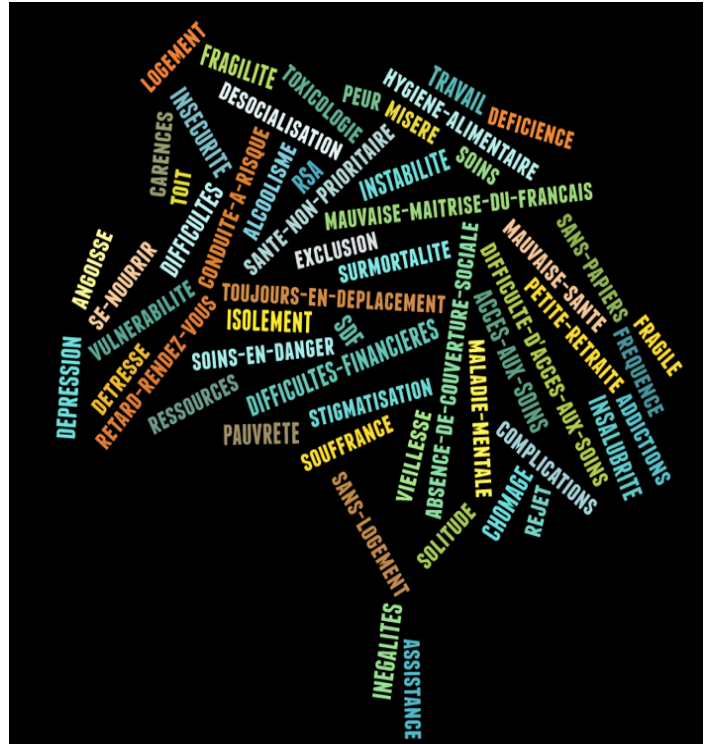
La représentation de la précarité est illustrée par le nuage de mots clés (Figure 2).

Les mots clés répétés le plus souvent étaient :

- « Isolement » (22)
- « Pauvreté » (18)
- « Chômage » (10)
- « Fragilité » (5)
- « Difficultés » (4)

Figure 2 :

Représentation de la précarité



La clinique de la précarisation est précisée dans les Annexes 3 et 4.

B) Les déterminants sociaux de santé.

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie (Annexe 5). Ils dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources (13). Ils expliquent la plus grande partie des inégalités sanitaires car ils ont un impact direct sur la santé. De plus ils conditionnent les comportements à l'égard de la santé (14). Les catégories eau/alimentation et emploi/revenu semblaient être les déterminants de santé les plus influents sur l'état de santé et le bien être aux yeux des médecins. Les activités sportives et culturelles les deux moins importants. (Figure 3)

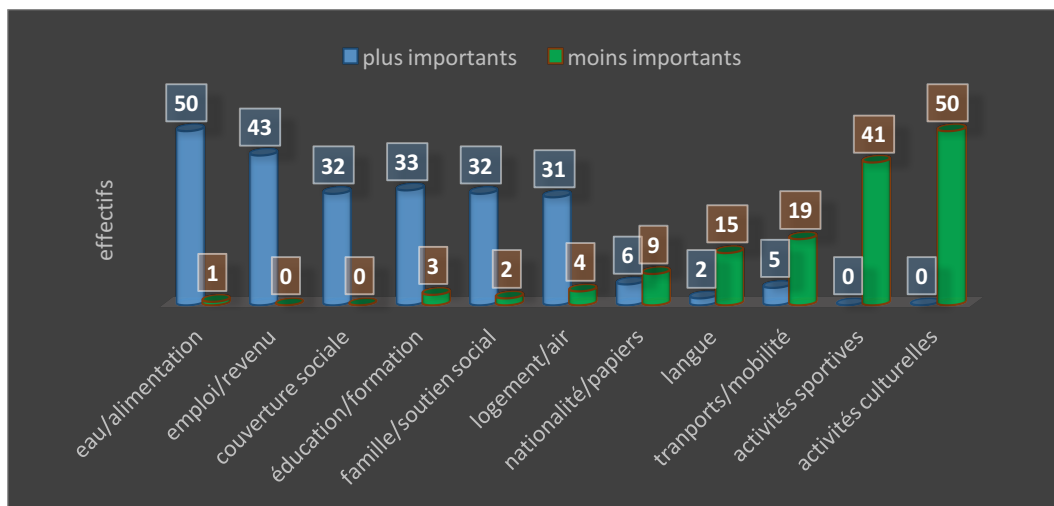


Figure 3 : Prise en compte des déterminants de santé

5) Accès aux droits et repérage de la précarité.

A) Connaissance de l'accès à l'assurance maladie.

Depuis 2016, la protection universelle maladie (PUMA) garantit un droit à la prise en charge des frais de santé et s'applique à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière. Elle remplace la couverture maladie universelle de base (CMU). Les deux grands changements annoncés sont une simplification et une continuité des droits pour les assurés puis une suppression progressive du statut d'ayant droit majeur. L'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) dépendent de la situation et des ressources de l'assuré social. Les bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) sont les étrangers en situation irrégulière (15). Les médecins répondants connaissaient insuffisamment les conditions et délais d'obtention des droits à la protection maladie (Figure 4). L'étude définissait cinq niveaux de connaissances (de très bonne à très mauvaise). Les conditions d'obtention étaient davantage maîtrisées que les délais d'obtention.

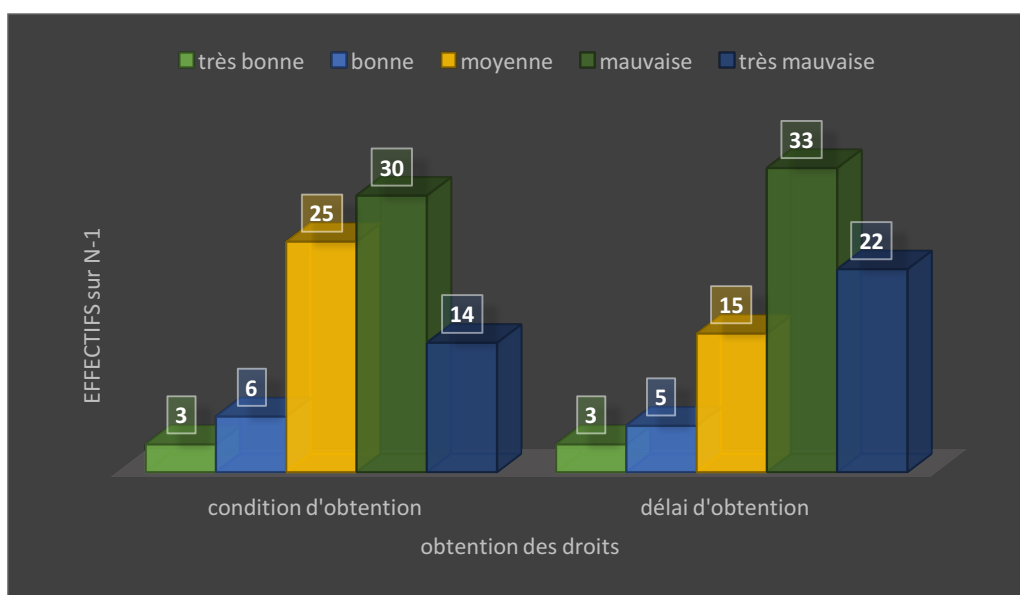


Figure 4 : Connaissance protection maladie (PUMA, CMUc, ACS, AME).

B) Les outils du repérage.

Les centres d'examen de santé (CES) de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), le Centre technique d'appui et de formation des CES (CETAF) et l'École de santé publique de Nancy ont construit un score individuel de précarité, dénommé EPICES (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les CES), prenant en compte toutes les dimensions de la précarité afin de mieux identifier les populations en situation de difficulté sociale ou matérielle (16). Dans l'étude, 5,1% (4/79) des médecins connaissaient ce score EPICES (Annexe 6) et 1,3% (1/79) le score PRECAR.

6) Connaissances de l'environnement médico-social.

A) Les dispositifs médico-sociaux et sociaux.

Le secteur médico-social est étroitement lié aux dispositifs de l'aide sociale, en tant que droit lié à des besoins souvent vitaux, et de l'action sociale, qu'elle soit légale ou facultative. Les dispositifs médico-sociaux et sociaux (DMS/S) sont très nombreux en France et notamment dans le domaine de l'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées (17). Dans notre étude, 48,7% (38/78) des médecins déclaraient connaître ceux de leur secteur. La fréquence des contacts dépendait de leur connaissance avec $p\text{-value} < 0,0001$. (Figure 5)

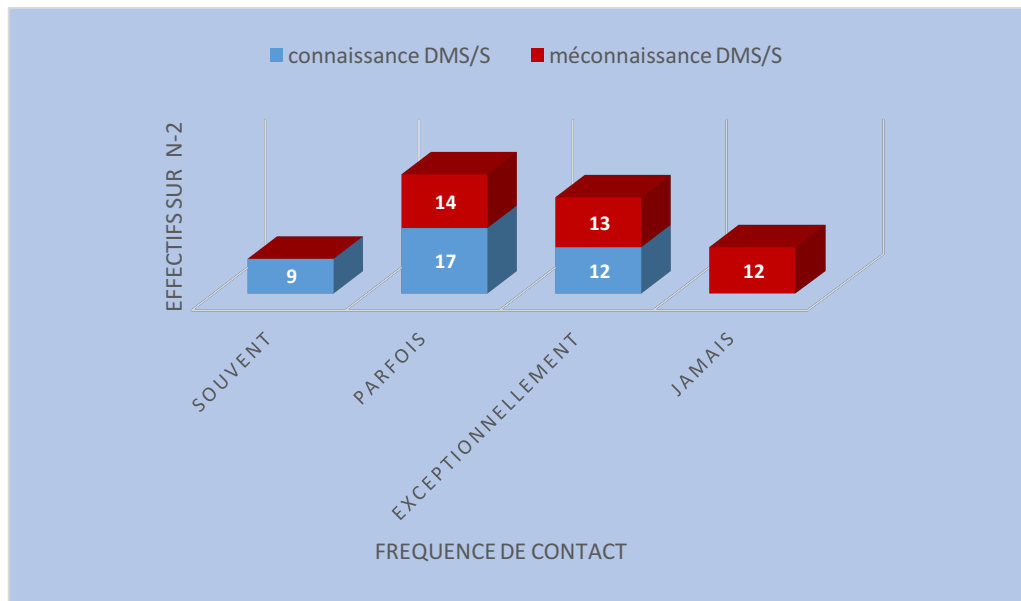


Figure 5 : Fréquence de contact avec les dispositifs médico-sociaux et sociaux du secteur.

B) Les dispositifs en santé précarité.

Les dispositifs en santé précarité soutiennent l'accès aux droits, favorisent l'accès aux soins, et facilitent l'accompagnement médico-social des plus démunis (18). Ce sont les centres communaux d'action sociale (CCAS), anciens bureaux de bienfaisance, et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui étaient les plus connus respectivement par 70% (35/50) des médecins et 50% (25/50). Les deux dispositifs les moins connus étaient les lits halte soins santé (LHSS) (15/50) et les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) (15/50) (Figure 6)

Abréviations pour la Figure 6.

