



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Patients en situations de vulnérabilité : moyens de dépistage et de prise en charge par les médecins généralistes ruraux et semi-ruraux du Nord et du Pas-de-Calais

Présentée et soutenue publiquement le 23 mai 2019 à 18h
au Pôle Formation
Par Aurore Van Haecke

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI

Madame le Docteur Clotilde DURAND-CHEVAL

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Clotilde DURAND-CHEVAL

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACS	Aide à la Complémentaire Santé
AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AEMO	Action Educative en Milieu Ouvert
ALF	Allocation de Logement Familial
ALS	Allocation de Logement Social
ANAH	Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APL	Aide Personnalisée au Logement
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASPA	Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAO	Centre d'Accueil et d'Orientation
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CES	Centre d'Examens de Santé

CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHUM	Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants
CIDF	Centre d'Information sur les Droits des Femmes
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CMI	Carte Mobilité Inclusion
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPO	Centre de Pré-Orientation
CRP	Centre de Rééducation Professionnelle
CRRMP	Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
EA	Entreprise Adaptée
EBM	Evidence Base Médecine
EDF	Electricité De France
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
GHICL	Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille

HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HLM	Habitation à Loyer Modéré
IEM	Institut d'Education Motrice
IME	Institut Médico-Educatif
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPP	Incapacité Permanente Partielle
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACS	Pacte Civil de Solidarité
PACT	Protection Amélioration Conservation et Transformation de l'habitat
PADA	Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile
PDG	Président-Directeur Général
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RSA	Revenu de Solidarité Active
SNATED	Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile

Table des matières

Résumé	13
Introduction	15
1. La précarité.....	16
2. La notion plus globale de vulnérabilité	17
3. Les déterminants sociaux de la santé	19
4. Le dépistage de la vulnérabilité.....	21
5. Les moyens de prise en charge	22
5.1. La détresse psychologique	22
5.2. La souffrance au travail.....	22
5.3. La maltraitance	23
5.4. Les personnes âgées.....	24
5.5. Le handicap	26
5.6. L'exclusion	27
5.7. La toxicomanie.....	28
Matériels et méthode.....	29
1. Le choix de la méthode qualitative	29
2. Les critères d'inclusion des participants	29
3. La procédure.....	30
4. Le déroulement des entretiens.....	31
5. Le recueil et l'analyse des données	32
6. Le cadre réglementaire	32
Résultats	33
1. La vulnérabilité d'après les médecins généralistes	34
1.1. Des patients ayant besoin d'aide	34
1.2. Des patients malades	38
1.3. Des patients présentant des facteurs sociaux de vulnérabilité	39
1.4. Des patients présentant un cumul de vulnérabilité	41
2. Le repérage des patients en situations de vulnérabilité.....	42
2.1. L'intérêt de la visite à domicile	42
2.2. La relation médecin-patient au premier plan	43
2.3. Un outil précieux : l'observation	46

3. Les moyens de prise en charge des patients en situations de vulnérabilité.....	47
3.1. Les médecins généralistes au cœur du réseau social.....	47
3.2. Guider le patient au sein du réseau social	50
3.3. Initier les démarches.....	50
3.4. Un rôle d'aide.....	51
3.5. Le suivi du patient.....	52
4. Le rôle social perçu par les médecins généralistes	53
4.1. Un rôle complexe.....	53
4.2. Le patient vu dans sa globalité.....	55
4.3. Un rôle difficile	57
4.4. Un constat : l'évolution des pratiques.....	59
4.5. Un rôle riche en émotions	59
4.6. Une nécessité de détachement	60
5. Les perspectives d'évolution du rôle social des médecins généralistes	61
5.1. Les perspectives d'amélioration.....	61
5.2. Vers une meilleure reconnaissance de ce rôle social.....	65
6. Arbre thématique des résultats	66
Discussion.....	69
1. Les forces de l'étude.....	69
1.1. Un sujet original.....	69
1.2. Le choix de la méthode.....	69
1.3. La richesse des données de l'étude.....	69
2. Les limites et les biais de l'étude.....	70
2.1. Biais d'information.....	70
2.2. Biais de recrutement	70
2.3. Biais d'interprétation	71
2.4. Biais d'investigation	71
3. Les résultats de l'étude	71
3.1. Les moyens de dépistage des patients en situations de vulnérabilité.....	71
3.2. La prise en charge des patients en situations de vulnérabilité.....	75
Conclusion.....	83
Références.....	85
Annexes	90

Résumé

Contexte : Repérer les patients en situations de vulnérabilité et les prendre en charge paraît être essentiel dans la pratique du médecin généraliste. L'objectif de cette étude est de décrire les moyens de dépistage et de prise en charge des patients en situations de vulnérabilité par les médecins ruraux et semi-ruraux du Nord et du Pas-de-Calais. L'objectif secondaire est d'étudier la perception du rôle social de ces médecins généralistes.

Méthode : Analyse qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-structurés de médecins généralistes exerçant en espaces ruraux et semi-ruraux dans le Nord et le Pas-de-Calais.

Résultats : Les patients en situations de vulnérabilité sont des patients fragiles ayant besoin d'aide. La maladie chronique, l'âge avancé, l'isolement, de faibles moyens financiers, de mauvaises conditions de travail peuvent faire évoquer l'existence de situations de vulnérabilité. Pour repérer ces patients en situations de vulnérabilité, les médecins soulignent l'importance de la relation de confiance créée avec le patient et du suivi sur le long terme qui permet de connaître son patient. Les conditions de vie des patients perçues lors des visites à domicile, l'apparence et le langage peuvent aider les médecins à détecter des situations sociales compliquées. La prise en charge consiste à aider son patient en le guidant à travers le réseau social et paramédical. Le médecin généraliste initie les démarches sociales puis assure le suivi de son patient en se montrant disponible. Le rôle social du médecin généraliste est perçu comme essentiel et fait partie intégrante de la médecine générale, il s'agit de gérer le patient dans sa globalité. Ce rôle peut amener les médecins à se sentir en difficulté. Certains médecins soulignent qu'il n'est pas le rôle principal du médecin traitant et qu'il faut savoir se limiter. Pour améliorer leur prise en charge, les médecins souhaitent une amélioration du travail pluridisciplinaire, l'élaboration d'un carnet d'adresses, plus de temps, une simplification des démarches administratives et une meilleure reconnaissance de ce rôle social.

Conclusion : Face à la vulnérabilité de certains patients, le médecin généraliste a outre son rôle médical, un rôle de soutien social plaçant son exercice au cœur de l'EBM.

Introduction

Aujourd'hui, la France est l'un des pays d'Europe de l'Ouest qui connaît les plus fortes inégalités sociales de santé (1).

Entre 2009 et 2013 en France, l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) montrait un écart d'espérance de vie à trente-cinq ans de plus de six ans entre les hommes ouvriers et ceux qui étaient cadres (2).

Il existe des déterminants sociaux dont l'impact sur la santé intervient au même titre que les facteurs de risques cardio-vasculaires ou le patrimoine génétique. Ces déterminants sociaux concernent l'ensemble de l'environnement des individus (logement, emploi, éducation, justice, etc.) et prendre en compte ces différents facteurs, permet d'agir efficacement sur la santé de manière globale.

Pourtant notre système de santé s'est construit une identité avant tout biomédicale et hésite à se saisir des enjeux sociaux. Il paraît pourtant nécessaire de considérer le champ d'action des professionnels de santé en dehors des aspects purement biomédicaux (3).

De nos jours, les inégalités sociales ne se réduisent pas à la pauvreté ou aux populations précaires (4) (5).

Il paraît essentiel de clarifier la notion de vulnérabilité et de définir le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge et le dépistage des situations de vulnérabilité.

À notre connaissance, aucune étude n'a été menée afin de décrire la prise en charge des patients en situations de vulnérabilité dans les espaces ruraux et semi-ruraux dans lesquels l'accès aux soins n'est pas le même qu'en secteur urbain (6).

L'objectif de cette étude est de décrire les moyens de dépistage et de prise en charge des situations de vulnérabilité par les médecins généralistes ruraux et semi-ruraux du Nord et du Pas-de-Calais. L'objectif secondaire est d'étudier la perception du rôle social de ces médecins généralistes.

1. La précarité

La notion de vulnérabilité semble provenir d'une première notion plus restreinte : celle de la précarité.

Dans le rapport de la Commission Nationale Permanente adopté lors des Assises du Conseil National de l'Ordre des Médecins de juin 1999, quatre définitions de la précarité ont été retenues.

Le Robert définit la précarité comme une situation instable, sans garanties, synonyme d'incertitude et de provisoire. L'origine de la précarité est ce qui s'obtenait par la prière (*precarius*).

Le Conseil européen de décembre 1987 a considéré comme pauvres « les personnes dont les ressources (matérielles, culturelles et sociales) sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État membre où elles vivent ».

La revue « Économie et statistique » retient la définition suivante : une pauvreté « monétaire » caractérisée par une insuffisance de revenus. Cette approche est privilégiée dans la plupart des travaux et notamment dans les comparaisons internationales.

Aussi, les ménages perçoivent une pauvreté « subjective » selon l'aisance dans laquelle ils vivent ou l'écart entre leurs revenus et le minimum nécessaire (7).

Nous avons aussi retrouvé une définition « socio-administrative » de la précarité (article 2 de l'arrêté ministériel de 1992) : « Les chômeurs, les bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) ou de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou d'un contrat emploi solidarité, les personnes sans domicile fixe et les jeunes 16-18 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans un processus d'insertion professionnelle. Les critères d'identification des situations de précarité reposent alors sur la situation par rapport à l'emploi » (4).

Ces définitions semblent trop restrictives au vu de la définition du haut comité de la santé publique qui définit la précarité comme : « un état d'instabilité sociale caractérisé

par la perte d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. »

La précarité étant un état plurifactoriel, elle peut ainsi se manifester dans de nombreux domaines tels que le statut socio-économique, le logement, l'emploi, la protection sociale, les loisirs, la culture et la santé. Elle est le résultat d'un enchaînement d'événements, d'expériences et de ruptures qui conduisent à des situations de fragilisations économiques, sociales et familiales (4) (5) (7).

2. La notion plus globale de vulnérabilité

Le terme de précarité a tendance à se substituer à ceux plus classiques de défaveur sociale, marginalité, misère, pauvreté... Ce terme est, dans certaines études, jugé trop réducteur.

Une thèse sur la prise en charge des personnes en situations de vulnérabilité en médecine générale à Lille-Moulins conclut que le terme « précarité » est insuffisant. Dans cette étude, la notion de vulnérabilité est jugée plus englobante et moins réductrice; elle semble plus adaptée pour décrire la « pauvreté-précarité » (8).

La vulnérabilité est définie comme un état multidimensionnel résultant d'un cumul de difficultés physiques, biologiques, psychologiques et sociales. Cette idée rejoint le paradigme conçu par Georges Libman Engel selon lequel rien dans le règne du vivant n'existe à l'état isolé (9).

La vulnérabilité concerne aussi d'autres personnes non nécessairement précaires mais victimes d'isolement ou marginalisées (8).