LHSS : lits halte soins santé

SIAO : services intégrés d'accueil et d'orientation

PAS : points accueil santé

ACT : appartements de coordination thérapeutique

EMPP : équipes mobiles psychiatrie précarité

PASS : permanences d'accès aux soins de santé

CCAS : centres communaux d'action sociale

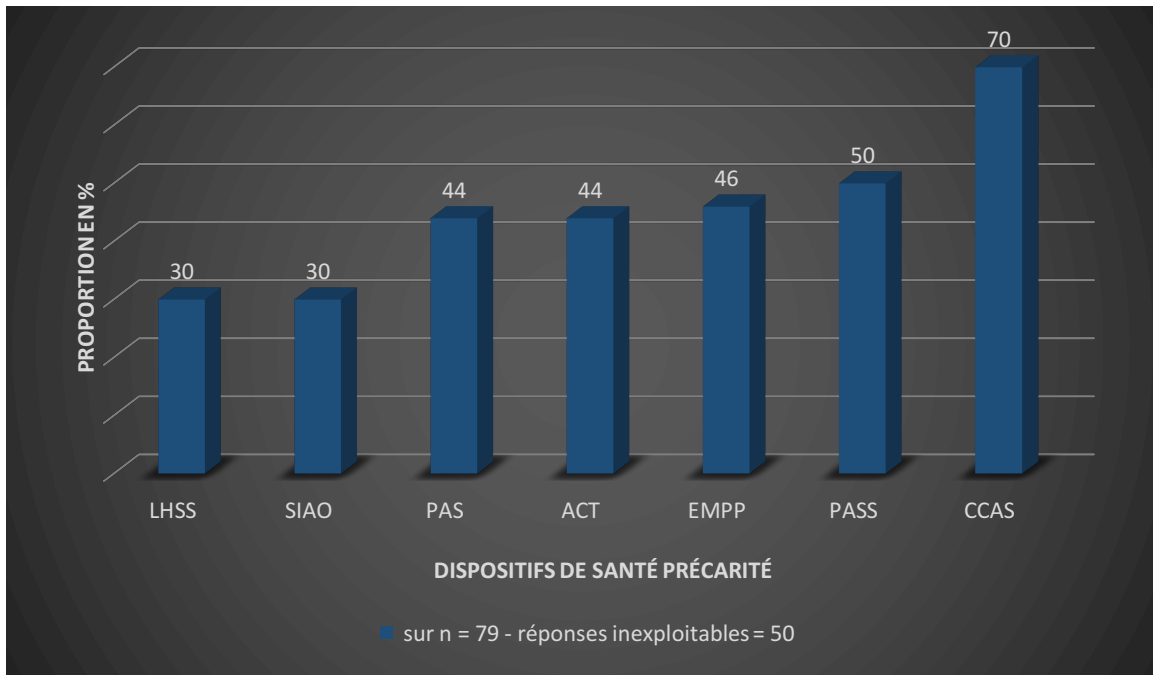


Figure 6 : Proportion des médecins généralistes connaissant les dispositifs de santé précarité.

C) Le datasam du Réseau Louis Guilloux.

L'une des spécificités de l'association Réseau Louis Guilloux à Rennes est la prise en charge médico-sociale des migrants. Il constitue une « passerelle » entre un public vulnérable et un système de soins. Depuis 2013, afin de répondre aux difficultés exprimées par les professionnels du médico-social de la région Bretagne dans le cadre de l'accès aux soins des migrants, un dispositif régional d'appui aux professionnels appelé datasam fut créé (19). 14,1% (11/78) des médecins connaissaient ce dispositif, ils exerçaient en Ile-et-Vilaine et dans le Morbihan. Parmi eux, 36,4% (4/11) avaient utilisé la plateforme téléphonique, 27,3% (3/11) les outils/supports papiers et 27,3% (3/11) le livret santé bilingue de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Les médecins qui avaient reçu une formation sur la santé des migrants connaissaient mieux le datasam avec $p\text{-value} < 0,0001$ (Figure 7).

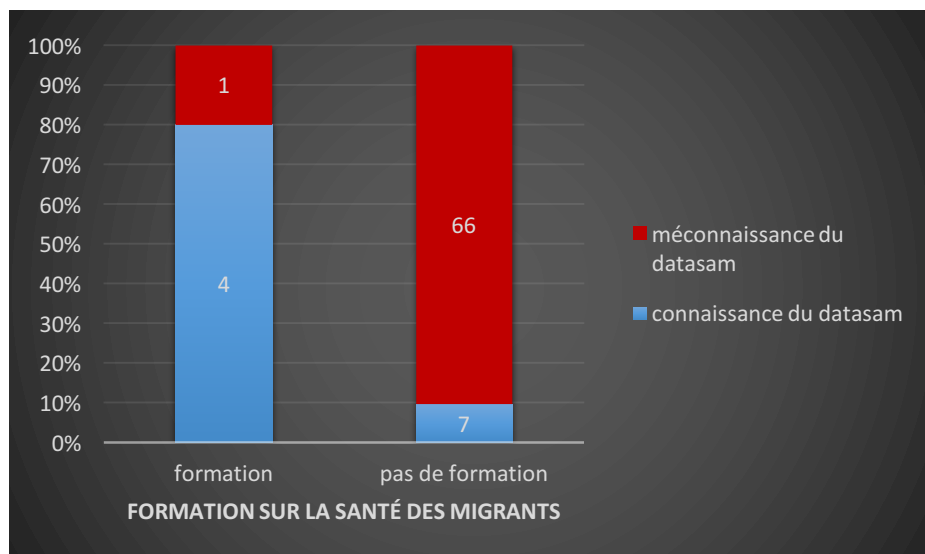


Figure 7 : Corrélation entre formation sur la santé des migrants et connaissance du datasam.

7) Difficultés rencontrées par les médecins.

A) Publics précaires rencontrés en médecine générale.

Les chômeurs/travailleurs pauvres, les personnes âgées isolées, les familles monoparentales représentaient trois catégories de publics précaires rencontrés très fréquemment dans les maisons de santé pluri-professionnelles respectivement chez 78,5% (62/79), 69,6% (55/79) et 44,3% (35/79) des médecins. Suivis de très près par les usagers de drogues 22,8% (18/79) et les migrants/étrangers 19% (15/79). 5% (4/79) des médecins rencontraient souvent des tsiganes/Roms, 3,8% (3/79) des médecins voyaient souvent des enfants/adolescents déscolarisés. Enfin, seulement 2,5% (2/79) des médecins déclaraient voir régulièrement des sans domicile fixe/sans abris.

B) Degré de difficulté face à un patient en situation de précarité.

98,7% (77/78) des médecins ressentait des difficultés face à un patient socialement fragile, l'échelle visuelle numérique en précisait le degré (0 : jamais en difficulté et 10 : toujours en difficulté). (Figure 8).

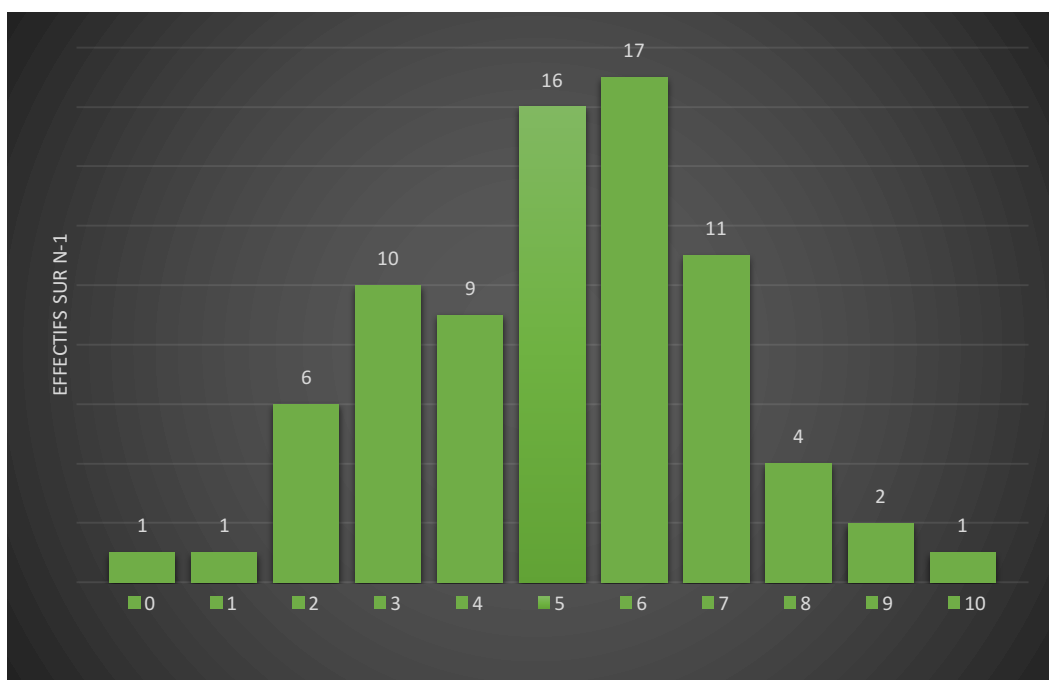


Figure 8 : Degré de difficulté ressenti face à un patient en situation de précarité.

Après discrétisation de l'âge (2 classes de même effectif), du degré de difficulté (5 classes), de la proportion de patients précaires/patientele totale (3 classes de même effectif) ; le degré de difficulté restait indépendant de l'âge, du sexe et du fait d'avoir reçu un enseignement sur le thème de la précarité. En revanche, plus le médecin voyait de patients précaires, plus le degré de difficulté augmentait avec p-value 0,03 (Figure 9).

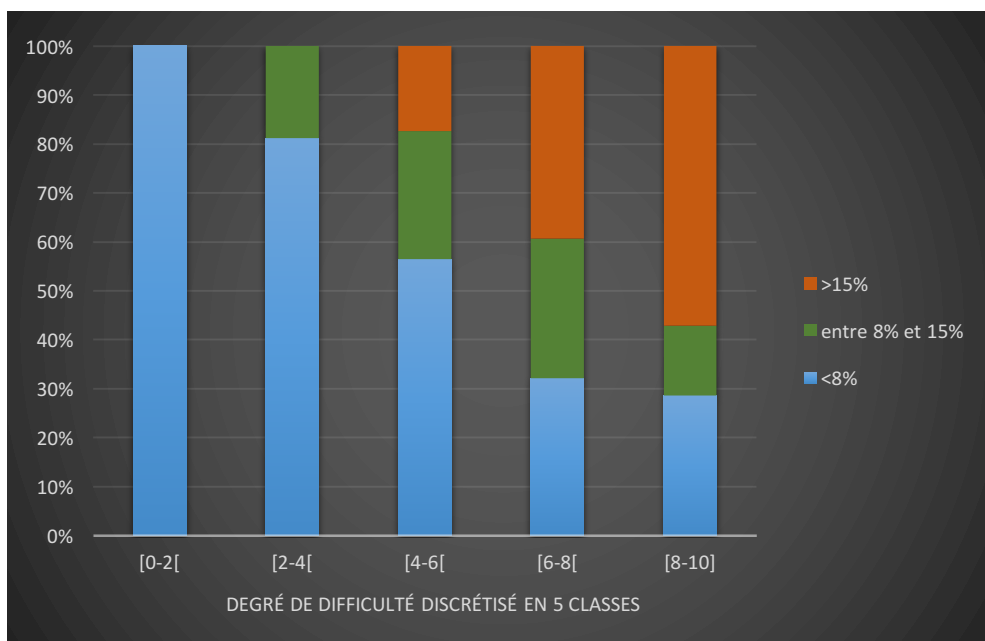


Figure 9 : Rapport entre proportion de patients précaires/totaux et degré de difficulté.

C) Les situations les plus difficiles.

Les dernières situations de soins ressenties comme difficiles et rencontrées le plus fréquemment étaient : santé mentale/addiction chez 58,2% (46/79) des médecins, bucco-dentaire/nutrition 32,9% (26/79), gériatrie 27,8% (22/79), violences/maltraitance 25,3% (20/79). La prévention la plus compliquée à mettre en œuvre auprès du public précaire était le contrôle des facteurs de risques cardiovasculaires (78,4% (58/74)) loin devant le dépistage des cancers (17,6% (13/74)) et la vaccination (4% (3/74)).

8) Activités en direction des patients en situation de précarité.

A) Les rencontres pluri-professionnelles.

Sur le plan des rencontres interprofessionnelles et des échanges avec les collectivités territoriales (pouvoirs publics) ; 12,8% (10/78) des médecins ont déjà organisé une réunion de concertation pluri-professionnelle sur le thème « santé et précarité » ; 3,8% (3/79) ont déjà participé à un atelier santé ville, parmi les 96,2% (76/79) médecins restants, 7,9% (6/76) en connaissait l'existence.

B) Trois exemples de protocoles.