Ce concept d'exclusion est très hétérogène et englobe toutes les formes de rejets aux marges, voire en dehors du monde social, incluant non seulement la pauvreté, mais aussi la maladie, le handicap, l'homosexualité, l'immigration, le grand âge, les enfants ou adolescents (10) (11).

Les personnes vulnérables sont celles dont l'autonomie, la dignité et l'intégrité sont menacées (12).

De même, en sociologie, le terme de vulnérabilité remplace depuis les années 2000 celui d'exclusion devenu controversé. Il a aussi envahi l'espace public.

La notion de vulnérabilité ne se limite pas à un concept de manque de ressources matérielles ou de non-accès à des biens et services. Ce terme ne se réduit pas à un statut spécifique de fragilité ou à une exposition à un risque particulier.

En effet, la vulnérabilité signifie étymologiquement « qui peut être blessé ». Ainsi le patient vulnérable serait celui qui n'est pas en mesure de faire face avec ses propres ressources aux exigences de la propriété de soi (promotion, gestion, protection) dans une société qui valorise la capacité à agir par soi-même.

C'est une notion universelle (car chacun est potentiellement exposé), relationnelle et contextuelle (nous ne sommes vulnérables que dans un contexte donné), structurelle (nous sommes inégalement exposés à la vulnérabilité en raison de notre position dans l'espace social), individuelle (face à une même exposition, certains seront plus touchés que d'autres), potentielle (la vulnérabilité est une blessure qui peut advenir), et enfin réversible (sur laquelle on peut agir) (11) (13).

Une des conséquences des situations de vulnérabilité est l'incertitude :

- L'incertitude biologique, sur l'évolution de la maladie, l'imprévisibilité de certains comportements, les répercussions sanitaires des fragilités sociales.
- L'incertitude identitaire, voire « dilution de l'identité » de la personne (dans le cas de la maladie d'Alzheimer, du handicap psychique ou du sans-abrisme).
- L'incertitude du regard social.
- L'incertitude de la famille, quant à son propre positionnement par rapport à l'accompagnement médical. La famille devient, dès lors qu'il existe une vulnérabilité, un support essentiel. C'est ce qui fait toute la lourdeur de la tâche, aujourd'hui mieux reconnue, qui pèse sur les aidants familiaux. Comme les accompagnants sociaux, ils agissent pour maintenir autant que possible une autonomie de la personne vulnérable (11).

3. Les déterminants sociaux de la santé

Le rapport Black a révélé que la position d'un individu dans la structure sociale est étroitement associée à son état de santé et que les écarts de santé observés ne sont pas attribuables à des caractéristiques individuelles, mais à des différences structurelles reflétant les conditions de vie des personnes appartenant aux différentes classes sociales (10).

Ces facteurs connus sous l'appellation de déterminants sociaux de la santé, réfèrent :

- Au revenu,
- À l'emploi,
- Au logement,
- Aux conditions de travail,
- Au niveau d'instruction,
- À la nutrition,
- Au stress,
- À la violence.

Ces déterminants sociaux ont été systématisés par l'OMS en 1998, en 2004 et en 2008 :

- Le gradient social : les personnes situées au bas de l'échelle sociale sont très fréquemment exposées au risque de maladies graves ou de décès prématurés.
- Le stress : les facteurs psychosociaux associés au stress (anxiété, sentiment de vulnérabilité, mauvaise opinion de soi-même) ont des effets cumulatifs avec le temps et entraînent une dégradation de la santé mentale en particulier.
- La petite enfance : les fondements de la santé de l'adulte prennent ancrage lors de la période prénatale et de la petite enfance.
- L'exclusion sociale : elle peut à terme avoir un impact sur les risques de séparations-divorces, de demandes d'invalidité et des comportements à risque.
- Le travail : le stress au travail, un faible niveau d'autonomie, la charge de travail, une valorisation inadéquate, sont autant d'éléments pouvant avoir un impact sur l'état de santé, en termes de morbidité, mais aussi de mortalité prématurée.

- Le chômage : les effets délétères sur la santé peuvent s'initier dès que le travailleur sent que son emploi est menacé. Des maladies prolongées ou un état de santé mentale déficient sont plus importants lorsque l'emploi est précaire ou lors de chômage par rapport à une situation d'emploi stable et satisfaisante.
- Le soutien social : lors d'isolement et d'exclusion, des taux plus élevés de décès prématurés notamment d'origine cardiaque ont été mis en évidence.
- Les dépendances : se réfugier dans l'abus de substances (tabac, alcool, drogues illicites) a pour impact notamment d'accroître les inégalités de santé.
- L'alimentation : bien qu'un régime alimentaire équilibré et un approvisionnement suffisant en denrées alimentaires soient essentiels pour un état de bonne santé et de bien-être, l'accessibilité à de telles denrées est très variable.
- Les transports : toutes les démarches visant à éviter la sédentarité améliorent d'une façon générale l'état de santé.

La connaissance de ces déterminants sociaux est indispensable, en particulier dans le domaine de la recherche en santé publique. Leur identification systématique est également utile au médecin généraliste et lui permet de reconnaître plus régulièrement une précarité ou une vulnérabilité. Cependant, la complexité de certaines questions et la difficulté de leur intégration dans l'anamnèse habituelle, rendent leur utilisation peu aisée en pratique clinique (14).

Un grand nombre de données appuient l'idée que les déterminants sociaux de la santé ont une incidence majeure sur la prédisposition individuelle à la maladie et que la situation socio-économique est un meilleur paramètre de prévision de certaines pathologies (comme le diabète, les accidents vasculaires cérébraux ou les maladies cardio-vasculaires) que la génétique, les comportements individuels et les soins médicaux.

L'accumulation de données a permis de montrer que la relation entre l'état de santé et la position sociale n'est pas limitée aux groupes les plus défavorisés, mais qu'il existe un gradient entre la position sociale et l'état de santé. Cette expression décrit le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite.

Indépendamment des caractéristiques individuelles (âge, éducation, profession, niveau de revenus), la position sociale correspond à un niveau de ressources matérielles, comportementales et psychosociales, ainsi qu'à l'exposition à certains facteurs de risque, qui en se combinant, façonnent la santé (15).

4. Le dépistage de la vulnérabilité

Il existe des indicateurs traditionnels de la précarité comme la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'études, le revenu correspondant aux déterminants sociaux de la santé définis ci-dessus.

La précarité touchant plusieurs domaines, les réseaux des Centres d'Examens de Santé (CES) agissant pour le compte d'assurance maladie ont construit un score individuel de précarité quantitatif, dénommé ÉPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé et d'accès aux soins pour les CES.

Ce score a l'avantage d'être individuel, quantitatif, facile à déterminer, et prend en compte l'aspect multidimensionnel de la précarité. Ce score est un outil efficace dans l'analyse de la contribution des situations de précarité aux inégalités de santé et dans la mesure des interactions de la précarité avec les indicateurs traditionnels (4).

Ce score permet de mesurer la précarité d'un individu en tenant compte de ses caractéristiques socio-économiques et environnementales. Il est particulièrement intéressant pour la pratique clinique (questions simples et intuitives pour la plupart) et utilisé dans différents domaines de recherche.

Les onze questions du score ÉPICES :

- Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?
- Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?
- Vivez-vous en couple ?
- Êtes-vous propriétaire de votre logement ?
- 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, etc.) ?
- Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des douze derniers mois ?

-
- Êtes-vous allé au spectacle au cours des douze derniers mois ?
 - Êtes-vous parti en vacances au cours des douze derniers mois ?
 - Au cours des six derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?
 - En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?
 - En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

Calcul du score : chaque réponse (oui ou non) donne un score pondéré en fonction d'un coefficient positif ou négatif selon la question posée.

Ceci permet d'obtenir un score total variant de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximale) (14).

5. Les moyens de prise en charge

5.1. La détresse psychologique

Si l'écoute au cabinet ne suffit pas à apaiser la détresse du patient, il est possible d'orienter vers un psychiatre, un psychologue, ou vers un Centre Médico-Psychologique (CMP).

5.2. La souffrance au travail

Le médecin du travail peut être un allié dans la prise en charge de ces situations.

Parfois, on peut conseiller au patient de recourir aux services d'inspection du travail, ou de consulter le ou les syndicats présents au travail.

Il est aussi possible d'entamer une procédure de reconnaissance en maladie professionnelle.

5.3. La maltraitance

5.3.1. La maltraitance infantile

L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) assure des actions de prévention et de soutien en direction des enfants et des familles en difficultés psychosociales, et des actions de prise en charge d'enfants qui, pour des raisons diverses, ne peuvent demeurer dans leur famille.

Dans sa mission de protection de l'enfance en danger, l'ASE signale au Procureur de la République ou au Juge des enfants les cas d'urgence dont il a connaissance, et participe au recueil d'informations dites préoccupantes concernant des enfants dans leur famille et laissant supposer des situations de maltraitance.

Les services d'Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) ont pour objectif de protéger les enfants vivant dans leur milieu familial et interviennent à la demande de l'ASE ou de l'autorité judiciaire (le Juge des enfants).

Le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) est un service départemental, chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant.

Elle organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans. Elle joue également un rôle essentiel de prévention et de dépistage des handicaps des enfants ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps.

Les médecins font appel à la PMI notamment lors de situations de maltraitance d'enfants, car elle est tenue de participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger (16).

Il existe aussi un Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger (SNATED) qui répond au 119.

Lorsque la situation de l'enfant est d'une extrême urgence, il est possible de saisir directement le Procureur de la République ou le Tribunal de Grande Instance.

5.3.2. Les violences conjugales

La police ou la gendarmerie peuvent aider à la prise en charge.

Les Centres d'Information sur les Droits des Femmes (CIDF) informent, orientent et accompagnent le public, et en priorité les femmes, dans les domaines de l'accès aux droits, de la lutte contre les violences sexistes, du soutien à la parentalité, de l'emploi, de la formation professionnelle, et de la santé.

Les CIDF disposent d'équipes pluridisciplinaires avec un volet social, un autre juridique et un dernier orienté vers l'emploi. L'information y est globale, confidentielle et gratuite.

Par exemple, le CDIF d'Arras met à disposition des juristes et des professionnels compétents spécialement formés pour des permanences juridiques.

Le 3919 est le numéro d'écoute national destiné aux femmes victimes de violences, à leur entourage et aux professionnels concernés.

Il y a aussi possibilité de contacter l'association du réseau France Victimes.

Si le patient est en danger, on peut déposer auprès du Juge aux Affaires Familiales une requête en vue de la délivrance d'une ordonnance de protection.

En dehors des mesures d'urgence, une procédure pénale peut être engagée.

La victime peut aussi saisir le Tribunal de Grande Instance pour assigner l'auteur des violences devant le Tribunal Correctionnel.

5.4. Les personnes âgées

Dans la prise en charge des personnes âgées, le médecin peut adapter le domicile aux conditions physiques de son patient, par exemple, en prescrivant la location de matériels médicaux et paramédicaux.

Aussi, on peut faire appel à des services comme le PACT (Protection, Amélioration, Conservation et Transformation de l'habitat) (17).

Une aide financière de la part de l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat (ANAH) peut être demandée ou certaines caisses de retraite peuvent prendre en charge l'aménagement du domicile.

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) sont des services de soins gérontologiques pour la prise en charge des personnes âgées qui réunissent tous les intervenants de chaque région, ville ou arrondissement (18).

Ces points d'information locaux dédiés aux personnes âgées ont différentes dénominations en fonction des départements.

Ces centres permettent l'information des familles et des professionnels de santé sur les différents services d'aides proposés localement (portage des repas, associations, services d'aides ménagères et services de soins à domicile, maison de retraite, hospitalisations en moyen et long séjour). Les CLIC ont une mission d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux personnes âgées et à leur famille (19).

Les dispositifs de Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) peuvent aussi être contactés par les médecins de ville pour gérer l'accompagnement des personnes âgées.

La MAIA a pour mission de mettre en réseau l'ensemble de ces acteurs, dans ce qui est nommé le guichet intégré. Il s'agit à travers cela de développer et de faciliter les coopérations afin d'assurer la cohérence et la continuité des soins tout au long du parcours de santé et de vie des personnes (20).

Pour le maintien à domicile, le médecin peut également contacter des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD). Les SSIAD interviennent à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Les équipes des SSIAD sont essentiellement composées d'aides-soignants et d'infirmiers.

Des structures telles que SANTELYS proposent des services d'HAD dans la région des Hauts-de-France.

Parfois des mesures de tutelle, curatelle, ou de sauvegarde de justice sont nécessaires pour protéger les personnes âgées souffrant d'altération des capacités intellectuelles (Annexe 1).

Un placement en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) peut aussi être proposé et organisé.

Certaines allocations sont dédiées aux personnes âgées (Annexe 2).

Aussi, il est possible de faire une demande de Carte Mobilité Inclusion (CMI). Cette carte a pour but de faciliter la vie quotidienne des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie au niveau des transports.

5.5. Le handicap

Sur le plan financier, l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) est une aide qui permet d'assurer un revenu minimum.

Il existe aussi une allocation dédiée aux enfants handicapés : l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH).

Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), créées par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, exercent, dans chaque département, une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leurs proches.

Les personnes handicapées peuvent aussi bénéficier d'une CMI.

Des mesures de sauvegarde de justice, tutelle ou curatelle sont parfois nécessaires.

Pour l'emploi des personnes handicapées, il existe des Entreprises Adaptées (EA) qui permettent à un travailleur handicapé d'exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à ses capacités.

Aussi, les Centres de Rééducation Professionnelle (CRP) sont des établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes handicapées orientées par la CDAPH et leur dispensent une formation qualifiante après, le cas échéant, une formation préparatoire en Centre de Pré-Orientation (CPO).

Certaines structures peuvent accueillir les personnes handicapées : Les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM), des foyers de vie et les foyers d'hébergements.

Les Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) accueillent les personnes qui n'ont pas acquis assez d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire ou dans une EA.

Certaines structures sont dédiées à l'accueil des enfants handicapés comme les Instituts Médico-Éducatifs (IME).

5.6. L'exclusion

- Aides au logement :

Une allocation logement peut être versée, sous certaines conditions, à toute personne qui loue ou qui achète un logement. Il existe trois types d'allocations : l'Aide Personnalisée au Logement (APL), l'Allocation de Logement Familiale (ALF) et l'Allocation de Logement Sociale (ALS) (Annexe 3).

Il existe aussi des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) qui ont pour mission d'assurer l'accueil, le logement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes ou familles connaissant des difficultés.

- Aides financières aux personnes sans ressource

Le Revenu de Solidarité Active (RSA) assure aux personnes sans ressources un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer.

- Aides pour l'accès aux soins :

En France, l'accès aux soins est garanti par des aides telles que : la Couverture Maladie Universelle (CMU), la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS) ou encore l'Aide Médicale d'Etat (AME) (Annexe 4).

- Aides des municipalités contre l'exclusion :

Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) est une institution publique locale d'action sociale (21) (22).

Les centres sociaux sont définis comme des équipements de quartier à vocation globale familiale et plurigénérationnelle.

- Mesures d'urgence :

Le SAMU social est un dispositif d'urgence qui apporte une aide immédiate et facilite l'accès aux différentes structures de prise en charge des plus démunis.

Il s'agit d'un numéro d'urgence permettant de signaler des situations de détresses sociales urgentes (sans abris). Le 115 est un numéro national départementalisé.

- Les migrants

Il existe des structures d'accueil pour les populations migrantes telles que ceux de la Croix-Rouge, par exemple, les Plateformes d'Accueil des Demandeurs d'Asile (PADA), les Centres d'Accueil et d'Orientation (CAO), les Centres d'Hébergement d'Urgence pour Migrants (CHUM).

5.7. La toxicomanie

Les médecins généralistes peuvent orienter les patients toxicomanes vers des centres d'accueil.

Dans la région des Hauts-de-France, il existe des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) qui assurent des prestations en ambulatoire ou en hébergement (23).

Matériels et méthode

1. Le choix d'une méthode qualitative

Dans notre recherche portant sur la vulnérabilité, nous ne cherchions pas à faire émerger un relevé de données quantifiables. Nous voulions analyser une perception, un ressenti lors de la prise en charge des patients en situations de vulnérabilité.

Notre objectif n'était pas de prouver ni d'évaluer, mais plutôt d'observer et de comprendre. Ainsi nous nous sommes orientés vers une étude qualitative.

Ce type d'étude nous permettait de réaliser un constat sur la perception de la vulnérabilité et le rôle social du médecin généraliste.

2. Les critères d'inclusion des participants

L'étude portait sur des médecins généralistes exerçant en zones rurales et semi-rurales.

Pour définir les médecins pouvant être inclus dans notre étude, nous avons donc repris le zonage de l'INSEE (24).

Le pôle urbain était considéré comme une unité urbaine de plus de 1500 emplois.

Au sein de ces pôles, on distinguait les grands pôles urbains (unités urbaines de plus de 10 000 emplois), les moyens pôles (unités urbaines de 5000 à moins de 10 000 emplois) et les petits pôles (unités urbaines de 1500 à moins de 5000 emplois).

La couronne d'un pôle correspondait aux communes ou unités urbaines, dont au moins 40 % des actifs résidents travaillaient dans le pôle ou dans les communes attirées par celui-ci selon un processus itératif.

Les aires étaient définies en adjoignant à chaque pôle sa couronne. En fonction de la taille des pôles, on distinguait les grandes aires urbaines associées aux grands pôles urbains, les moyennes et les petites aires associées respectivement aux moyens et petits pôles.

Les communes multipolarités ; parmi les communes non présentes dans les aires, certaines sont attirées par plusieurs aires, de sorte que 40 % au moins des actifs résidents travaillaient dans des aires, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles. Au sein de ces communes multipolarisées, on distinguait les communes multipolarisées des grandes aires urbaines, dont 40 % au moins des actifs résidents travaillaient dans plusieurs grandes aires urbaines, et les autres communes multipolarisées.

Les communes restantes étaient les communes isolées hors influence des pôles.

Pour la tenue de notre étude, nous avons donc choisi, en nous appuyant sur les critères de définitions de l'INSEE d'attribuer le qualificatif de :

- Zone urbaine : au pôle urbain.
- Zone semi-rurale : à la couronne du pôle urbain, les communes multipolarisées
- Zone rurale : aux communes isolées, hors influence des pôles.

Les médecins généralistes exerçant en zone urbaine étaient exclus de notre étude.

Pour identifier les communes des Hauts-de-France correspondant aux zones semi-rurales et rurales nous utilisons la table d'appartenance géographique des communes de l'INSEE répertoriant chaque commune de France selon le zonage en vigueur au 1er janvier 2018 (25).

3. La procédure

Le recrutement des médecins généralistes exerçant en espaces ruraux et semi-ruraux s'était fait au fur et à mesure du déroulement des entretiens sur la base du volontariat.

Les médecins généralistes exerçant dans des communes correspondant à nos critères d'inclusions étaient directement contactés par téléphone afin de savoir s'ils étaient disponibles pour un entretien portant sur la prise en charge des patients vulnérables.

Le moins d'informations possible leur était donné. Si besoin, nous précisions aux médecins que de leur donner trop d'informations avant la réalisation de l'entretien pouvait biaiser nos recherches.

4. Le déroulement des entretiens

Dix-sept entretiens semi-dirigés ont été réalisés par une enquêtrice interne de médecine générale, novice en recherche qualitative. Les entretiens ont été réalisés de mars à juin 2018.

Les entretiens se sont tous déroulés aux cabinets des médecins interrogés en face à face afin de favoriser une parole libre dans un milieu professionnel naturel. De plus, l'entretien en tête à tête permettait de créer une proximité favorisant une confiance et une liberté d'échange exempte de tout jugement.

Le consentement oral des participants était recueilli avant l'entretien. Une feuille d'information relative à la protection des libertés dans le cadre de leur participation à une étude médicale a été remise avant chaque entretien aux participants (Annexe 5).

Une grille d'entretien servait de support pour mener l'entretien. Cette grille était constituée de questions ouvertes et de questions de relance permettant d'aborder notre sujet (Annexe 6).

La première question concernait la définition de la vulnérabilité. La seconde question portait sur les moyens de repérer les patients en situations de vulnérabilité lors d'une consultation médicale. Le ressenti des médecins sur la prise en charge des patients en situations de vulnérabilité ainsi que leur perception de leur rôle social étaient abordés dans les questions trois et quatre. Nous avons aussi questionné les médecins sur ce qui pouvait les aider à améliorer la prise en charge de ces patients en situations de vulnérabilité.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire lorsque l'ajout de nouvelles données, issues d'entretiens supplémentaires ne servait plus à améliorer la compréhension du phénomène étudié. Dix-sept entretiens ont été réalisés. Nous avons obtenu la saturation des données au quinzième entretien, confirmée par deux entretiens supplémentaires.

5. Le recueil et l'analyse des données

Les entretiens étaient enregistrés par un enregistreur portable OLYMPUS DIGITAL VOICE RECORDER.

La durée des enregistrements a varié de neuf à trente-sept minutes.

Les entretiens étaient ensuite retranscrits mot à mot. Les rires et les hésitations étaient indiqués entre parenthèses. Les retranscriptions ont été anonymisées pour garantir la confidentialité. Chaque entretien a été nommé par un numéro correspondant à leur ordre de déroulement lors de la recherche.

L'analyse des données a été menée à l'aide du logiciel NVivo version 12.

L'analyse des enregistrements a donné un ensemble de codes, qui ont ensuite été regroupés et classés en nœuds et sous nœuds.

6. Le cadre réglementaire

Notre étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Résultats

Au total 17 médecins généralistes ont été interrogés. Nous avons interrogé 8 femmes et 9 hommes. Les médecins étaient âgés de 32 à 66 ans. Les médecins étaient installés depuis l'année 1981 à 2018. Tous les entretiens se sont déroulés aux cabinets des médecins interrogés.

Participant	Sexe	Année de naissance	Date d'installation
E1	M	1952	1981
E2	F	1967	1993
E3	F	1965	1996
E4	M	1961	1991
E5	F	1974	2009
E6	F	1986	2018
E7	M	1968	2003
E8	M	1965	1994
E9	M	1955	1984
E10	M	1960	1988
E11	F	1956	1988
E12	M	1981	2014
E13	M	1964	1997
E14	F	1952	1980
E15	M	1966	2005
E16	F	1961	1990
E17	F	1958	1990

Tableau 1 : caractéristiques des participants

1. La vulnérabilité d'après les médecins généralistes

1.1. Des patients ayant besoin d'aide

Pour douze des médecins interrogés, un patient vulnérable est défini comme une personne qui a besoin d'aide (E1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13).