La réalisation de protocole de prise en charge spécifique était estimée à 6,3% (5/79) pour les patients sans protection maladie, à 2,6% (2/78) pour les patients sans hébergement et à 1,3% (1/79) pour les patients allophones nécessitant l'interprétariat.

C) Deux exemples de pratiques spécifiques.

1] ... dans la prise en charge des migrants/étrangers :

L'intervention des médecins auprès des migrants/étrangers doit tenir compte de la situation fréquente de précarité conduisant les personnes concernées à devoir produire des documents médicaux en faveur de leur situation socio-administrative (Annexe 7 et 8) (20). En pratique ; 11,6% (8/69) des médecins déclaraient réaliser rarement voire parfois des « certificats médicaux de sévices et torture » destinés à l'office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) ou à la cour nationale du droit d'asile (CNDA) et/ou des « rapports pour le droit au séjour pour raison médical » destinés au médecin de l'agence régionale de la santé (MARS). Parmi eux, 25% (2/8) étaient médecins agréé(e)s.

2] ... dans la démarche d'aller vers :

La démarche d'aller vers est pratiquée surtout par les équipes mobiles psychiatrie précarité. Dans cette étude, moins de 10% des médecins répondants avaient déjà eu une expérience de ce type. Parmi les plus de 90% autres, 1/5 environ se sentaient non concerné par une telle démarche mobile. (Tableau 4)

Tableau 4 : Démarche d'aller vers (AV) les lieux où se trouvent les populations précaires

	Oui	Non	Non concerné
AV hébergement (squats, CHRS, CHU, CADA)	3,9% (3/77)	75,3% (58/77)	20,8% (16/77)
AV association d'aide et de soutien (Restos du cœur)	6,5% (5/77)	81,8% (63/77)	11,7% (9/77)
Maraude/Unité mobile de prévention et dépistage (rue)	1,3% (1/77)	83,1% (64/77)	15,6% (12/77)

9) Capacité des maisons de santé pluri-professionnelles.

A) Bilan et évolution potentielle de l'offre et de l'organisation.

23,1% (3+15=18/78) des médecins pensaient que leur maison de santé était en incapacité à répondre aux besoins des populations précaires. À l'inverse, 17,9% (9+5=14/78) semblaient convaincus par le potentiel de leur maison de santé. 59% (22+24=46/78) laissaient sous-entendre une chance de réalisation ; une faisabilité (Figure 10).

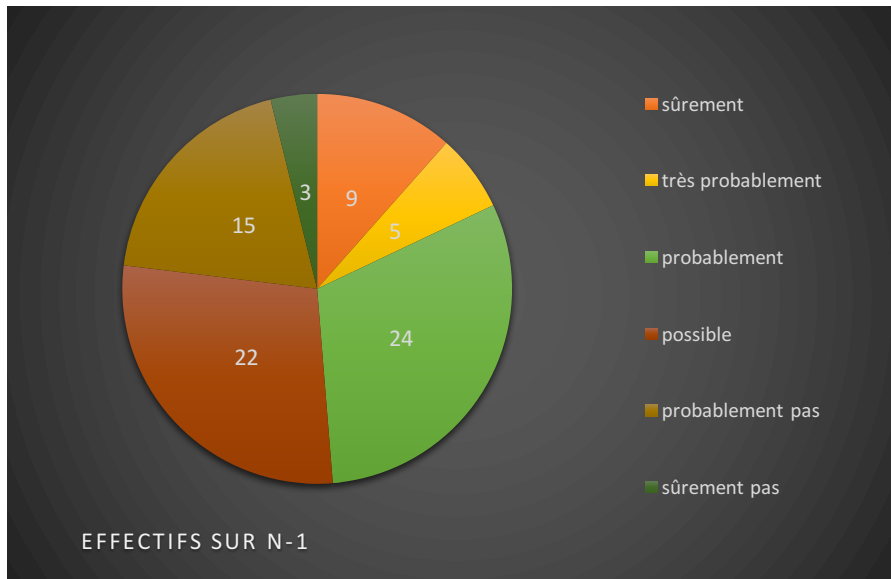


Figure 10 : Votre maison de santé peut-elle répondre aux besoins des populations précaires ?

Pour faire évoluer les maisons de santé pluri-professionnelles, plusieurs stratégies d'adaptation pouvaient être initiées ; l'accompagnement psycho-social et administratif en direction des personnes en situation de précarité était la première à renforcer ou à développer (33,8% (22/65)) (Figure 11).

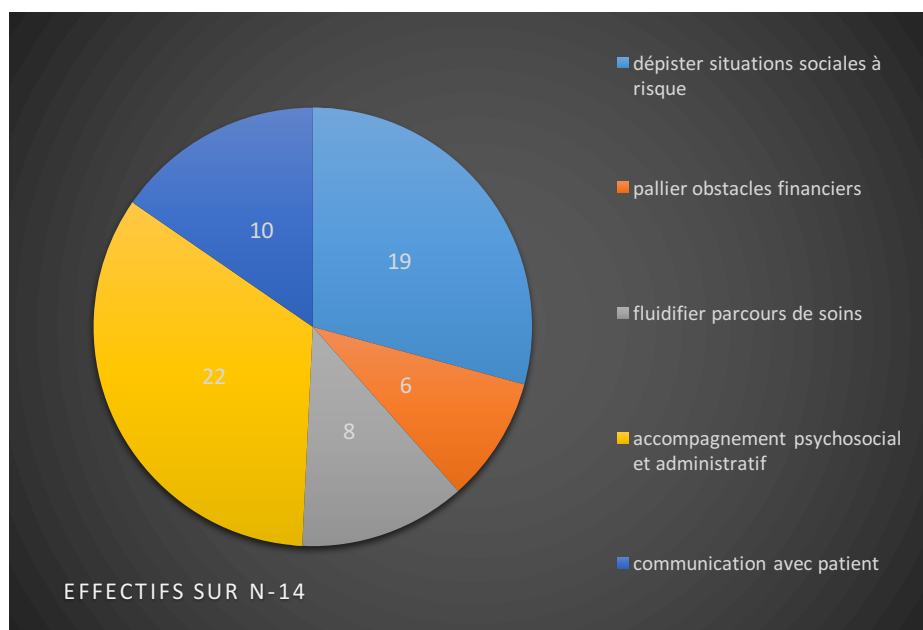


Figure 11 : Actions à développer ou renforcer en priorité.

B) Les besoins des professionnels de santé.

Les médecins étaient plutôt favorables à la multidisciplinarité et à l'articulation entre le sanitaire et le social au sein d'une même structure (Figure 12).

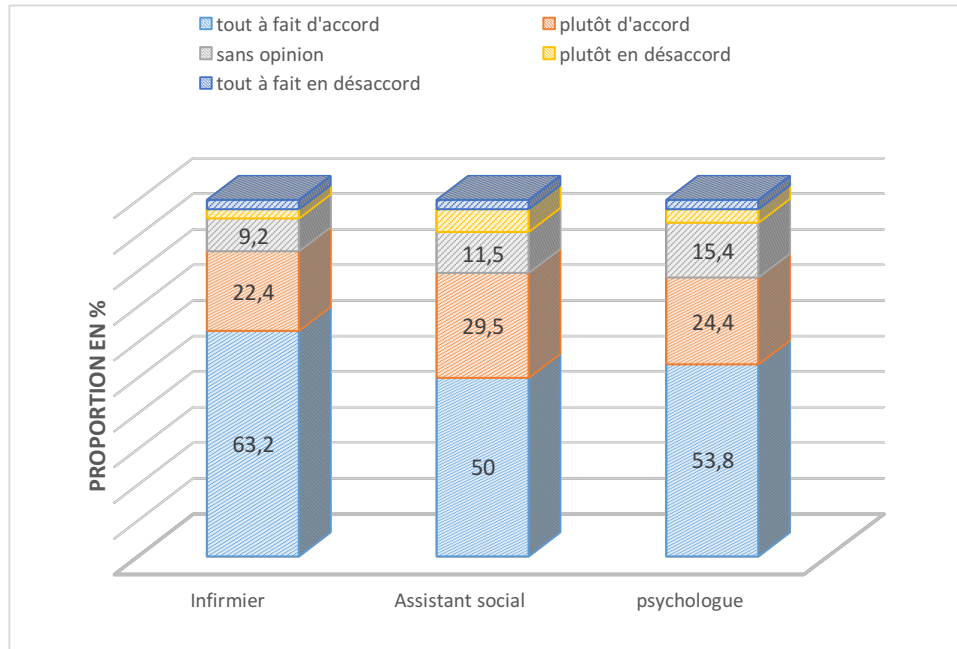


Figure 12 : Avis des médecins sur l'intégration de professionnels paramédicaux et sociaux au sein de chaque maison de santé pluri-professionnelle.

Les médecins avaient besoin de temps et de formation pour améliorer la prise en charge médico-sociale des patients en situation de précarité (Figure 13).

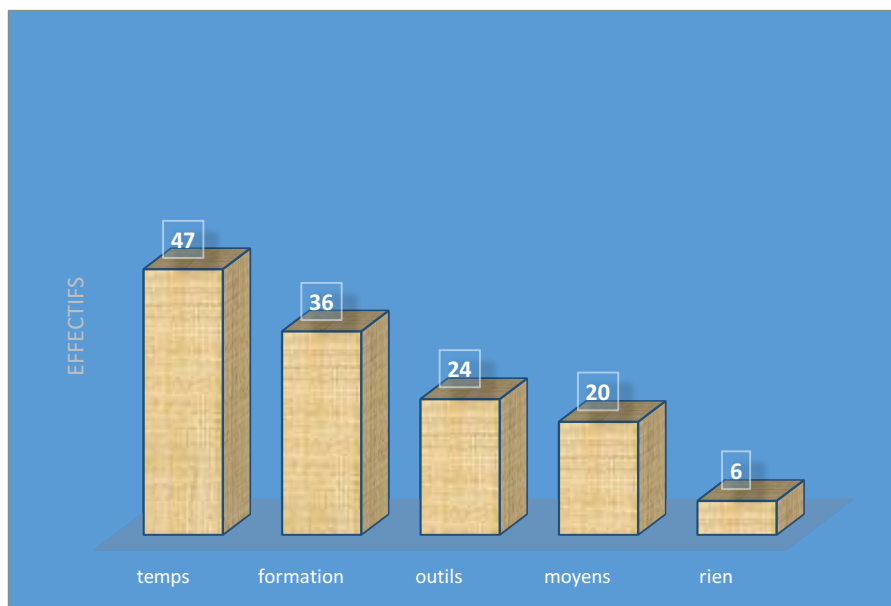


Figure 13 : Besoins des médecins pour améliorer la qualité de la prise en charge médico-sociale des patients en situation de précarité.

10) Propositions d'avenir pour un meilleur système de santé.

Pour renforcer le filet de sécurité sociale des personnes en difficulté, améliorer la santé de l'ensemble de la population et réduire les inégalités sociales de santé ; des propositions d'avenir, élaborées par des acteurs des champs sanitaires et associatifs, ont été suggérées lors d'un colloque sur la précarité en 2015 (6). L'avis des médecins généralistes sur cette série de mesures a été recueilli à partir d'une échelle de Likert (Figure 14). Pour faciliter l'accès aux droits et limiter le non-recours aux soins :

- Les médecins doivent mieux se former.
- Les médecins doivent mieux informer les patients sur leurs droits.
- L'assurance maladie doit se simplifier et s'universaliser. À noter que 53,2% (41/77) restaient indécis sur la question de la fusion de l'AME à l'assurance maladie.
- Le système de santé doit créer des médiateurs sanitaires et sociaux. (68,4% (54/79) des médecins étaient d'accord avec cette mesure).

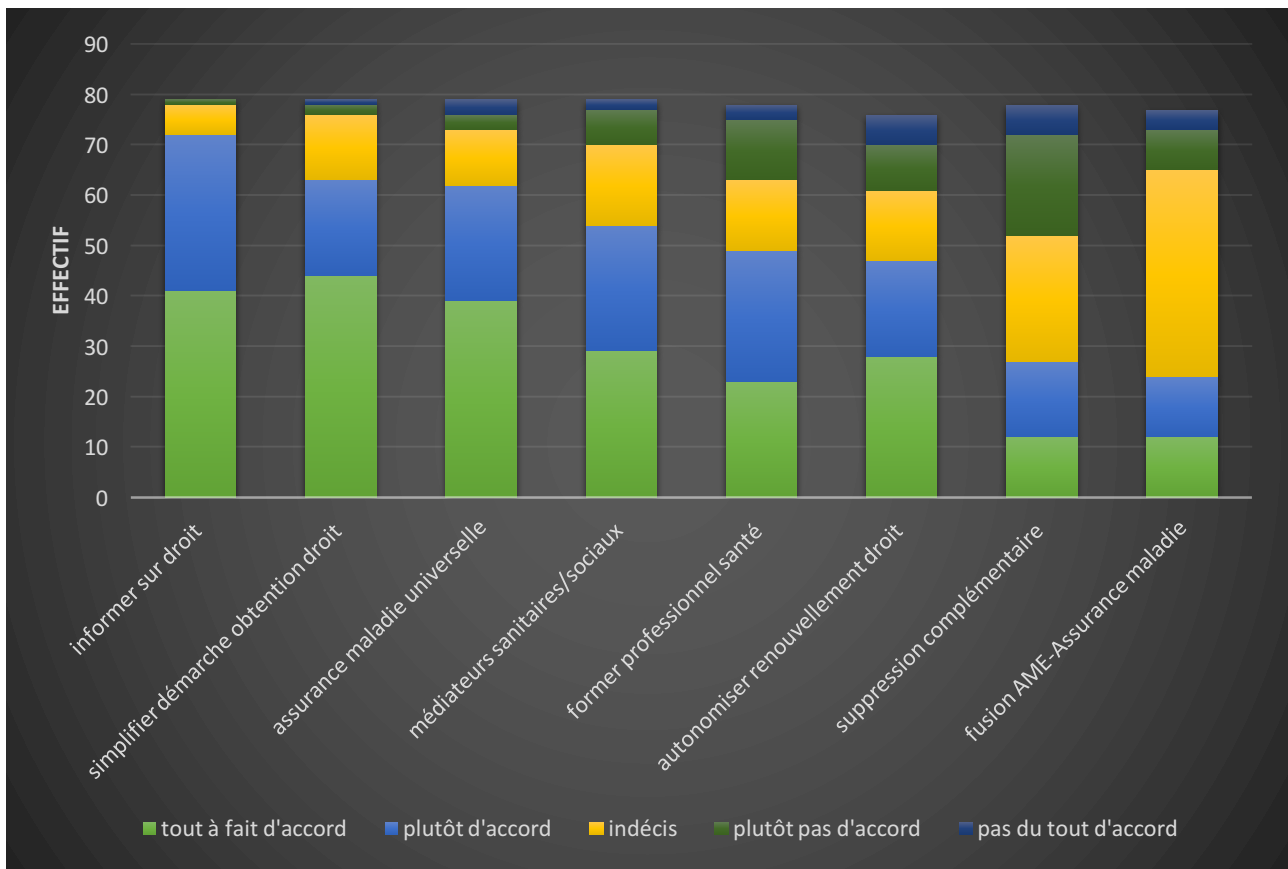


Figure 14 : Avis des médecins sur huit propositions d'avenir.

IV – DISCUSSION.

1) Matériel.

La force de cette étude était de confronter la prise en charge des patients en situation de précarité, véritable priorité de santé publique, aux nouvelles formes d'exercice de la médecine générale. L'avantage de l'exercice coordonné en maison de santé pluri-professionnelle est la coordination socio-sanitaire opérationnelle de proximité (21). Selon la définition du Larousse : coordonner c'est « ordonner des éléments séparés, combiner des actions, des activités distinctes en vue de constituer un ensemble cohérent ou d'atteindre un résultat déterminé » (22). Dans notre étude, ce résultat pouvait correspondre à l'amélioration de la santé des patients en situation de précarité. L'accès aux soins et à la santé dépend principalement de trois types de facteurs : ceux liés aux patients, ceux liés aux soignants puis d'autres liés au système de santé et d'assurance maladie (23). N'oublions pas que l'offre de soins fait partie intégrante des déterminants de santé raison pour laquelle nous nous sommes attaché aux structures sanitaires émergentes. La totalité des maisons de santé pluri-professionnelles de la région Bretagne en cours de fonctionnement a été inclus dans l'étude. Seul les médecins généralistes installés étaient inclus dans l'étude ; ils représentaient les noyaux durs du projet de santé. L'inclusion des étudiants et des remplaçants semblait trop compliquée à mettre en œuvre. La taille de l'échantillon était arbitraire, il n'y a pas eu besoin de calculer le nombre de sujet nécessaire ; la puissance était maximale. Les secrétaires, souvent coordinatrice de la structure, avaient été sensibilisées à la problématique de l'étude par le biais de l'appel téléphonique. Elles représentaient un intermédiaire dans le choix des participants et donc un biais de sélection potentiel. Enfin cette étude était une occasion pour les médecins répondants de se questionner plus ouvertement par la suite sur les questions d'accès aux droits, d'accès aux soins, et d'équité en matière de santé.

2) Méthode.

La méthode quantitative semblait appropriée pour évaluer des connaissances, mesurer un niveau de difficulté, décrire des pratiques et recueillir des avis à un niveau régional. Une étude qualitative aurait pu précéder ce travail afin de mieux identifier les problématiques et les solutions lors de la prise en charge d'un patient précaire (par exemple par focus groups ou entretiens semi-dirigés). Conscient que les cumuls de précarités ne sont pas les mêmes à la campagne qu'à la ville, en Ile-et-Vilaine qu'en Côtes d'Armor, des études comparatives auraient pu également être réalisées. La présentation du questionnaire d'enquête était claire mais les questions nombreuses. Certaines questions pouvaient être incompréhensibles comme la n°13 : « le(s)quel(s) (dispositifs santé précarité) ne connaissez-vous pas parmi la liste suivante ? ». 29 répondants n'ont pas fait attention à la négation. Tout comme la question n°19 où 14 répondants ont coché plusieurs réponses. Sans nul doute, un prétest aurait dû être réalisé. La confidentialité de l'information recueillie était respectée. La double relance augmenta sûrement le taux de réponse.

3) Résultats.

Le taux de réponse aurait pu être supérieur. Les réponses n'étaient pas réparties de manière homogène sur le territoire Bretons ; la majorité des médecins répondants exerçaient en milieu rural et en Ille-et-Vilaine ce qui limitait la représentativité régionale et les comparaisons territoriales par lieu et département d'exercice. Un quart de la population française est en situation de précarité (24), hors dans notre étude 9,9% des patients consultants dans les maisons de santé étaient en situation de précarité ; ce constat différentiel confirme les difficultés d'accès aux soins et certaines incohérences dans le parcours de soins. Nous pourrions aussi penser que la Bretagne présente moins de patients en situation de précarité que la moyenne nationale ; et que ces derniers sont plus nombreux dans les grandes agglomérations (Lille, Paris, Lyon, Marseille) ou dans les déserts médicaux (Limousin).

Les médecins avaient des représentations communes et extensives de la précarité. Le mot « isolement » renvoyait à la notion de solitude et d'insécurité psychique. Les médecins associaient la précarité à la « pauvreté » : par définition un pauvre est une personne qui n'a pas suffisamment de moyens pour subvenir à ses besoins. C'est l'état d'une personne ou d'un groupe qui dispose de peu de ressources. Le précaire est un pauvre potentiel et le pauvre n'est pas forcément précaire (25). Le « chômage » représentait une insécurité sociale réversible. Il était important de souligner aussi le rapport entre la précarité et les différents termes suivants : « fragilité », « peur », « angoisse », « dépression », « maladie mentale », « toxicologie », « addictions », « souffrance ». Ces mots caractérisaient de nombreux motifs de consultation en médecine générale. Ils sont le résultat de la rencontre entre une vulnérabilité individuelle d'ordre psychologique et une souffrance d'origine sociale insurmontable (26). Enfin, notre étude fait ressortir les liens entre précarité et « conduite à risque », précarité et « mauvaise santé ». En bout de chaîne le mot « exclusion » désigne le fait de se retrouver en dehors du lien social commun mais pas en dehors de la société (26). Xavier Emmanuelli décrit les exclus comme des « Sans », privés de tout (27). Ce phénomène de rupture est considéré comme le stade ultime de la précarité, comme la conséquence d'une situation de précarité qui s'éternise et s'aggrave se nourrissant de facteurs environnementaux et d'elle-même ; allant au-delà d'un point de non-retour (3). Le sociologue Robert Castel, spécialiste de la psychiatrie et de la condition salariale, travailla pendant de nombreuses années sur la dynamique de l'exclusion (28) (Annexe 9).

Les médecins étaient capables d'envisager l'ensemble des composantes du modèle bio-psychosocial quand ils étaient confrontés à une situation sociale complexe. L'accompagnement dans le parcours de soins dépendait de leur expérience et de la représentation qu'ils se faisaient de la précarité. Tous s'accordaient cependant à dire qu'il s'agissait de prises en charge chronophages. Ils avaient conscience de l'influence de la précarité sur la santé mais ils ne recherchaient pas systématiquement les déterminants sociaux de santé (29). Quant aux patients en situation de précarité : conscients de l'impact de leurs modes de vies, conditions de vie et de travail sur leur santé, ils abordaient rarement le sujet avec leur médecin généraliste et faisaient rarement une demande spontanée d'acte de prévention mais en comprenaient l'intérêt. Recueillir et consigner systématiquement les caractéristiques sociales de tous les patients, les considérer comme de véritables facteurs de risque est primordial (30).

Les compétences psycho-sociales du médecin généraliste face aux inégalités sociales de santé comprennent le repérage des personnes vulnérables, la relation empathique sans jugement, et la collaboration avec des professionnels du champ médico-social (31). Dans l'étude, le médecin généraliste connaissait peu les scores de repérage de la précarité et les utilisait encore moins ; il portait un diagnostic social de la situation plutôt de manière intuitive à l'aide de l'examen clinique en analysant les conséquences physiques (état dentaire, hygiène...) et psychologiques (addictions...) des situations de précarité (32). La mauvaise connaissance des conditions et délais d'obtention de couverture maladie montrait la complexité administrative d'ouverture et de renouvellement des droits. Les médecins connaissaient insuffisamment l'environnement médico-social de leur territoire. 30% des répondants ignoraient l'existence des centres communaux d'actions sociales. Une chose est sûre ; plus les médecins connaissaient cet environnement, plus les interactions étaient nombreuses. Des rencontres entre professionnels du secteur sanitaire et du secteur social sont à encourager. La mise à disposition d'un annuaire sanitaire et sociale semble fondamentale.