« Quand on a besoin des autres pour plein d'activités ou plein de choses de la vie courante » (E4)

« Quelqu'un qui a besoin de l'aide d'autrui pour s'en sortir. » (E3)

Ce besoin d'aide équivaut à être dépendant pour certains médecins (E5, 7, 9, 10, 14). Il s'agit de la perte d'autonomie. La maladie peut en être la cause tout comme l'âge ou le manque de ressources financières.

« Quelqu'un qui est dépendant de beaucoup de choses notamment les services sociaux, qui n'a pas une indépendance sociale, voire financière » (E14)

« Je pense que c'est à partir du moment où il perd ses fonctions cognitives et qu'il n'est plus capable de gérer seul un petit peu son quotidien. La détresse de la personne âgée, je pense que c'est ça. La vulnérabilité de la personne âgée. Une personne dépendante, voilà c'est tout. » (E7)

Pour un médecin ce patient est à risque d'hospitalisation si on ne l'aide pas rapidement.

« C'est un patient qui si on ne s'en occupe pas rapidement, on risque de se retrouver en milieu hospitalier avec des défaillances multiples. » (E8)

Le mot « fragile » semble être un synonyme possible (E10, 11, 14, 16).

« Patient fragile. Donc difficulté à prendre son traitement lui-même. Difficulté potentielle vis-à-vis de l'entourage familial, ou le quartier, le voisin. Donc, patient fragile pour moi. » (E11)

« Alors la vulnérabilité sociale c'est quelqu'un de fragile, physiquement fragile, fragile mentalement aussi ça peut être. » (E16)

Pour l'un des médecins (E4), chacun de nous peut être vulnérable. Les événements de vie peuvent amener tout patient à se retrouver fragilisé.

« Potentiellement, tout patient peut être en situations de vulnérabilité. » (E4)

Le patient vulnérable serait ainsi une personne fragile ayant besoin d'aide.

1.1.1. Aides physiques

Il peut s'agir d'un besoin d'aide physique, comme pour les patients qui ne peuvent plus réaliser les actes de la vie quotidienne ou se déplacer, que ce soit dû à la maladie, au handicap ou au grand âge (E3, 5, 7, 9, 10, 11, 12).

« Je gère les gens qui n'ont pas la possibilité de se déplacer. Je gère leurs soins en fonction. On essaie d'organiser un petit peu plus pour eux. » (E9)

« Ou un patient qui est pas capable de subvenir à ses besoins vitaux c'est-à-dire l'habillement, la nourriture et tout ça. » (E12)

1.1.2. Aides sociales

Les participants parlent aussi du besoin d'aides financières. Le patient est alors vu comme dépendant des services sociaux et des aides d'état (E8, 10, 14, 16, 17).

« Les milieux précaires sont dépendants des organismes sociaux. Enfin des aides qu'ils peuvent avoir financières ou autres. Pour des gens qui sont dans une précarité, effectivement, ils dépendent de tous les organismes sociaux qui peuvent exister. » (E14).

Certains participants évoquent la limitation de l'accès aux soins pour certains patients incapables de faire valoir leurs droits, car ils ne connaissent pas le système social parfois un peu compliqué (E1, 3, 5, 8, 10, 14, 16).

« C'est un patient qui n'a pas de couverture sociale, qui n'est pas immatriculé dans les organismes d'assurances maladie. » (E10)

« Je me souviens d'une dame qui avait trois enfants. J'y suis allé et vraiment pas beaucoup de moyens. Pas de chauffage. C'était l'hiver. Et pourtant elle ne connaissait même pas ses droits. Le droit à la CMU, des choses qui pouvaient l'aider tu vois. Même acheter du fioul pour mettre dans la cuve, elle n'en avait même pas les moyens. » (E3)

Un des participants (E5) évoque la difficulté pour les personnes vulnérables de réaliser les démarches administratives, il parle de « dépendance administrative ». Certains patients ont besoin de l'aide d'autrui pour demander une prise en charge sociale et accéder à leurs droits.

Cependant, certains patients refusent les aides et la protection sociale même s'ils peuvent en avoir besoin. Il s'agit là d'un renoncement au système de soins limitant la prise en charge médicale. Le médecin peut apporter son aide aux personnes vulnérables, mais faut-il encore qu'elle soit acceptée par le patient.

« Mais il y a un certain type de patient qui, je pense, ne souhaite pas être assuré social, et donc quand on essaie des prises en charge, ben ça pose des problèmes d'ordre économique, etc. » (E10)

Au contraire, certaines personnes connaissent très bien leurs droits et profitent de leurs avantages sociaux. Deux médecins dénoncent les abus de certains patients par rapport au système social. Lors de leurs réponses, nous avons pu remarquer un agacement et une exaspération.

« C'est un patient qui ne vit que par rapport aux allocations. Il n'a jamais eu de travail et donc il se sert des allocations. Une famille avec des enfants et on ne travaille pas. » (E17)

« Il y en a, ils savent exactement ce à quoi ils ont droit, mieux que nous. Ils savent profiter du système, n'ayons pas peur des mots. J'assume (sourire). » (E11)

1.1.3. Aides juridiques

Le handicap intellectuel des patients est un élément de définition pour onze médecins. Ils évoquent l'incapacité des patients vulnérables à prendre de bonnes décisions et à gérer leur quotidien (E 1, 3, 4, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16).

« Surtout ceux qui ont des difficultés psychologiques et psychiatriques qui manquent d'armes pour combattre leurs situations. » (E13)

« C'est quelqu'un qui n'a pas forcément les connaissances suffisantes. » (E14)

Le patient vulnérable doit être protégé. C'est une personne fragile qui pourrait être la cible d'autres personnes malveillantes.

« C'est quelqu'un qui pourrait être une proie. » (E11)

Pour quatre médecins, les mesures de protection juridique de type tutelle et curatelle permettent d'aider les adultes vulnérables sur le plan intellectuel (E 6, 12, 14, 15, 16).

« Les adultes qui sont en incapacité mentale entre guillemets, en déficit intellectuel et tout ça et qui doivent être sous tutelle ou curatelle parce qu'ils n'ont pas les compétences nécessaires leur permettant de gérer, de se gérer eux-mêmes d'ailleurs. » (E12)

« Ça peut être un patient qui n'est pas capable de décider pour lui. Des gens style tutelle ou des choses comme ça. » (E15)

Un médecin (E6) précise l'importance de collaborer avec les proches lors de la mise en place de ces mesures juridiques.

« Voir avec la famille, s'il n'y a pas besoin d'une mesure de sauvegarde, pour gérer les comptes, une tutelle, une curatelle. » (E6)

1.1.4. Aides psychologiques

Souvent énoncée après le besoin d'aide physique, onze médecins évoquent la fragilité psychologique (E2, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17).

« La vulnérabilité psychologique, c'est à dire qu'ils sont faibles et dans un état de faiblesse par rapport à différentes situations » (E2)

Un médecin est plus précis et aborde la confiance en soi.

« Quelqu'un qui a perdu confiance en lui. » (E13)

Un autre participant (E4) pense qu'une vie personnelle compliquée peut rendre le patient vulnérable.

« Dépendance affective, on peut avoir une dépendance affective aussi qui va ressortir sur sa façon de pouvoir gérer les émotions, de pouvoir gérer les projets, gérer tout ça » (E4)

1.2. Des patients malades

Pour quatorze médecins, la vulnérabilité peut être causée par la maladie avec en premier plan les pathologies chroniques lourdes. (E1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17). Il est question là aussi d'autonomie, car la maladie grave implique souvent une perte de la capacité à gérer le quotidien et parfois besoin de l'aide d'autrui pour les actes de la vie courante. Il est bien évident que la maladie fragilise le patient, elle le rend donc vulnérable.

« Des gens qui sont malades au point de ne pas pouvoir décider de quoi que ce soit. » (E15)

« Problème avec une maladie grave » (E17)

Les pathologies chroniques citées par les médecins sont « l'Alzheimer » (E10, 3), « la sclérose en plaques évoluée » (E10), le « déficit immunitaire » (E12), le « cancer » (E7) et le « syndrome dépressif » (E4).

Pour un médecin, la vulnérabilité peut aussi découler d'une pathologie aiguë grave. Certaines séquelles rendent le patient vulnérable.

« Cas médicalement grave style un coma, un AVC, un état de traumatisme important. » (E15)

Cinq participants évoquent la mauvaise alimentation (E2, 5, 7, 15, 16).

« La dénutrition machin tout ça rend en vulnérabilité ça c'est sûr. » (E7)

Les conduites addictives rendent le patient fragile sur le plan social.

Les addictions citées sont l'alcool (E2, 7, 11), la toxicomanie (E5, 8, 10, 11), le tabac (E11), le jeu (E11) et les médicaments (E8).

1.3. Des patients présentant des facteurs sociaux de vulnérabilité

1.3.1. L'isolement

L'isolement est mentionné par dix participants (E1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 16). Il est relatif à l'absence d'aide familiale, amicale, mais aussi du voisinage.

Sur le plan familial, quelqu'un d'isolé est une personne qui vit « seule » (E1) ou qui est « sans famille, ou alors une famille qui n'est pas aidante » (E5).

Sur le plan social, les praticiens parlent d'« exclusion », défini comme l'« absence de contact avec la société » (E9).

1.3.2. L'âge

L'âge rend les patients vulnérables (E3, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 15, 16).

« Celles qui reviennent de plus en plus ce sont les personnes âgées qui deviennent de plus en plus dépendantes et qui ne peuvent pas rester à domicile » (E10)

« C'est vrai que dépendant et fragile, voilà c'est souvent des patients âgés. Souvent on a beaucoup moins ce type de problème avec les patients jeunes. C'est vraiment les patients âgés de plus de 75 ans le plus souvent, ou alors atteint de démence avant et donc fragiles sur le plan social, c'est l'isolement, c'est l'âge. » (E6)

Même si la vieillesse vient plus à l'esprit des participants. Deux médecins parlent du jeune âge (E12, 15).

« Les enfants par définition déjà, qui ont besoin de leurs parents pour subvenir à leurs propres besoins. » (E12)

1.3.3. De faibles moyens financiers

Rares sont les entretiens où l'équilibre financier des patients n'est pas évoqué. Elle représente un élément de définition de la vulnérabilité pour douze médecins (E 3, 4, 5, 6, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17).

« Situation précaire. Gens sans ressources, sans vouloir rentrer dans les détails du manque de ressources. Bon c'est surtout le nerf de la guerre, c'est l'argent on va dire. Je pense que c'est soit des gens qui ont des difficultés de ce côté-là. » (E15)

Ou pour deux médecins, il s'agissait aussi de l'incapacité à gérer son argent (E5, 9).

« Quelqu'un qui ne sait pas gérer ses revenus » (E5)

Ce manque de moyens peut causer un nonaccès aux soins. Les patients ne peuvent pas recourir aux services médicaux, car ils ne sont pas en mesure d'avancer les frais.