Les situations de précarité en médecine générale sont toujours complexes et difficiles à gérer. La relation médecin - malade s'en trouve profondément modifiée. Pour le médecin, le manque de temps est un obstacle à un bon accompagnement du patient dans ses démarches. La représentation et le comportement du patient à l'égard de la maladie et de la santé influencent le recours aux soins ; souvent l'alimentation, le logement, l'éducation et l'emploi sont prioritaires par rapport à la santé. Tous ces facteurs associés à une problématique sociale spécifique rendent la prise en charge médicale compliquée. Dans l'étude, 98,7% des médecins se sentaient en difficulté face à un patient en situation de précarité. La prise en charge des maladies mentales, des addictions ainsi que le contrôle des facteurs de risques cardiovasculaires étaient les situations de soins et de prévention les plus difficiles. D'autres situations plutôt organisationnelles pouvaient être rencontrées comme les problématiques liés aux transports, à l'accès aux spécialistes ou aux assistants socio-éducatifs. Plus le médecin rencontrait de précaires, plus le degré de difficulté ressenti était élevé. Ce résultat montrait les limites de ces nouveaux modes de fonctionnement collectif dans la prise en charge de la précarité. Ces structures ne semblaient pas offrir aux médecins des conditions suffisamment bonnes pour soigner en pratique quotidienne les patients les plus vulnérables. En effet, les médecins émettaient un doute dans la capacité de la maison de santé à répondre aux besoins des populations précaires. Devant ce constat, les maisons de santé devaient s'organiser différemment et mieux s'adapter aux besoins spécifiques des patients précaires. Le renforcement de l'accompagnement psychosocial et administratif devait se traduire par une meilleure articulation entre le social et le sanitaire ; soit en proposant à des travailleurs sociaux de réaliser des vacations au sein des maisons de santé, les médecins étant favorables à cette multidisciplinarité, soit en développant les permanences d'accès aux soins de santé territoriales. En réalisant un maillage d'offre de soins adapté aux besoins de chaque territoire, en renforçant le partenariat avec le secteur social et le Réseau Louis Guilloux, les maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne participeraient davantage à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Les maisons de santé pluri-professionnelles pourrait même s'inspirer des centres de santé primaires polyvalents (CSPP) : lieux de mixité sociale où travaille une équipe pluridisciplinaire pour une prise en charge du patient dans sa globalité, sa complexité et son individualité (33).

V – CONCLUSION.

La relation de soin ne peut s'aborder en ignorant les conditions sociales d'existence. Le médecin doit prendre en compte la position socio-économique mais aussi les conditions de vie et les comportements en santé. La planification de la santé doit s'inspirer du modèle « déterminants de santé, égalité d'accès aux soins et à la santé ».

Notre système de santé doit relever les grands défis de société présents et à venir, comme la précarisation de la population, son vieillissement, et la prise en charge des pathologies chroniques. Cet observatoire régional montre qu'il y a encore un long chemin à parcourir. La création de maisons de santé pluri-professionnelles est une opportunité à saisir pour remettre au goût du jour le rôle du médecin généraliste face à la précarité.

Paroles de Jacques Lebas et Pierre-Henri Bréchat.

« Le droit à la santé et la protection des plus vulnérables font partie des droits fondamentaux qui ne sauraient dépendre de la situation économique et administrative des personnes. Il faut continuer de préserver la pratique d'une santé véritablement publique et solidaire, au service des personnes et d'un bien être collectif et de la cohésion sociale. La démocratie sanitaire, son principe et ses outils doivent permettre à toutes les populations de développer, en lien avec les professionnels et acteurs de terrain, des actions adaptées de prévention et de soin. Prendre en charge tous les usagers dans le système de santé est donc une priorité tant de santé publique qu'économique, qui aura pour effet de diminuer une part des inégalités sociales de santé et d'éviter l'effet boomerang de l'augmentation des hospitalisations et des dépenses d'assurance maladie dans l'avenir. Pour conforter les spectaculaires progrès accomplis, il importe aujourd'hui de faire porter les efforts auprès des populations précaires, des personnes atteintes de maladies chroniques et de handicap physiques et mentaux, et de prendre en compte les conditions de vie des personnes, notamment des plus vulnérables, pour compenser, à défaut de les maîtriser par ailleurs, les déterminants sociaux des inégalités de soin constatées. » (24).

Paroles de Médecins du Monde.

« Nous les croisons chaque jour dans les rues sans leur prêter attention. Souvent même, nous détournons le regard. La pauvreté, la maladie dérangent. Chacun d'eux illustre à la fois un itinéraire personnel et une faille dans notre système de santé et d'accès aux soins. Dans toute leur humanité, leur dignité, avec leurs souffrances et leurs espoirs, ils nous regardent, les yeux dans les yeux. Et nous interpellent. La précarité n'est ni une fatalité ni un choix pour ceux qui la vivent. Elle ne doit ni faire peur, ni diviser. Regardons-la en face, pour mieux la combattre. » (34).

Citation de l'Abbé Pierre.

« La maladie la plus constante et la plus mortelle, mais aussi la plus méconnue de toute société, est l'indifférence »

Proverbe Africain.

« Pour qu'un enfant grandisse, il faut tout un village »

Imprimé n° 4



Scolarité médecine 3^{ème} cycle
2 avenue Professeur Léon Bernard
35043 RENNES Cedex

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : BOUL JEAN-PHILIPPE

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

Prise en charge médico-sociale des patients en situation de précarité dans les maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne.


<p>Rennes, le 15/12/16</p> <p>D.D. MICHEL 1000 2640 695 Centre Médical Louis Guillois Le Directeur de thèse</p>	<p>Rennes, le 15/12/2016</p> <p><i>[Signature]</i> Chirurgie Cardiovasculaire et Thoracique Centre Cardiopneumologique - CHU RENNES Hôpital Pontchaillou - 35033 Rennes Cedex 09 Tél. 02 99 28 24 73 ou 02 99 28 24 90 Le Président de jury</p>
---	--

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le - 6 JAN. 2017

Le Président de l'Université de Rennes1

[Signature]
D. ALIS



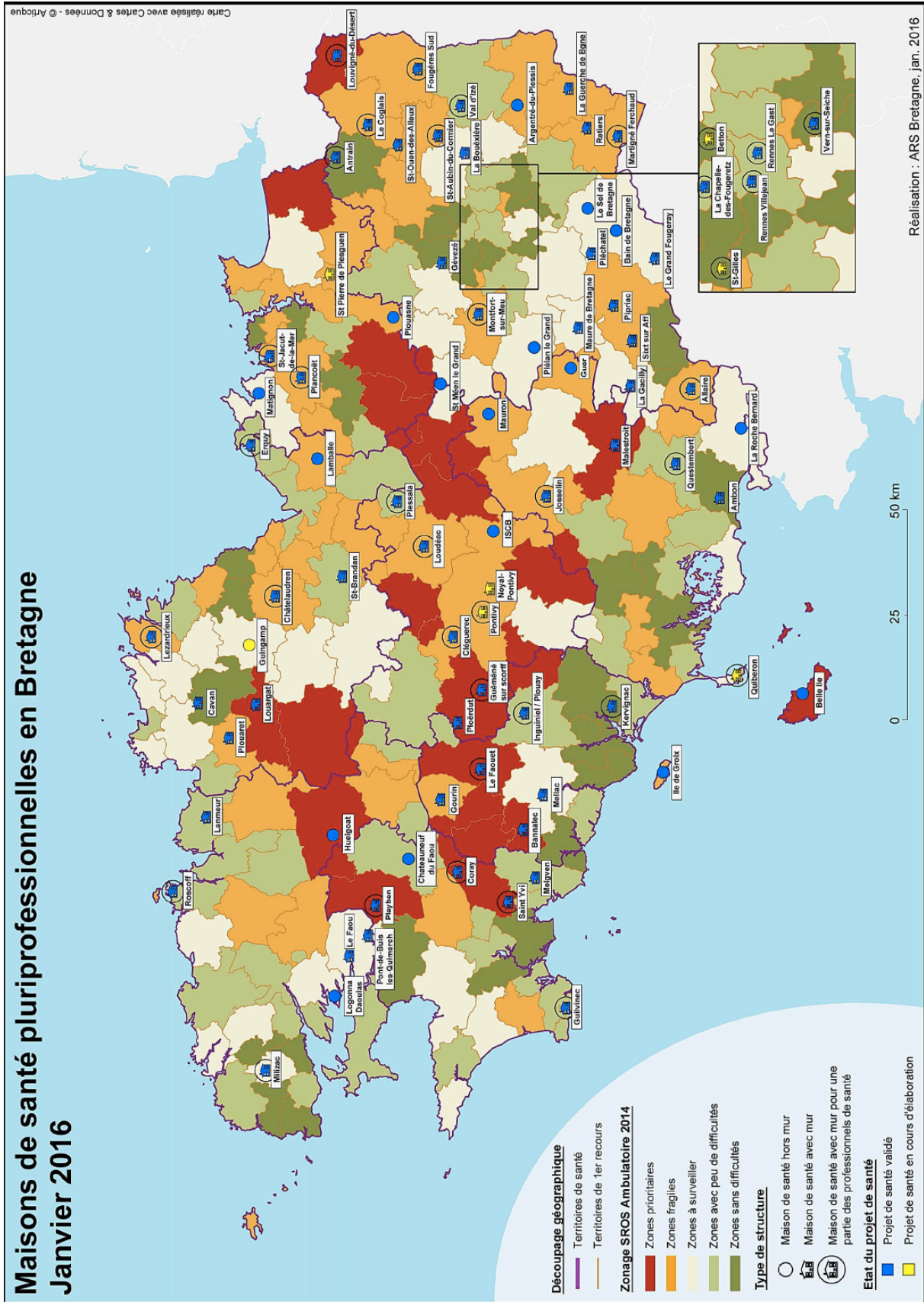
VI – RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

- (1) Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport du conseil économique et social. Journal officiel 28 février 1987.
- (2) Haut comité de la santé publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes : Ed. ENSP, 1998.
- (3) Tudrej B. Précarité analyse d'un concept. Paris ; université René Descartes Paris V ; 2006-2007.
- (4) Organisation mondiale de la santé. Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires ; 6 au 12 septembre 1978 ; Alma-Ata, URSS.
- (5) Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa. Conférence internationale pour la promotion de la santé ; 21 novembre 1986 ; Ottawa, Canada.
- (6) Secours populaire français/Académie nationale de médecine. Colloque Précarité, pauvreté et santé, 7 octobre 2015.
- (7) Haut conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité ; décembre 2009.
- (8) Bachelot-Narquin R. Préface. Dans : Bréchat PH, Lebas J, rédacteurs. Innover contre les inégalités de santé. Presses de l'EHESP ; 2012.
- (9) Matz C, Laurent I. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle [thèse]. Nancy ; université Henri Poincaré ; 2011.
- (10) Fédération française des maisons et pôles de santé. Qu'est-ce qu'une maison et un pôle de santé ? ; 22 juillet 2013.
- (11) Direction générale de l'offre de soins. Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier ; 21 juillet 2010.
- (12) Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France ; situation au 1^{er} janvier 2016.
- (13) Organisation mondiale de la santé. Comblé le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé ; 19-21 octobre 2011 ; Rio de Janeiro, Brésil.
- (14) Organisation mondiale de la santé. Les déterminants sociaux de la santé : les faits. Deuxième édition ; 2004.
- (15) Sécurité sociale. La mise en place de la protection universelle maladie au 1er janvier 2016.
- (16) Institut de veille sanitaire. Le score Epices : un score individuel de précarité. Bulletin épidémiologique hebdomadaire ; 2006.
- (17) Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Le secteur médico-social, comprendre pour agir ; juillet 2013.
- (18) Agence régionale de santé Bretagne. Répertoire des dispositifs en santé précarité.
- (19) Réseau Louis Guilloux. Rapport d'activité 2015.