« Vulnérabilité sociale, je vais te dire que c'est quelqu'un qui ne sera pas en mesure de s'offrir les soins nécessaires, soit pour lui ou pour sa famille. » (E3)

« C'est difficile, car c'est des gens qui ne consultent pas beaucoup parce que déjà par manque de moyens. » (E12)

Pour accéder aux soins, ces patients demandent généralement une dispense d'avance des frais ou de différer l'encaissement du chèque remis lors de la consultation.

« Je dirais que de plus en plus de patients demandent à ce qu'on fasse systématiquement le tiers payant. Donc déjà là, tu peux dire : il y a peut-être une difficulté ou autre chose. Il y a quinze ans, c'était des gens par exemple qui payaient par chèque, et qui disaient : « est-ce que vous pouvez l'encaisser plus tard », tu vois. Donc maintenant les gens demandent moins parce qu'on ne paye plus tellement par chèque. Mais voilà, ils vont demander le tiers payant systématiquement. » (E3)

1.3.4. Le statut professionnel

Que ce soit par souffrance psychologique due au travail ou par perte d'emploi, les situations professionnelles difficiles peuvent amener le patient à la vulnérabilité.

« Des soucis, du burn-out quoi. Des soucis, car de plus en plus de patients se plaignent de rapports qui sont impossibles avec les supérieurs et donc arrêt de travail pour ces raisons-là. Ou perte d'emploi complète, ou licenciement. Après, socialement, on voit des patients qui sont en échec social, la désinsertion sociale. » (E17)

« Le chômage » est aussi synonyme d'« exclusion » et donc de vulnérabilité (E12).

1.3.5. La violence

Deux médecins interrogés expliquent avoir été confrontés à des situations de maltraitance (E6, E9).

Les deux praticiens semblent marqués par leurs souvenirs et les évoquent pour définir la vulnérabilité.

« Enfin une autre forme de vulnérabilité c'est la maltraitance, j'ai eu le problème d'une dame qui avait des problèmes de maltraitance avec son mari, enfin de violences conjugales. » (E6)

« Ça m'est déjà arrivé aussi de gérer une mère qui frappait ses gamins. » (E9)

1.4. Des patients présentant un cumul de vulnérabilité

Certains praticiens s'accordent à dire qu'il existe plusieurs sources de vulnérabilité. Ces différents types de vulnérabilités peuvent s'accumuler. En effet, il n'est pas rare de constater que la personne âgée vulnérable est aussi une personne isolée ou une personne malade.

« Alors ça dépend dans quel sens (...) vulnérable sur le plan de la santé, du mental, d'un point de vue social. Il y a plusieurs types de vulnérabilités qui parfois s'associent aussi » (E6).

2. Le repérage des patients en situations de vulnérabilité

2.1. L'intérêt de la visite à domicile

L'intérêt de la visite à domicile pour repérer les patients en situations de vulnérabilité est souligné par quinze médecins (E1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17). Le domicile permet d'apprécier les conditions de vie des patients. Il s'agit d'évaluer le domicile en lui-même, son entretien, mais aussi considérer le voisinage comme aidant ou non.

« Si on est à domicile, on peut voir le type de logement, la salubrité ou pas, les commodités, et puis ça permet de voir aussi si la maison est isolée s'il y a des voisins autour, s'ils sont aidants, pas aidants, s'il est bien vu au point d'être soutenu facilement, ou si au contraire on ferme sa porte dès qu'on le voit arriver. » (E1)

« S'il se déplace avec une canne, un déambulateur, comment il fait pour les déplacements extérieurs. (...) Comment vit le patient, si c'est une maison à étage ou un rez-de-chaussée ou si la salle de bain est accessible, si c'est adapté. (...) Voir si le maintien à domicile est toujours possible et dans quelles conditions. S'il n'y a pas besoin d'un aménagement ou d'un changement de domicile. » (E6)

L'évaluation des aidants paraît indispensable, il peut s'agir du voisinage, mais aussi de la famille. Ils peuvent aider le patient à s'occuper des tâches administratives, et à gérer le quotidien (E1, 5, 6, 8, 9, 13).

« Puis l'entourage, savoir si vraiment on peut compter sur quelqu'un dans la famille » (E6)

« S'ils ont de la visite, s'ils voient de la visite, des voisins ou de la famille. » (E8)

Ces aidants peuvent aider le patient, mais aussi alerter le médecin sur une situation compliquée, surtout en campagne. Un médecin évoque les relations particulières en campagne où les personnes se connaissent bien. Les habitudes de chacun sont parfois connues des uns et des autres. Ainsi, une modification de comportement peut

attirer l'attention et permettre d'alerter. Ce n'est pas la même situation en ville où les gens se connaissent moins.

« À travers aussi le voisinage, vous pouvez avoir des signalements. Il y a des gens qui viennent nous voir en disant : vous savez docteur, on a l'habitude de voir madame unetelle, mais en ce moment elle me semble bizarre ; ou alors elle ne se lave plus. (...) Peut-être plus qu'en ville où on fait moins attention aux autres qu'au village. » (E1)

Un seul médecin signale l'intérêt du réseau entre médicaux et paramédicaux dans le signalement des patients en situations de vulnérabilité. La famille et le voisinage semble bien plus aider les médecins en matière de dépistage.

« C'est vrai qu'ici on a la chance d'avoir pas mal de paramédicaux qui œuvrent et qui aussi nous alertent parfois sur des problèmes » (E6)

La visite à domicile peut interpeller sur des situations de vulnérabilité passées inaperçues lors de consultations au cabinet (E5, 9, 15, 16).

« Je pense qu'on se rend plus compte des choses chez eux. Quand on peut aller chez eux, c'est un peu plus marquant. Les conditions de vie. Ça nous saute un peu plus aux yeux » (E15)

« C'est vrai qu'en allant quelquefois chez eux on tombe quelquefois de haut, en se disant : bah mince, il y a des difficultés. » (E16)

Pour un médecin, le repérage des situations de vulnérabilité est devenu plus difficile avec la réduction du nombre de visites à domicile.

« C'est de moins en moins fréquent parce qu'avant on allait plus en visite, alors on voyait la situation sociale. On voyait cette vulnérabilité sociale qu'il pouvait y avoir » (E2)

2.2. La relation médecin-patient au premier plan

La relation médecin-patient semble au premier plan pour repérer ces situations (E3, 4, 5, 7, 9, 10, 14, 16). Les médecins perçoivent les situations de vulnérabilité à travers les liens créés avec leurs patients. Ces situations dépendent des individus et de leur

personnalité. La relation de confiance médecin-patient est un élément clef pour repérer les difficultés des patients.

« Si on les connaît, c'est plus facile. Parce que si c'est une première consultation c'est beaucoup plus difficile parce qu'il faut installer la confiance pour pouvoir en parler. Et on parle de tout et de rien dans une consultation. On aborde le travail. On parle du travail. On parle de la famille, si ça va. Le travail, si ça va. On aborde ces thèmes-là. » (E13)

Certains médecins ont tendance à essayer de faire parler les patients (E3, E15, E13).

« Je ne pose pas vraiment la question. Je ne sais même pas quelles questions je pourrais poser sans que ça heurte la personne. J'ai plutôt tendance à essayer de faire parler les gens et savoir si d'eux même, ils ne vont me raconter quelque chose. Me disant (...) s'il y a des difficultés. » (E3)

Au fil du suivi médical, les liens créés entre le praticien et son patient lui permettront de se confier sur des situations sociales compliquées. Parfois, il est question de respecter le patient et de lui laisser évoquer ses problèmes uniquement s'il le désire.

« Je vous avouerai que je ne pose jamais la question. Soit, ils ne m'en parlent pas d'eux-mêmes, donc je ne vais pas aborder un sujet dont à priori ils ne veulent pas parler. » (E11)

Il est question aussi de ressenti (E9, 11, 13).

« Mais il n'y a pas d'élément typé je dirais, c'est plus au feeling. Soit ça crève les yeux. » (E11)

Un médecin pense qu'il s'agit de compétences acquises au fil de la pratique médicale.

« Et que, à force avec l'expérience venant. » (E14)

Pour certains, il est rare que les médecins posent des questions directes. C'est au fil des consultations et des visites que le médecin se rend compte de problèmes sociaux.

« Moi je ne pense pas qu'il y ait de questions à poser puisqu'on s'en rend compte in fine en allant chez les gens. » (E14)

Les patients peuvent d'ailleurs venir en consultation pour demander de l'aide. Les situations sociales complexes peuvent être un motif de consultation. Les patients viennent spontanément évoquer leurs problèmes aux médecins généralistes.

« Les patients viennent aussi facilement nous en parler. On remplit des dossiers MDPH aussi facilement sur la demande des patients. Que ce soit pour une demande de carte d'invalidité, ou d'installation d'une douche, ou une demande d'aide à domicile, de passage d'un ergothérapeute pour aménager le domicile. (...) On nous sollicite beaucoup par rapport à ça. Tu posais la question tout à l'heure de comment dépister, etc. Mais finalement, on vient aussi beaucoup vers nous. Les familles ou les patients eux-mêmes viennent aussi spontanément vers nous pour nous signaler leurs soucis, leurs difficultés. » (E6)

Pour un médecin, il faut veiller à s'entretenir seul avec le patient. Il s'agit de pouvoir connaître sa propre opinion de la situation en laissant de côté les aidants parfois trop directifs.

« On n'est pas toujours seul avec notre patient, surtout quand ils sont en dépendance. Il y a souvent la famille qui est autour. Alors, c'est parfois difficile de laisser pouvoir s'exprimer son patient. Il faut pouvoir s'isoler avec son patient pour qu'il puisse parler un petit peu. » (E7)

Il faut alors prendre en considération le besoin d'aide ressenti par le patient lui-même. Cela permet aussi de savoir si le patient estime qu'il doit se faire aider et éventuellement, s'il va accepter les mesures que le médecin peut mettre en place.

« Souvent, c'est une question que je pose aux personnes âgées : « est-ce que ça va ? Est-ce que vous vous en sortez ? Est-ce que vous avez besoin d'aide ? » Je pose simplement cette question-là. « Est-ce que ça va pour vous au quotidien ? Est-ce que vous avez besoin parfois d'un coup de main ? » » (E6)

Le suivi régulier permet de constater des irrégularités dans l'accès aux soins. La non-réalisation d'examen complémentaires ou spécialisés, une irrégularité de renouvellement peuvent interpeller le médecin sur une situation compliquée. Il peut s'agir de problèmes rencontrés par le patient pour se rappeler du rendez-vous, ou se

rendre au cabinet médical, ou un problème financier ne permettant pas de régler la consultation (E6, 8, 9, 12).

« Ensuite, d'autres choses qui pourraient alerter, c'est des fois des rendez-vous qui ne sont pas aussi non plus honorés. On peut se poser la question de pourquoi. (...) La régularité dans le suivi, c'est important. » (E6)

Ou à l'inverse des consultations multiples pour des motifs bénins qui sont difficilement résolus par le médecin traitant au fil des consultations. Parfois, ces consultations répétitives témoignent de situations complexes que le patient a du mal à évoquer spontanément. Des consultations trop fréquentes peuvent amener à se poser la question d'un mal-être général ou d'un problème global que le patient somatise par des pathologies bénignes.