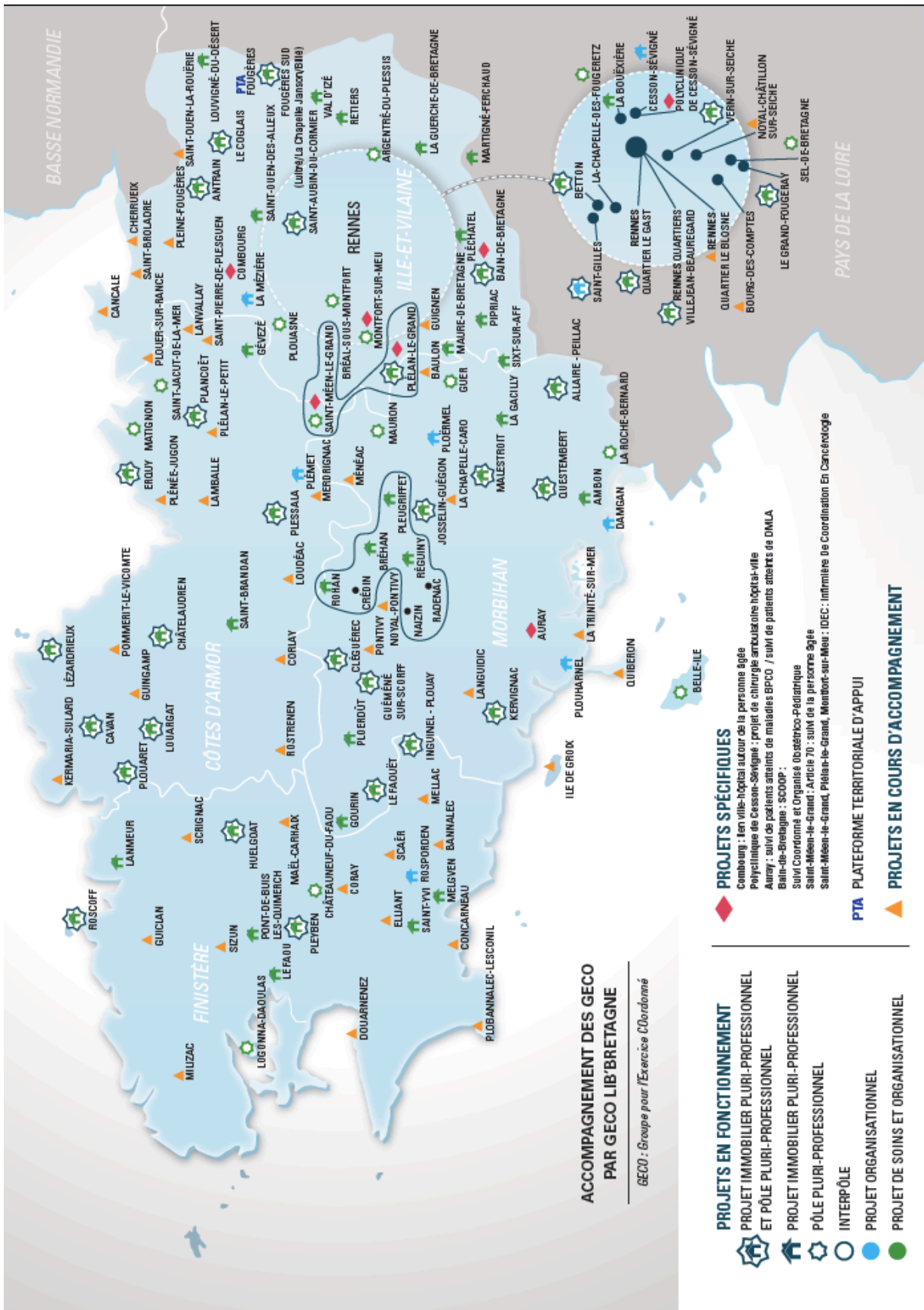
- (20) Comité pour la santé des exilés. Migrants/étrangers en situation précaire, soins et accompagnement ; guide pratique pour les professionnels ; édition 2015.
- (21) Agence régionale de santé Bourgogne. L'exercice coordonné en Bourgogne, soins ambulatoires de premier recours ; référentiel ; édition 2014.
- (22) Larousse. Définition « coordonner ».
- (23) Hermet L. Complexité des parcours de santé de patients en situation de précarité : une étude par méthode mixtes dans un centre de consultations médico-sociales en région parisienne [thèse]. Créteil ; université Paris-Est Créteil ; 2016.
- (24) Lebas J, Bréchat PH. Conclusion. Dans : Bréchat PH, Lebas J, rédacteurs. Innover contre les inégalités de santé. Presses de l'EHESP ; 2012.
- (25) Pierret R. Qu'est-ce que la précarité ?. Socio,2 ; 2013.
- (26) Le Ferrand P. Clinique de la précarisation. 2^{ème} journée régionale sur le handicap psychique ; CREAI de Bretagne ; 28 novembre 2013 ; Abbaye de Saint-Jacut de la Mer.
- (27) Emmanuelli X. L'exclusion, une pathologie sociale. Dans : Bréchat PH, Lebas J, rédacteurs. Innover contre les inégalités de santé. Presses de l'EHESP ; 2012.
- (28) Maric M, Gregoire E, Leporcher L. La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins. DREES ; Novembre 2008.
- (29) Martin G. Patients en situation de précarité : quel parcours de soins en médecine générale : étude qualitative par focus group auprès de médecins généralistes installés et remplaçants en Nord-Pas-de-Calais [thèse]. Lille ; université du droit et de la santé ; 2015.
- (30) Ballidan N. Patients en situation de précarité : quel parcours de soins en médecine générale : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients en accueil de jour et centre d'hébergement du Nord [thèse]. Lille ; université du droit et de la santé ; 2015.
- (31) Chatelard S. Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de littérature [thèse]. Grenoble ; université Joseph Fourier ; 2011.
- (32) David-Meslin A. Comment les médecins généralistes de Loire-Atlantique repèrent-ils les situations de précarité de leurs patients ? [thèse]. Nantes ; Université de Nantes ; 2013.
- (33) Lebas J, Bréchat PH. Éléments pour un concept avec référentiel : le centre de santé primaire polyvalent (CSSP). Dans : Bréchat PH, Lebas J, rédacteurs. Innover contre les inégalités de santé. Presses de l'EHESP ; 2012.
- (34) Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France. Rapport 2013.

Annexes

Annexe 1 : Maisons de santé pluri-professionnelles en Bretagne janvier 2016.



Annexe 2 : Accompagnement des groupes pour l'exercice coordonné.



Annexe 3 : Jean Furtos : Quelques particularités de la clinique psychosociale, soins psychiatriques.

1^{er} stade : « La perte est pensable, c'est la précarité normale ou zone d'inclusion. Elle peut produire des souffrances sans empêcher de vivre. »

2^{ème} stade : « La précarité exacerbée ou zone de vulnérabilité à la perte possible. Celui qui a peu ou pas perdu sur le plan économique commence à avoir peur de perdre : « A quand mon tour ? » La souffrance commence d'empêcher de vivre. Dans ces deux premiers stades les objets sociaux sont globalement conservés. »

3^{ème} stade : « C'est celui de la vulnérabilité assistée : il y a perte des objets sociaux. La souffrance psychique susceptible d'empêcher de vivre peut-être compensée par les modalités concrètes et subjectives de l'aide sociale. Cette souffrance est repérée sur les lieux du social et non dans le champ sanitaire. [...] Les personnes ont encore un désir qui permet d'animer un projet. A ce stade, il suffit que la personne qui éprouve de la honte et du découragement entre dans une relation de respect et d'aide pour qu'elle retrouve courage et fierté. »

4^{ème} stade : « Tout ou presque est perdu, même l'estime de soi. C'est la précarité avec désaffiliation, exclusion. C'est le stade où la souffrance empêche de souffrir. A partir de la précarité exacerbée, il est possible de passer le seuil par lequel on entre dans l'exclusion, la désaffiliation sociale (perte du sentiment d'être citoyen reconnu), qui entraîne souvent en même temps des ruptures familiales. La personne ne se sent plus incluse dans la chaîne des générations. Pour ne plus vivre certaines souffrances extrêmes, il faut s'exclure de soi-même, ne plus sentir, ne plus ressentir et utiliser des moyens psychiques de rupture extrêmement coûteux à type de déni, clivage, projection. A ce stade, l'exclusion sociale se double d'une auto-exclusion psychique. Les ruptures du lien social s'accompagnent de problèmes de santé graves sur le plan somatique et de troubles de comportement. »

Annexe 4 : Philippe Le Ferrand : clinique de la précarisation.

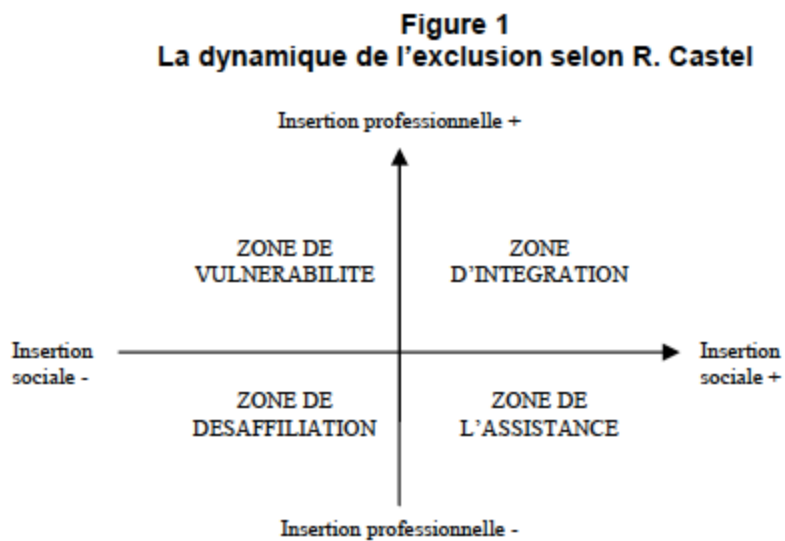
« Le terme a signifié un avenir non assuré, incertain et instable avec une double valence psychologique et sociologique. »

« D'un point de vue psychologique : la précarité se rapproche de la notion d'insécurité psychique en rapport avec la vulnérabilité de base de l'être humain dépendant d'autrui : d'abord la mère puis la famille, le groupe, la société. Il existe chez chaque individu une valence sécurité/insécurité psychique liée aux liens précoces de la petite enfance qui marquent de façon profonde le mode de relation à autrui et à l'environnement. »

« D'un point de vue sociologique : la précarité concerne les modifications de la société salariale et l'apparition d'emplois au statut précaire. La précarité sociale ne doit pas être confondue avec la pauvreté. On peut vivre dans une société pauvre sans précarité et être pauvre sans être précaire. On peut vivre dans une société riche précarisante et être précaire sans être pauvre. Dans notre société actuelle la précarité est souvent synonyme de pauvreté. La précarité sociale ne doit pas non plus être confondue avec l'exclusion bien qu'elle entretienne un lien étroit avec elle : bien souvent, la précarité amène à être exclu de son groupe social ou même de la scène sociale où se joue la citoyenneté. Une société devient précarisante lorsque ses membres deviennent obnubilés par l'obsession de la perte possible des objets sociaux, c'est-à-dire des objets idéalisés dans une société donnée en rapport avec son système de valeur et qui font liens en donnant une identité sociale. Dans notre société, les objets sociaux sont des choses concrètes comme un diplôme, un logement, un emploi. Actuellement l'emploi, et ce qui en découle (argent, logement, statut), a un rôle particulièrement dominant si bien que certaines conditions de travail et le chômage sont vécus de façon dramatique car les acquis, les protections et les institutions régulatrices ne sont plus immuables. »

« La société précarisante induit une souffrance sociale contextuelle qui a un impact variable en fonction des vulnérabilités individuelles : face à la précarité sociale marquée par les incertitudes de l'avenir concernant l'emploi, le statut social et familial, beaucoup d'individus anticipent néanmoins un avenir possible malgré la menace de perdre ses objets sociaux. Cette anticipation positive n'évite pas de souffrir mais la souffrance ne l'empêche pas de vivre, elle peut même stimuler. La désillusion et le deuil de l'identité sociale ne sont pas catastrophiques. La capacité de demander de l'aide persiste et renforce les liens sociaux. La capacité d'action reste intacte pour transformer son environnement, évoluer en fonction de celui-ci, s'adapter et retrouver de nouveaux objets sociaux. Le sentiment d'identité intime, la sécurité narcissique et l'estime de soi sont conservés même si l'identité sociale change. Dans d'autres cas, l'atteinte de l'identité sociale induit une blessure narcissique telle que le sentiment d'existence est menacé avec toute une symptomatologie dépressive caractérisée par une triple perte de confiance : perte de confiance en l'autre qui ne reconnaît pas l'existence, perte de confiance en soi-même qui perd sa dignité d'exister, perte de confiance en l'avenir. »

Annexe 5 : La dynamique de l'exclusion selon Robert Castel.



Maric M., d'après R. Castel, « De l'indigence à l'exclusion... », *op. cit.*, p. 148-149.

Annexe 6 : Déterminants Sociaux de Santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé.