« Alors ça peut être des pathologies répétées, des pathologies bénignes et dont on ne sort pas. Alors les dépresses ok, les lombalgies, enfin ce genre de choses, les douleurs, les difficultés à résoudre les problèmes, ou ils ramènent leurs enfants pour rien. » (E9)

2.3. Un outil précieux : l'observation

Les médecins peuvent percevoir la vulnérabilité par l'apparence de leurs patients (E1, 3, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 17). Ils mentionnent l'habillement, la propreté.

« On voit passer des gens qui sont en incurie physique, vestimentaire et tout ça. » (E12)

« Les gens ont des chaussures parfois très usées. » (E3)

Un médecin dit être attentif aux signes cliniques d'imprégnations alcooliques ou aux stigmates d'addictions.

« S'ils ont un état de santé altéré ou s'il y a des signes d'imprégnation alcoolique. De dépendance à des produits toxiques ou à certains médicaments. » (E8)

L'observation clinique à la recherche de signes de maltraitance permet aussi de dépister certaines situations (E7, 8).

« Voilà, je pense que c'est plus les marques de coups. Les marques de coups de défense, voilà surtout sur les avant-bras, ou des chutes répétées, après inexplicables soit parce qu'elle a été bousculée. Des coups, des fractures. » (E7)

Le langage et le vocabulaire, la cohérence des propos du patient peut alerter les médecins (E1, 4, 5).

« Sa façon de s'exprimer, voir aussi ce qu'il vient rechercher. Bon, je suppose que s'il vient, c'est qu'il est malade donc, voir comment il énonce un petit peu ses pathologies, comment il évoque ses souffrances » (E1)

« Si dans la communication ou dans le dialogue on se rend compte qu'il y a des choses qui ne sont pas cohérentes. » (E5)

Deux médecins peuvent être interpellés par un changement de comportement d'un patient qu'ils connaissent bien (E7, E9).

« Des changements, on a l'avantage de recevoir des gens et de les connaître. Un changement de comportement, un changement d'attitude ou d'habillement par exemple. De soin sur soi. » (E9)

3. Les moyens de prise en charge des patients en situations de vulnérabilité

Le médecin généraliste doit aider son patient. Tout d'abord, il doit repérer les situations compliquées et effectuer un travail de prévention. Pour cela, il initie les démarches sociales avec le patient et l'oriente à travers le réseau de soins qu'il coordonne. Il assure aussi le suivi de son patient, le conseille et lui donne des informations.

3.1. Les médecins généralistes au cœur du réseau social

La prise en charge sociale relève d'un travail collectif et pluridisciplinaire (E1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 17).

« Même si on peut le faire, aller voir untel, mais à ce moment-là, on peut aussi prendre rendez-vous, la secrétaire peut le faire. Ou se tourner vers les mairies aussi, et les bureaux d'aide sociale. De toute façon après c'est un travail collectif. On ne peut pas tout gérer tout seul ni régler les problèmes administratifs. » (E1)

« Moi, je ne pourrais pas travailler toute seule. Par rapport à ça, on a besoin de référents. C'est indispensable de travailler en groupe, en réseau. » (E6)

D'une manière générale, les interlocuteurs les plus mentionnés par les médecins sont les assistants sociaux (E1, 2, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17).

Les travailleurs paramédicaux cités (E1, 5, 7, 8, 9, 10, 15) sont surtout les infirmières libérales et les auxiliaires de vie, notamment avec les SSIAD composés d'aides-soignants et d'infirmiers qui interviennent sur prescription médicale. Ils assurent toilette, habillage, pansements, prises de médicaments, etc. Certains médecins évoquent les kinésithérapeutes passant au domicile.

Pour les personnes âgées vulnérables, des participants font appel à EOLLIS (E3, 4, 6, 8, 12) une association à but non lucratif qui accompagne les malades et leur famille pendant leur traitement et pour leur maintien à domicile. EOLLIS intervient sur un territoire limité au sud-est de la métropole lilloise.

Des participants évoquent aussi les CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) : points d'information locaux dédiés aux personnes âgées (E1, 3, 4, 5, 6, 7, 8) et la MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) qui met en réseau l'ensemble les différents professionnels autour des personnes âgées de plus de soixante ans en perte d'autonomie. (E1)

Dans leur pratique, les médecins font aussi appel aux mairies (E1, 3, 10) ou aux Centres Communaux d'Action Sociale (E2, 6, 12).

Pour les personnes en fin de vie, un des participants (E6) travaille avec le réseau ROSALIE : réseau de soins palliatifs pour l'orientation, le soutien, et l'accompagnement de l'adulte sur Lille et les environs. Il offre des services d'aide psychologique, sociale et administrative. Il permet le maintien à domicile grâce à des

équipes pluridisciplinaires travaillant à domicile et il permet la collaboration entre les travailleurs hospitaliers et les libéraux. Il est géré par le groupe hospitalier GHICL et il est financé par l'ARS (26).

Un autre médecin (E7) prend contact avec SANTELYS pour gérer des patients vulnérables au domicile.

SANTELYS est une association d'utilité publique spécialisée dans la santé à domicile intervenant dans la région des Hauts-de-France. Elle gère des équipes pluridisciplinaires permettant la prise en charge globale, technique, paramédicale, diététique, psychologique, sociale et administrative des patients au domicile (27).

D'autres médecins mentionnent le partenariat possible avec l'hôpital, notamment pour héberger les personnes en situations de vulnérabilité quelques jours. Par exemple, l'hôpital de jour permet de soulager des familles en accueillant des patients en journée, mais aussi de faire des soins adaptés (E5, 8, 13). Ou encore les maisons de retraite qui parfois possèdent des lits d'hébergement temporaire (E1, 10).

Les participants citent aussi le recours aux médecins-conseils et/ou aux assistantes sociales de la sécurité sociale (E1, 9, 13, 15, 17), aux médecins du travail (E10, 17) ou encore à la PMI pour les enfants (E3, 5, 8). Pour aider des patients toxicomanes, un praticien fait appel au CSAPA.

Le rôle du médecin est de coordonner ces réseaux autour des patients.

« Mais on a ce rôle de coordinateur, je dirais un petit peu. » (E6)

L'intérêt du travail collectif peut être de rompre l'isolement du patient.

« T'essaies de retrouver des soins sur des pansements. Voilà distribution de médicaments, enfin au moins pour surveiller qu'il y ait un passage au moins par jour. Faire passer le kiné voilà, c'est tous des trucs. Voilà, plus il y a du passage, et moins la pression elle va être importante en fait. » (E7)

« On va passer par des organismes comme ROSALIE ou le CLIC ou EOLIS qui nous permettent d'avoir des évaluations gériatriques. Donc voilà, on va rassembler du monde autour de ce patient pour qu'il ait un étayage. » (E3)

Par contre, trois participants soulignent la lenteur du travail collectif dans le domaine de l'assistance sociale (E3, 5, 10).

« Il n'y a personne qui bouge. Et quand tu appelles les assistantes sociales, etc. Je ne sais pas. Tu as l'impression que ce n'est pas urgent urgent. Tu ne sais pas comment tu peux les aider. » (E3)

Un des médecins (E1) évoque la difficulté de certaines situations sociales qui relèvent de l'urgence.

« On les laisse aux urgences et on attend jusqu'au lundi matin de voir l'assistante sociale. C'est le genre de situations qui posent encore problème. Et ça posera toujours problème parce qu'on ne peut pas avoir toutes les ressources tout le temps disponibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre en urgence » (E1)

3.2. Guider le patient au sein du réseau social

Pour quinze médecins, leur rôle consiste à orienter le patient au sein du réseau social. (E1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17).

« Je ne dirais pas un socle, mais on a ce rôle de diriger, d'orienter le patient et d'organiser. » (E6)

« Bah justement, en les conseillant, en les aidant et en les orientant vers les personnes ressources ou les services ressources compétents. » (E10)

3.3. Initier les démarches

Certains médecins considèrent être les premiers interlocuteurs des patients. Ils se sentent en première ligne dans la prise en charge de la vulnérabilité (E3, 16).

« On est vraiment les premiers interlocuteurs des patients quand il y a un problème X ou Y, médical ou autres. C'est à nous qu'ils s'adressent en premier la plupart du temps. » (E16)

Rejoignant cette idée, les médecins généralistes étant les premiers médecins concernés c'est à eux d'initier les premières démarches (E8, 9, 11, 13, 15).

« Mais on a ce rôle des fois au départ d'initiation. » (E6)

« Donc, d'abord appréhender la situation, l'analyser pour savoir ce qui ne va pas et pourquoi ça ne va pas, pour pouvoir leur proposer une solution ; mais très souvent ça va déboucher sur le fait d'engager par moi-même les démarches que le patient n'est pas capable d'initier » (E11)

Un médecin évoque la nécessité de prévenir les situations de vulnérabilité en travaillant en amont. Il s'agit d'initier les démarches le plus tôt possible. Nous pouvons parler de prévention afin de mettre le patient en sécurité (E12, 15).

« La prévention, l'information aussi du patient, lui dire qu'il y a plein de choses qui existent pour l'aider et rester à domicile et lui permettre de s'adapter à son grand âge et à sa dépendance, à sa vulnérabilité. Donc oui, prévention, information, suivi tout ça. » (E15)

« L'idée c'est d'essayer de le protéger entre guillemets. » (E12)

Les premières démarches à entreprendre d'après les médecins consisteraient d'abord à alerter le réseau paramédical et social afin de mettre en place des mesures de protection, ou encore remplir un dossier administratif pour l'obtention d'aides.

« Moi ça m'arrive assez souvent de déclencher, par exemple, je sais que quand c'est des personnes âgées ou des choses comme ça, des réseaux de surveillance gérontologique ou alors les assistants sociaux de la commune en disant : là, il y a quelque chose, il faudrait voir si on ne pourrait pas faire quelque chose pour aider cette personne d'une façon ou d'une autre. » (E12)

« Rien que les dossiers MDPH, par exemple. » (E11)

3.4. Un rôle d'aide

Onze médecins insistent sur l'importance de leur aide aux patients (E1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 16, 17). Cette aide consiste à conseiller son patient ou lui apporter des solutions.

« J'ai envie de dire, on essaie toujours d'aider les patients » (E6)

« Je pense qu'il est important. Pas seulement pour avoir une solution à un problème biomédical, mais justement à un problème social. Donc, le médecin de famille comme on nous appelle aussi quelquefois, il peut essayer d'aider, de proposer des solutions. » (E10)

Deux participants ont mentionné la possibilité de réaliser des consultations gratuites (E1, 3).

Dans leurs réponses, certains médecins soulignent d'emblée l'importance de l'accord du patient pour lui apporter de l'aide (E5, 6, 11, 13, 15).

« Ça dépend, s'ils acceptent qu'on vienne les aider ou s'ils sont dans le déni complet de leur situation (...). Mais il faut qu'ils acceptent de les recevoir et d'expliquer leur situation, donc ce n'est pas facile. » (E5)

« Il y a des gens qui ont un peu honte de leur situation aussi. Ou des gens qui ne veulent pas avoir recours à une aide quelconque. Ça peut arriver aussi. « Je vais me débrouiller, je vais me démerder. » Et du coup, on est pas trop au courant de grand-chose. » (E15)

3.5. Le suivi du patient

La prise en charge des patients en situations de vulnérabilité s'inscrit dans un suivi régulier (E 6, 7, 8, 10, 11, 13, 15,17).