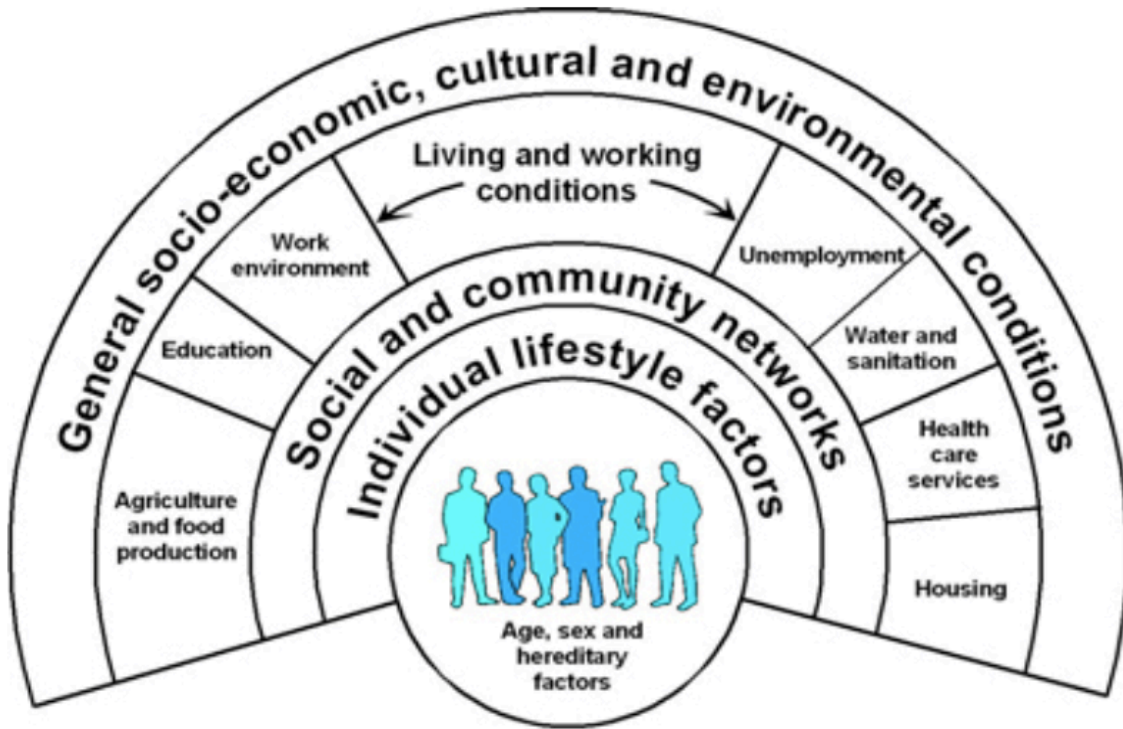
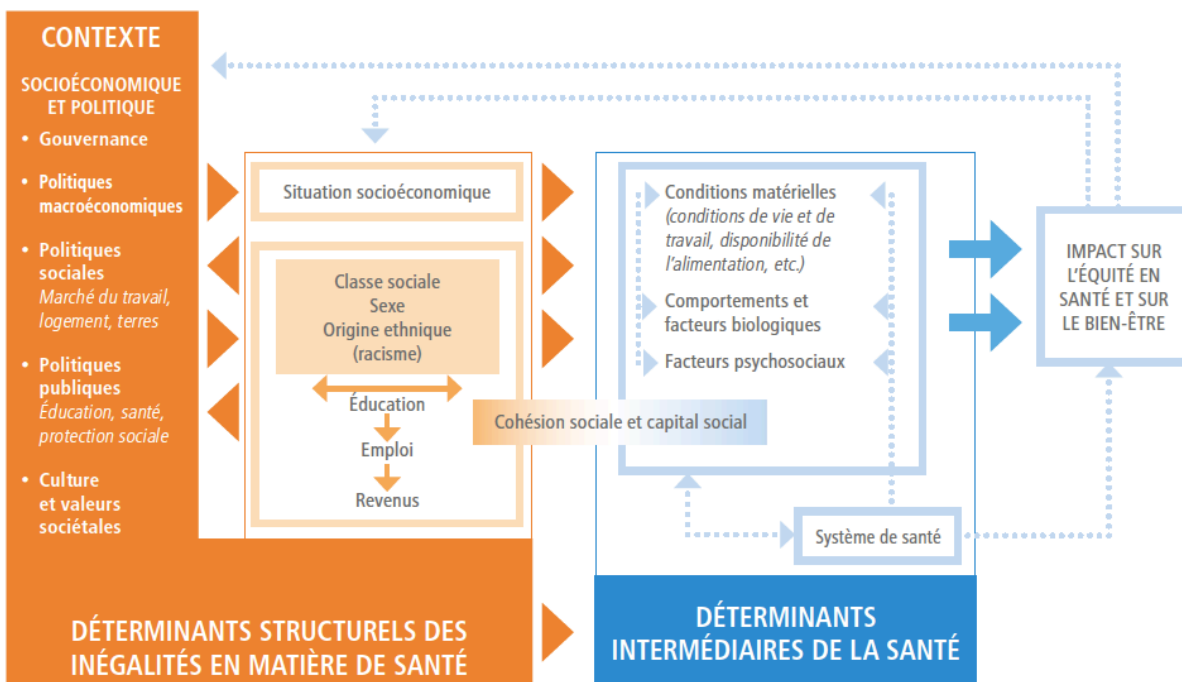


Figure 2. Cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé



Source : Solar and Irwin, 2010⁶

Tableau 5
Le score EPICES

Les 11 questions du score Epices		
N° Questions	Oui	Non
1 Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2 Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3 Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4 Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5 Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6 Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7 Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8 Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9 Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10 En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11 En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
Constante	75,14	

Annexe 8 : Certificats médicaux de sévices et torture.

Le contexte de restriction du droit d'asile en France et en Europe favorise la recherche de « preuves » de toutes sortes, au premier rang desquelles le « certificat médical de sévices et torture » destiné à l'Ofpra ou à la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). Une telle demande peut s'avérer dangereuse pour la santé du patient et pour le droit d'asile, en raison de la place qu'elle occupe dans le processus de sélection des réfugiés. D'un point de vue médical et psychologique, un tel certificat n'est justifié que dans le cas où le patient aurait des difficultés à « raconter » son récit de demandeur d'asile en raison de son état de santé, en premier lieu la santé mentale.

Fait à ..., le ...

Je soussigné(e) ..., docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour Mme/M. ..., né(e) le ..., de nationalité ..., [numéro de dossier s'il y a lieu], en vue de rédiger un certificat médical que l'intéressé(e) entend joindre à sa demande d'asile.

Déclarations du patient :

utiliser le style conditionnel : ...Mme/M. évoque ses activités politiques, elle/il aurait été détenu(e), déclare avoir été frappé(e)...

reprendre le motif des persécutions (ethnie, religion, nationalité, groupe social ou opinions politiques); reprendre les éléments en rapport avec les doléances et les constatations de l'examen. Cela peut concerner les circonstances et les conditions d'une détention ou des sévices torture et autres violences infligés par les persécuteurs; confronter si possible ces déclarations avec le récit écrit adressé à l'Ofpra ou à la CNDA pour la concordance des périodes et des faits.

Constatations de l'examen clinique et/ou de la prise en charge :

conclusions de l'entretien et doléances du patient : plaintes somatiques (douleur, handicap), ou psychologiques (troubles de la mémoire, troubles du sommeil, peurs, cauchemars, mauvaises nouvelles du pays); s'il y a lieu, mention d'un syndrome psychotraumatique (voir p. 397) et/ou de dépression réactionnelle (voir p. 400); conclusions de l'examen physique : localisation et caractéristiques des cicatrices et autres séquelles traumatiques, (préciser, s'il y a lieu : ...attribuée à un coup de botte, une brûlure par cigarette...); s'il y a lieu, conclusions des examens complémentaires (radios); s'il y a lieu, mention de la prise en charge thérapeutique.

Conditions de l'entretien :

L'entretien s'est déroulé en français/anglais, à l'aide d'un accompagnant/d'un interprète... s'il y a lieu, difficultés du patient (pudeur, émotions), de l'accompagnant ou de l'interprète.

Ces constatations sont compatibles avec les déclarations de l'intéressé(e).

Certificat rédigé à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.

Signature

Annexe 9 : Rapports pour le droit au séjour pour raison médicale.

Prévu à l'article L 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (art. 6.7° de l'accord franco-algérien pour les Algériens), le droit au séjour pour raison médicale concerne les étrangers atteints de maladie grave dont l'interruption des soins en cas de retour dans leur pays d'origine pourrait entraîner des conséquences « d'une exceptionnelle gravité ». Les demandeurs et les intervenants sollicités doivent connaître les modalités d'application de ce droit par les préfectures et les médecins des agences régionales de santé (MARS), et l'ensemble des médecins sollicités doivent connaître le cadre juridique et les principes de délivrance du rapport médical requis par la procédure. Le chapitre Droit au séjour pour raison médicale p. 39, détaille le cadre, les acteurs et toutes les étapes de la procédure. Si l'étranger malade a fait l'objet d'une mesure d'éloignement et/ou est placé en centre de rétention, le même rapport médical est requis dans le cadre des procédures de protection contre les mesures d'éloignement et le placement en rétention (voir p. 94).

• Rapport médical destiné au MARS pour une demande de titre de séjour (première délivrance ou renouvellement ou recours gracieux). Lieu, date, signature.

Cher confrère, L'état de santé de M./Mme... né(e) le..., de nationalité... (numéro de dossier s'il y a lieu), nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui/elle des conséquences d'une exceptionnelle gravité.

Préciser :

- la nature de(s) l'affection(s) et les circonstances du diagnostic, les complications éventuelles et facteurs de risque associés (dont ATCD familiaux);

- les modalités de prise en charge (surveillance, soignants et structures);

- les modalités du traitement (molécules et posologie);

- le pronostic en l'absence de prise en charge;

Préciser autant que possible les éléments permettant d'évaluer le risque d'absence de traitement approprié dans le pays d'origine.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à la situation de ce(tte) patient(e). Bien confraternellement.

Propositions pour un dispositif évolutif en 7 étapes

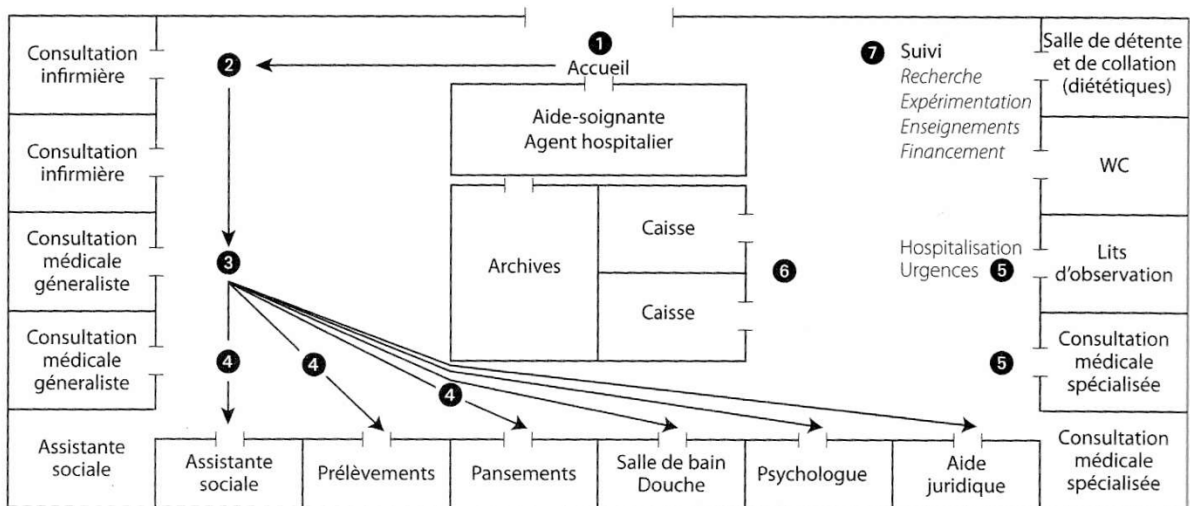


Schéma 1. Exemple d'un parcours idéal

Source : Innover contre les inégalités de santé. Presses EHESP.