« Je crois que si la situation est complexe, il faut les revoir. Il faut proposer des solutions ou évoquer des solutions, mais il faut les revoir. Il faut assurer un suivi. » (E10)

« Ce n'est pas forcément au cours d'une seule consultation que moi, personnellement, je pourrais voir ce qui ne va pas, le pourquoi et puis dire après : faut faire ceci, faut faire cela . Donc ça prend généralement beaucoup de temps. Et ce n'est pas au cours d'une consultation qu'on pourra résoudre un problème. » (E11)

Le médecin généraliste peut « aider pas à pas » (E17) au fil des consultations.

Ce suivi permet de surveiller son patient (E6, 7, 8).

« Ça peut être un patient qui est physiquement vulnérable de par ses problèmes de santé auquel il faut faire plus attention et voir plus souvent » (E6)

Trois participants placent l'écoute et la disponibilité du médecin généraliste au premier plan de ce suivi (E13, 15, 17).

« Être à l'écoute des problèmes éventuels. » (E15)

« Leur dire que notre porte est toujours ouverte. Il faut passer, il n'y a pas de soucis. » (E13)

4. Le rôle social perçu par les médecins généralistes

Le rôle social fait partie intégrante des pratiques des médecins généralistes dont le rôle est de prendre en charge le patient dans sa globalité.

4.1. Un rôle complexe

Pour douze médecins interrogés, la médecine générale joue un rôle social essentiel. Le social fait partie du travail du médecin généraliste au quotidien. (E1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17).

« C'est une grosse part de notre métier » (E8)

« On y est tous les jours. On fait du social tous les jours. » (E7)

Un médecin pense que ce rôle est d'autant plus important en campagne. (E2)

« Important. Le rôle social est important en tant que médecin généraliste. À la campagne surtout. En ville peut-être moins. Parce qu'il y a beaucoup d'associations, il y a beaucoup de centres. Mais à la campagne, on est quand même un rôle très important. » (E2)

Deux médecins trouvent ce rôle pesant, car il se surajoute à celui du soignant (E5,11).

« Écrasant. Écrasant parce qu'on doit s'occuper du médical et aussi pour ne pas dire surtout du reste. Donc que ce soit sur le plan matériel, sur le plan de l'aide morale faut tout faire. » (E11)

Certains médecins avouent ne pas se sentir à leur place de soignant lorsqu'ils prennent en charge ces problèmes sociaux (E1, 5, 12, 13).

« Mais quelque part on fait un travail qui n'est pas le nôtre quoi. Et pour lequel on n'est pas formé, et qui initialement tout au moins n'était pas le nôtre. » (E1)

« On fait une part de boulot social qu'on a pas lieu de faire. Qui ne nous regarde pas. On remplit des dossiers qu'on ne devrait pas remplir. » (E13)

Le rôle social fait donc partie du rôle du médecin généraliste, mais ce n'est pas le rôle premier du médecin généraliste qui est avant tout soignant (E1, 3, 7, 12, 17).

« Dans le cadre du social, ce n'est pas le médecin généraliste. Ils vont venir voir le médecin pour venir voir si tout va bien, voir s'il n'y a pas de pathologie. Mais en premier lieu, si on appelle le médecin, c'est parce que l'on soupçonne une maladie. » (E1)

« Après, je dirais nous on est avant tout médecin, on n'est pas assistant social (...) Nous avant tout on est là pour les aider du point de vue de leur santé. » (E12)

Deux participants indiquent qu'ils ont du mal à définir le rôle social du médecin généraliste. Ils n'en connaissent pas les limites (E1, 15).

« Ce n'est pas clairement défini on va dire. Il n'y a pas de gros cadres. Enfin, je ne le vois pas comme ça en tous cas. Peut-être un cadre administratif où l'on est tenu de faire ceci cela ? Je n'en sais rien. On fait ça un peu comme on le ressent. Et donc le rôle, il y a un rôle quoi, on essaie de l'exercer du mieux qu'on peut. Mais je ne saurais pas dire.» (E15)

D'ailleurs, il paraît essentiel pour certains de se limiter dans ce rôle social (E1, 3, 4, 6, 7, 12, 14, 17). Le médecin généraliste manquant de connaissances sociales et de temps, il doit rester soignant avant tout.

« Dans les attributions qui vont suivre, c'est plus notre ressort. Après faut rester à sa place aussi en tant que médecin. Parce qu'après c'est beaucoup d'administratif, et puis on n'a pas le temps de gérer de l'administratif à outrance. » (E1)

« Faut pas trop s'avancer dans les domaines qu'on ne connaît pas trop. Je pense que quand ça dépasse un peu notre champ de compétence, il ne faut pas (hésitation)...Ce n'est pas à nous de donner des conseils juridiques, des conseils financiers aux gens par contre. » (E12)

Souvent, l'évocation du rôle social est reliée à un travail administratif. Un travail souvent fastidieux perçu comme une charge désagréable, voire infernale, pour les médecins généralistes.

« Il y a un aspect qui tout de suite me vient à la tête : c'est l'administratif. C'est le remplissage des papiers. Ça c'est devenu insupportable. Ça c'est clair. » (E9)

Un médecin estime même qu'il y a un risque de négliger la partie médicale soignante si on accorde trop de temps ou d'importance au social dans sa pratique.

« On ne peut pas tout faire en tant que médecin. Déjà, on fait plein de choses à côté, en négligeant quelque peu la partie qui est vraiment médicale à laquelle on devrait être confronté. » (E14)

4.2. Le patient vu dans sa globalité

Le rôle du médecin généraliste est de considérer le patient dans sa globalité. Ainsi, la prise en charge sociale s'intrique dans la gestion globale du patient (E1, 3, 6, 9, 10, 11, 17).

C'est pour cela que les médecins généralistes sont en première ligne lorsqu'il s'agit de prendre en charge la vulnérabilité.

« Un médecin généraliste, il essaie de voir le patient dans sa globalité. Donc, on aborde forcément dans la situation tout ou partie de sa dépendance, de sa vulnérabilité » (E10).

« Je ne peux pas couper le patient en tranches : donc moi c'est le médical, l'assistante sociale c'est le social, la psycho c'est le ... Non, ça marche comme ça, mais ça ne peut pas marcher comme ça. Le patient c'est un tout. On ne peut pas le couper en tranches donc » (E11)

On ne peut d'ailleurs pas prendre en charge un patient correctement si on ne se préoccupe pas du social. La prise en charge médicale va dépendre du contexte social, par exemple, il faut se soucier des moyens financiers et des moyens de mobilité du patient lorsqu'on propose une consultation spécialisée.

« Ça fait partie de la prise en charge du patient. Puisque la prise en charge pour l'orienter éventuellement vers des spécialistes de la santé, vers des hôpitaux tout ça, va tenir compte forcément de leur précarité. Si on a affaire à quelqu'un qui n'a pas les sous, on ne va pas l'envoyer en clinique ou vers un spécialiste qui demande soixante-dix euros de dépassement. Donc forcément, on tient compte un petit peu de ça, donc on va l'envoyer vers l'hôpital après. » (E1)

Pour un médecin (E3), il ne peut pas être un soignant performant sans prendre en considération le contexte social du patient.

« On ne peut pas soigner les gens sans s'occuper du facteur social. » (E3)

Un participant souligne l'importance de rester juste devant chaque situation sociale. Les soins, leur qualité et leur accès ne doivent pas dépendre de la situation sociale des patients. Il est question d'équité, voire de lutte contre les inégalités sociales.

« Il a un petit peu aussi, alors ça peut-être que je m'avance beaucoup, mais il a un petit peu un rôle de cohésion sociale. Parce que moi, je vois défiler dans mon cabinet toutes sortes de personnes. Ça va du PDG, à l'ouvrier municipal, au chômeur longue durée, au jeune un peu désinséré toxicomane. Donc, on a aussi un rôle de cohésion sociale parce que bien sûr, il faut tenir compte de la situation économique et sociale des patients, mais on doit tous essayer de les traiter de la même façon. » (E10)

Les médecins généralistes doivent prendre en charge les patients de manière globale à l'opposé du spécialiste qui s'occupe d'un organe et qui n'est pas concerné par la prise en charge des patients en situations de vulnérabilité.

« Et déjà le spécialiste, il voit que sa spécialité, il ne voit pas le reste. Le médecin généraliste, il voit forcément le patient dans sa globalité. On ne peut pas se contenter d'un organe ou d'une maladie d'organe. » (E1)

« C'est les soins primaires, donc ce n'est pas de la spécialité d'organe où l'on est peut-être un peu moins concerné par ces choses-là. Un cardiologue s'occupe du cœur, si le patient ou la patiente en face de lui a des problèmes de cœur, bon je dis pas qu'il va négliger, mais il ne va pas forcément entrer dans les détails. Il va s'occuper de son organe. Tandis qu'un médecin généraliste, il essaie de voir le patient dans sa globalité. » (E10)

Ainsi, les médecins généralistes se sentent parfois les seuls praticiens médicaux concernés par la gestion des patients en situations sociales compliquées.

4.3. Un rôle difficile

La difficulté est présente pour la majorité des médecins (E5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 16, 17). La vulnérabilité pose des problèmes, parfois même insolubles (E7, 8).

« C'est l'enfer. Je ne sais pas quoi faire. C'est ça qui est compliqué. » (E7)

« Donc ils me racontent des histoires difficiles pour lesquelles on a malheureusement parfois pas de solution. Des histoires de milieux familiaux monstrueux. » (E8)

Cette difficulté est souvent reliée au manque de formations sociales (E1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 17).

« C'est pas facile quoi et ça ne fait pas partie de notre formation. D'ailleurs, faudrait peut-être juste former les médecins généralistes pendant leur cursus à ces problèmes sociaux. » (E12)

Parfois, certaines situations peuvent creuser un écart entre le médecin reconnu privilégié dans la société et des patients en situations sociales difficiles.

« Mais on peut avoir une difficulté à ce niveau-là. À un moment donné, on se rend compte qu'on est à côté quoi. Ou les gens nous renvoient des réflexions du genre « vous ne pouvez pas comprendre », d'un air de dire : « vous êtes médecin, vous ne savez pas ce que c'est que la vie quoi. » Il y a un décalage. On a l'impression qu'on n'est pas en phase avec eux. Et eux ne sont pas en phase avec nous. (E9)

Il est aussi question de difficulté pour faire accepter les soins aux patients. Parfois, les patients sont dans le déni de leurs situations et il est difficile de mettre en place des mesures sans leur accord.

« Soit, le patient ne s'en rend pas compte et c'est difficile de lui faire prendre conscience qu'il y a quand même des problèmes ; parce qu'il est absolument indépendant et il ne veut pas, il refuse une aide éventuelle. » (E11)

Pour un médecin (E13), les patients refusent de l'aide par fierté ou pour des valeurs personnelles.