Annexe 11 : Questionnaire d'enquête.

LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES DE BRETAGNE FACE A LA PRECARITE

Bonjour

Etudiant en médecine générale, j'arpente le chemin de la thèse. Je réalise une enquête sur le thème de la précarité. Ce questionnaire a pour objet de recueillir votre expérience face à ce fléau puis de décrire, à travers l'organisation de la maison de santé, les pratiques innovantes développées en direction des personnes socialement fragiles.

Conscient de la surcharge de travail au cabinet, je vous conseille de répondre tranquillement à ce questionnaire à tête reposée une fois à votre domicile ou alors dès réception au cabinet. 10 minutes suffiront pour participer à cette enquête. L'anonymat sera bien sûr respecté lors de la saisie des données en attribuant à chacun un numéro d'identifiant. Les informations d'identification ci-dessous sont demandées afin de pouvoir vérifier ultérieurement l'absence de doublons. La liste des abréviations vous est fournie à la fin du document.

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :



REPRESENTATION ET EXPERIENCE DE LA PRECARITE :

1] Citez spontanément deux mots clés en rapport avec la précarité :

- -

2] Connaissez-vous les outils du repérage des populations en situation de précarité ?

- Score EPICES : Oui Non
- Score PRECAR : Oui Non

3] Parmi les déterminants socioéconomiques, culturels et environnementaux de santé suivants :

=> Entourez les trois plus importants.

=> Barrez les deux moins importants.

- Eau/Alimentation Logement/Air Couverture sociale
- Education/Formation Emploi/Revenu Famille/Soutien social
- Nationalité/Papiers Langue Transports/Mobilité
- Activités sportives Activités culturelles

4] Concernant la PUMA, la CMUC, l'ACS et l'AME, comment jugez-vous votre niveau de connaissance...

	Très bonne	Bonne	Moyenne	Mauvaise	Très mauvaise
Des conditions d'obtention ?					
Des délais d'obtention ?					

5] Pour faciliter l'accès aux droits et limiter le renoncement aux soins, il faut :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Indécis	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Un dispositif d'assurance maladie universel					
Supprimer les complémentaires santé					
Mieux informer les personnes sur leur droits					
Simplifier les démarches d'obtention des droits					
Autonomiser les renouvellements des droits					
Fusionner l'AME et l'assurance maladie					
Mieux former les professionnels de santé					
Créer des médiateurs sanitaires et sociaux					

6] Concernant votre activité...

Nombre de patients par jour en moyenne =

Proportion de patients en situation précaire : (en %)

7] Quel publics précaires rencontrez-vous le plus souvent ? (2 réponses)

- Personnes âgées isolées Usagers de drogues Migrants/Etrangers
 Chômeurs/Travailleurs pauvres Tsiganes/Roms Sans domicile fixe/Sans Abri
 Familles monoparentales Prostituées Détenus/Sous main de justice
 Enfants/Ados déscolarisés Autre, précisez :

8] Sur une échelle de 0 à 10, vous êtes-vous déjà senti(e) en difficulté face à un patient socialement fragile ? (Entourez votre réponse)

0 (jamais)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (toujours)
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------

9] (si ≥ 1 à la question 8) : Récemment, dans quelles situations de soins ? (2 réponses)

- Bucco-dentaire/Nutrition Dermatologie Ophtalmologie
 Gynécologie-Obstétrique Infectiologie et IST Gériatrie
 Santé mentale/Addictions Traumatologie Violence/Maltraitance
 Saturnisme/Intoxication CO/Accident domestique Autre, précisez :

10] Quelle action de prévention vous paraît la plus compliquée à mettre en œuvre auprès des personnes en situation de précarité ? (1 réponse)

- Vaccinations Actions sur les facteurs de risque cardiovasculaire Dépistages des cancers

11] L'accompagnement psychosocial et administratif adapté à la situation semble être le déterminant de la réussite des soins pour le patient précaire : que vous manque t-il pour consolider votre rôle ?

- Temps Moyens Outils Formation Rien

12] Concernant la prise en charge des migrants primo-arrivants, rédigez-vous des...

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Certificats médicaux pour l'asile ?				
Rapports médicaux pour le droit au séjour ?				

CONNAISSANCE DES RESSOURCES DU TERRITOIRE :

13] Concernant les partenaires du médecin généraliste...

=> Pensez-vous connaître les dispositifs médico-sociaux et sociaux de votre secteur ?

Oui Non

=> Etes-vous en contact avec eux ? Souvent Parfois Exceptionnellement Jamais

=> Le(s)quel(s) ne connaissez-vous pas parmi la liste suivante ?

- Points Accueil Santé
- Permanences d'Accès aux Soins de Santé
- Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
- Appartement de Coordination Thérapeutique
- Lits Halte Soins Santé
- Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation
- Centre Communal d'Action Sociale



14] Connaissez-vous le dispositif d'appui technique pour l'accès aux soins et l'accompagnement des migrants (DATASAM) du Réseau Louis Guilloux ?

Oui Non

=> Si oui, avez-vous déjà utilisé :

- plateforme d'accueil téléphonique : Oui Non
- outils/supports papiers (fiches traduites, outils imagés...) : Oui Non
- livret de santé bilingue de l'Inpes : Oui Non
- bulletin trimestriel « infosantemigrants » : Oui Non

ORGANISATION DE TRAVAIL ET FONCTIONNEMENT DE LA MSP :

15] Avez-vous déjà participé à un Atelier Santé Ville ? Oui Non

=> Si non, en connaissiez-vous l'existence ? Oui Non

16] Dans votre MSP, avez-vous déjà organisé une réunion de concertation pluri-professionnelle sur le thème « Santé et Précarité » ?

Oui Non

17] Avez-vous élaboré des protocoles de prise en charge concernant les situations suivantes ?

- patient(e) sans protection maladie : Oui Non
- patient(e) sans hébergement : Oui Non
- patient(e) allophone nécessitant interprétariat : Oui Non

18] Pensez-vous que votre MSP en terme d'offre et d'organisation peut répondre aux besoins de santé des populations dites complexes ou précaires de votre territoire ?

Sûrement Très probablement Probablement Possible Probablement pas Sûrement pas

19] Face aux difficultés de prise en charge des personnes en situation de précarité, quelle stratégie d'adaptation voudriez-vous développer ou renforcer dans votre MSP ? (1 réponse)

- Dépister les situations sociales à risque
- Pallier les obstacles financiers
- Fluidifier le parcours de soins
- Accompagnement psychosocial et administratif
- Communication avec le patient



20] La prise en charge médicosociale des patients précaires nécessite une multidisciplinarité en un seul lieu géographique, c'est pourquoi elle se réalise le plus souvent directement à l'hôpital ou dans certaines associations. Ne faudrait-il pas intégrer au sein de chaque MSP :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Sans opinion	Plutôt pas d'accord	Tout à fait en désaccord
Psychologue					
Assistant social					
Infirmier					

21] A propos des examens complémentaires, à quelle distance (km) se situe le premier...

	< 1km	entre 1 et 5km	entre 5 et 10km	> 10km
Laboratoire d'analyse				
Centre de radiologie				

22] La délivrance gratuite de médicaments urgents en cas d'obstacle financier pour un patient précaire sans couverture maladie est-elle possible...

- dans la MSP ? Oui Non
 -dans la pharmacie la plus proche ? Oui Non

23] Avez-vous déjà réalisé, dans une logique « d'aller vers », des rencontres « hors les murs » avec le public précaire pour faciliter leur intégration au système de soins de droit commun ?

	Oui	Non	Non concerné(e)
Visite squats et/ou lieux d'hébergement (CHRS, CHU, CADA...)			
Visite dans les associations d'aide et de soutien (Restos du cœur...)			
Maraude/ Unité mobile de prévention et dépistage			

CARACTERISTIQUES DES REpondants :

24] Age : ans

25] Sexe : Féminin Masculin

26] Département d'exercice :

22 : Côtes d'Armor 29 : Finistère 35 : Ille-et-Vilaine 56 : Morbihan

27] Lieu d'exercice :

Urbain ZUS Périurbain Rural

28] Exercice coordonné en MSP :

Année de création de la MSP :

Nombre de professionnels au total travaillant dans la MSP (médecins + non médecins) :

29] Exercice salarié ou bénévole : Oui Non

=> Si oui, quel type :

- Centre de Santé Association locale/ONG
 Réseau de Santé Autre, précisez :
 Hôpital

30] Médecin agréé(e) : Oui Non

31] Expérience de médecine humanitaire à l'étranger : Oui Non

32] Formation initiale ou continue :

- Sur la précarité : Oui Non
 Sur les migrants : Oui Non

Liste des abréviations :

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

PUMA : Protection Universelle Maladie

CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

AME : Aide Médicale de l'Etat

ZUS : Zone Urbaine Sensible

ONG : Organisation Non Gouvernementale

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

**MERCI DE VOTRE
PARTICIPATION**

BOUL Jean-Philippe :

Prise en charge médico-sociale des patients en situation de précarité dans les maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne.

54 Feuilles, 14 Figures, 5 Tableaux. 30 cm.

Thèse Médecine générale ; Rennes 1 ; 2017 ; N°

Résumé français

Contexte : Lorsque la vie et l'existence s'accompagnent de précarités, l'espérance de vie diminue, le risque de maladie et/ou de handicap s'accroît. Les maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne ont-elles les ressources nécessaires pour améliorer la santé des plus vulnérables et lutter contre l'exclusion ? **Objectif :** L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux de la prise en charge médico-sociale des patients en situation de précarité dans les maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne. **Méthode :** Une étude quantitative par questionnaire a été menée de juin à décembre 2016 auprès de 277 médecins généralistes répartis dans 74 maisons de santé de Bretagne. Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis associé à l'expérience des dispositifs médico-sociaux existants ont servi de fil conducteur pour l'élaboration du questionnaire. **Résultats :** Le faible taux de réponse de 28,5% avait l'avantage de représenter 51,4% des maisons de santé Bretonnes. « Isolement », « pauvreté », « chômage » et « fragilité » représentaient la précarité pour les médecins répondants. L'accès à l'eau et à une alimentation de qualité, et l'accès au travail semblaient être les déterminants les plus influents sur la santé dans notre société. Les scores du repérage de la précarité étaient ignorés, les procédures d'ouverture de droits à l'assurance maladie insuffisamment connues, et seulement 48,7% des médecins déclaraient connaître les dispositifs médico-sociaux et sociaux de leur secteur. 98,7% rencontraient des difficultés face à un patient précaire particulièrement dans la prise en charge des maladies mentales et dans le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire. Plus le médecin rencontrait de précaires, plus le degré de difficulté ressenti était élevé. Les réunions de concertation pluri-professionnelles sur le thème de la précarité étaient à encourager car la plupart des médecins émettaient un doute dans la capacité de la maison de santé à répondre aux besoins des patients en situation de précarité. Le renforcement de l'accompagnement psychosocial et administratif demandait du temps, des compétences et un savoir faire spécifiques ; des vacations de travailleurs sociaux au sein des maisons de santé semblait être la solution. **Conclusion :** Sensibiliser et former les médecins au thème de la précarité permettrait d'améliorer la santé de tous. Les maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne doivent alerter les pouvoirs publics, trouver des ressources suffisantes, et développer des actions de santé publique et sociales innovantes en direction des plus fragiles.

Rubrique de classement : Observationnelle

Mots-clés : Précarité, Prise en charge médicosociale, Soins de santé primaire, Maison de santé.

Mots-clés anglais : Precariousness, Medical and social care, Primary health care, Health house.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Alain LEGUERRIER

Assesseurs :
Monsieur le Docteur Didier MICHEL
Monsieur le Professeur Pierre TATTEVIN
Monsieur le Docteur Emmanuel ALLORY
Monsieur le Docteur Jean-Marc CHAPPLAIN