« Parce qu'ils ont leur fierté. Ils ont leur culture familiale. Leur culture personnelle et leur évolution dans la vie et quelquefois c'est très dur. Même aller au Resto du Cœur quelquefois, ils refusent. Se montrer en difficulté, ce n'est pas facile. » (E13)

Un médecin explique qu'il est souvent confronté aux refus des patients lorsqu'il tente de les protéger avant que la situation ne se complique davantage. Le déni s'oppose plus particulièrement au travail de prévention du médecin. Parfois, il est nécessaire que la situation dégénère pour que les patients acceptent la mise en place d'aides, mais dans un contexte d'urgence.

« Mais c'est toujours le même problème, s'ils sont dans le déni, ils ne voudront pas anticiper la dépendance. Tant qu'ils vont bien et que tout va bien, on ne peut rien mettre en place en amont pour certaines personnes. Donc, c'est difficile de préparer ou d'éviter cette vulnérabilité à un degré important. Parce qu'ils ne veulent pas toujours, tant qu'il n'y a pas d'urgence ils ne veulent pas. Ils ne sont pas d'accord pour qu'on vienne les aider ou intervenir chez eux. » (E5)

Le patient peut être mécontent de la mise en place d'aides ou de mesures judiciaires. Un médecin pense que de telles mesures peuvent nuire à la relation médecin-malade voire causer une perte de patientèle.

« Mais sachant que quand tu déclenches un truc comme ça. C'est toi, tu perds ton patient aussi hein. Un truc comme ça, tu peux être sûre que le patient il ne reviendra pas. » (E7)

4.4. Un constat : l'évolution des pratiques

Six médecins constatent une évolution de leur rôle social : il est de plus en plus présent. Les médecins le ressentent au quotidien (E 1, 2, 4, 5, 8, 13).

« Surtout moi, en fin de carrière, à l'époque il y avait des assistantes sociales pour ça. C'est vrai qu'on devient un petit peu au fil du temps le curé qui n'existe plus, l'assistante sociale qui n'a pas toujours accès aux différents cas. » (E1)

« De plus en plus présent. Je dirais qu'au début de ma carrière on était à dix pour cent et puis là on aide de plus en plus. » (E13)

4.5. Un rôle riche en émotions

Ce rôle social est chargé en émotions personnelles. La plus ressentie est l'empathie. Neuf médecins interrogés l'évoquent d'emblée (E1, 2, 6, 9, 10, 12, 13, 16).

« Mais forcément une grande empathie vis-à-vis du patient qui est démuni. Une envie de l'aider, de le sortir un petit peu de sa mouise, et de pouvoir éclairer un peu son chemin quoi. Il est bien évident qu'on ne peut pas rester insensible, et le laisser en disant : moi je suis médecin, je ne fais pas de social, allez voir untel quoi. » (E1)

« Dans l'empathie, l'empathie surtout. Et comment dire (hésitation)... Je ne sais pas. Je pense que c'est surtout de l'empathie puis l'émotion d'essayer de vouloir régler les choses, de leur apporter de l'aide quoi. » (E2)

Les médecins se sentent tristes (E2, 4, 8, 13, 15), seuls (E5, 8, 16) démunis (E2, 3, 5), inquiets (E5, 7), impliqués (E8, 9), frustrés (E3), en colère (E14), stressés (E8), contrariés (E15).

Ces émotions dépendent des liens tissés avec les patients (E6, 7, 9, 12, 16, 17).

« Ben, tout dépend de la relation que tu as avec ton patient. C'est tout le problème. Tu as des patients avec lesquels tu as beaucoup d'affinités et tu te sens impliqué et tu as des patients avec lesquels tu es plus détaché. » (E7)

4.6. Une nécessité de détachement

Les médecins pensent devoir se détacher de leurs émotions personnelles. Il convient de rester professionnel pour être efficace, mais aussi se protéger soi-même (E12, 13, 16, 17).

« D'une part, je pense qu'il faut quand même garder un certain détachement. On ne peut pas supporter nous toute la misère du monde. » (E12)

« Mais il ne faut pas faire de transfert, il faut rester avec du recul et pour être efficace, il ne faut pas laisser ses sentiments prendre le dessus. » (E13)

Un participant pense que sa pratique s'intrique à ses expériences personnelles (E10).

« Bah, forcément on réagit avec son propre vécu, sa propre expérience et sa propre façon de réagir. Donc, ça dépend des situations bien sûr, c'est très variable. » (E10)

5. Les perspectives d'évolution du rôle social des médecins généralistes

5.1. Les perspectives d'amélioration

5.1.1. Amélioration du travail pluridisciplinaire

L'amélioration de la prise en charge des patients passe par une amélioration du travail en réseau. Il s'agit de contacter les bons intervenants. (E1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17).

L'important serait de connaître les différents intervenants pouvant aider ces patients en situations de vulnérabilité pour des prises en charge adaptées.

« Avoir justement les adresses des portes qu'il faut ouvrir. » (E4)

Les participants évoquent les guides ou les carnets d'adresses. Ils permettent de prendre connaissance des différents professionnels de santé ou réseaux sociaux proches de leur cabinet et d'avoir leurs coordonnées. Il s'agit aussi de s'orienter vers les bons intervenants c'est-à-dire ceux qui peuvent fournir une aide adaptée au problème social du patient.

« Et d'avoir plus de plaquettes d'information et d'avoir des listings d'adresses, ou de téléphones, ou d'adresses téléphoniques pour savoir mieux orienter » (E2)

« Ça peut être pas mal d'avoir un petit guide. Enfin un guide même bien fait en disant : voilà problèmes sociaux en lien avec la médecine générale, avec des grands exemples et dans ces cas-là alerter tels trucs, tels services de la municipalité, telles associations qui s'occupent des personnes âgées en dépendance, telles associations qui s'occupent des personnes en incapacité. » (E12)

Un des participants (E1) a créé lui-même son carnet d'adresses au fil des années.

« Un carnet d'adresses à qui s'adresser. Parce que pareil là c'est un tissu qui se crée au fur et à mesure des années à travers des cas comme ça où l'on est amené à contacter celui-ci, celui-là. On apprend qu'il y a un réseau. Et puis et si on peut avoir un réseau autour de soi, c'est plus facile aussi. On a des contacts et quand on a besoin de renseignements, ou d'assurer une prise en charge, on sait après vers qui se tourner. » (E1)

Un médecin (E12) propose la création d'un carnet d'adresses via une application ou un site internet.

« Enfin, ce ne serait pas mal, une appli ou un site. Un portail où on aurait, on taperait notre problème social et qu'on nous dirait : « adressez-vous à cette personne ou à ce corps de métier dont c'est le boulot. » Parce que c'est vrai que nous des fois on ne sait pas à quelle porte taper exactement. » (E12)

Généralement, les médecins appellent directement les différents intervenants pour mettre en place le réseau médico-social autour du patient :

« Moi je téléphone directement. » (E17)

Un médecin suggère la création d'un numéro référent pour éviter de rechercher les bons intervenants. Cela diminuerait le nombre d'appels pour simplifier le travail aux médecins et leur faire gagner en temps et efficacité (E14).

« Avoir un numéro unique, auquel se référer. Ça serait bien. Des fois, on cherche et un numéro unique, ça serait bien, qui eux dispatchent selon. » (E14).

Trois participants soulignent l'importance d'avoir des retours des différents intervenants (E1, 2, 6).

« Moi j'aime bien quand j'ai des retours de leurs passages. » (E6)

Deux médecins suggèrent des réunions du réseau pour coordonner la prise en charge d'un patient (E6, 9).

« Tu appelles les infirmières, l'association d'aide à domicile, la femme de ménage, le pharmacien, tout ça, tout le monde autour de la table. Ça dure vingt-cinq minutes. Quelle est la problématique ? Ça, c'est une prise en charge de la vulnérabilité hyper efficace. Ça m'arrive d'en faire trois par an peut-être. » (E9)

Un autre pense à la création d'un poste de coordinateur social au sein d'une maison de santé. (E9)

« Avoir une personne coordinatrice qui soit ici, et qu'elle me fasse tout ça. J'espère qu'un jour ça arrivera dans une maison de santé pluridisciplinaire. » (E9)

5.1.2. Intérêt des formations sociales

Les médecins sont en demande de formations. Ils souhaiteraient être plus formés sur les possibilités et les recours qui existent. La formation médicale passe sous silence le domaine social, alors qu'il fait partie intégrante de la pratique quotidienne (E2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17).

« Il faudrait qu'on ait des formations. Qu'on nous apprenne dans nos études. Je ne sais pas si toi tu as eu une formation sociale, mais moi jamais. Donc, on y est confronté dans la vie. On se débrouille tout seul, mais on apprend à se débrouiller tout seul ; mais je n'ai jamais eu un cours là-dessus. » (E3)

Les médecins souhaiteraient mieux délimiter ce rôle social (E5, 6, 15).

« Parfois, une formation peut-être pour se remettre à jour sur vraiment quel est notre rôle. Ce qu'on peut faire, ne pas faire. Parce des fois, on a des demandes un peu farfelues. On ne sait pas trop comment aborder les choses. » (E6)

Pour un participant, il existe un manque d'informations sur les services à contacter. Ces services existent, mais ils ne sont pas forcément connus des médecins. (E16)

« Après je pense qu'au niveau des structures il y a pas mal de choses. Mais on n'est pas suffisamment au courant de ce qui existe. » (E16)

Un autre évoque le manque d'informations sur les prestations sociales que peuvent recevoir certains patients (E8).

« Je pense qu'il aurait fallu qu'il y ait une formation à la fac qui nous explique les différences entre adultes handicapés, prestations dépendances, allocations vieillesse enfin toutes les prestations d'urgence auxquelles les patients ont droit et qu'on ne connaît absolument pas. Donc, ça pourrait déjà nous aider » (E8).

5.1.3. Le temps

Avoir plus de temps permettrait d'améliorer les prises en charge (E5, 6, 10, 11, 16).

« Mais du temps, faudrait du temps. (...) Par exemple, ils viennent pour leur renouvellement de traitements et puis en fin de consultation, ils abordent un problème qui n'a pas forcément un rapport avec la médecine et puis on découvre une situation. On ne peut pas leur dire : bon vous avez fini votre quart d'heure, partez. Donc en fait, il faudrait le temps. Du temps surtout. » (E11)

Il s'agit d'avoir aussi plus de temps pour se former et améliorer ses compétences sociales (E10, 11).

5.1.4. Une simplification des démarches

Un médecin propose d'alléger le travail administratif, mais il paraît peu optimiste. (E11)

« Une simplification des démarches et des formalités administratives. Mais là, c'est un vœu pieux. » (E11)

Trois médecins suggèrent aussi d'améliorer les délais de prises en charge (E3, 5, 10).

« Mais il y a toujours un délai d'intervention qui est quelquefois long donc. Ça nous ralentit aussi dans notre prise en charge. On sait que ce n'est pas du jour au lendemain que des fois on aura une aide qui se mettra en place. Les délais d'interventions des tierces personnes ou des autres associations c'est toujours un frein quand même au travail. » (E5)

« La prise en charge en urgence ou en semi-urgence de certaines situations de vulnérabilité c'est toujours un problème. » (E10)

5.2. Vers une meilleure reconnaissance de ce rôle social

Un médecin évoque l'aspect financier. En effet la prise en charge sociale du patient prend du temps, mais elle n'est pas reconnue financièrement (E10).

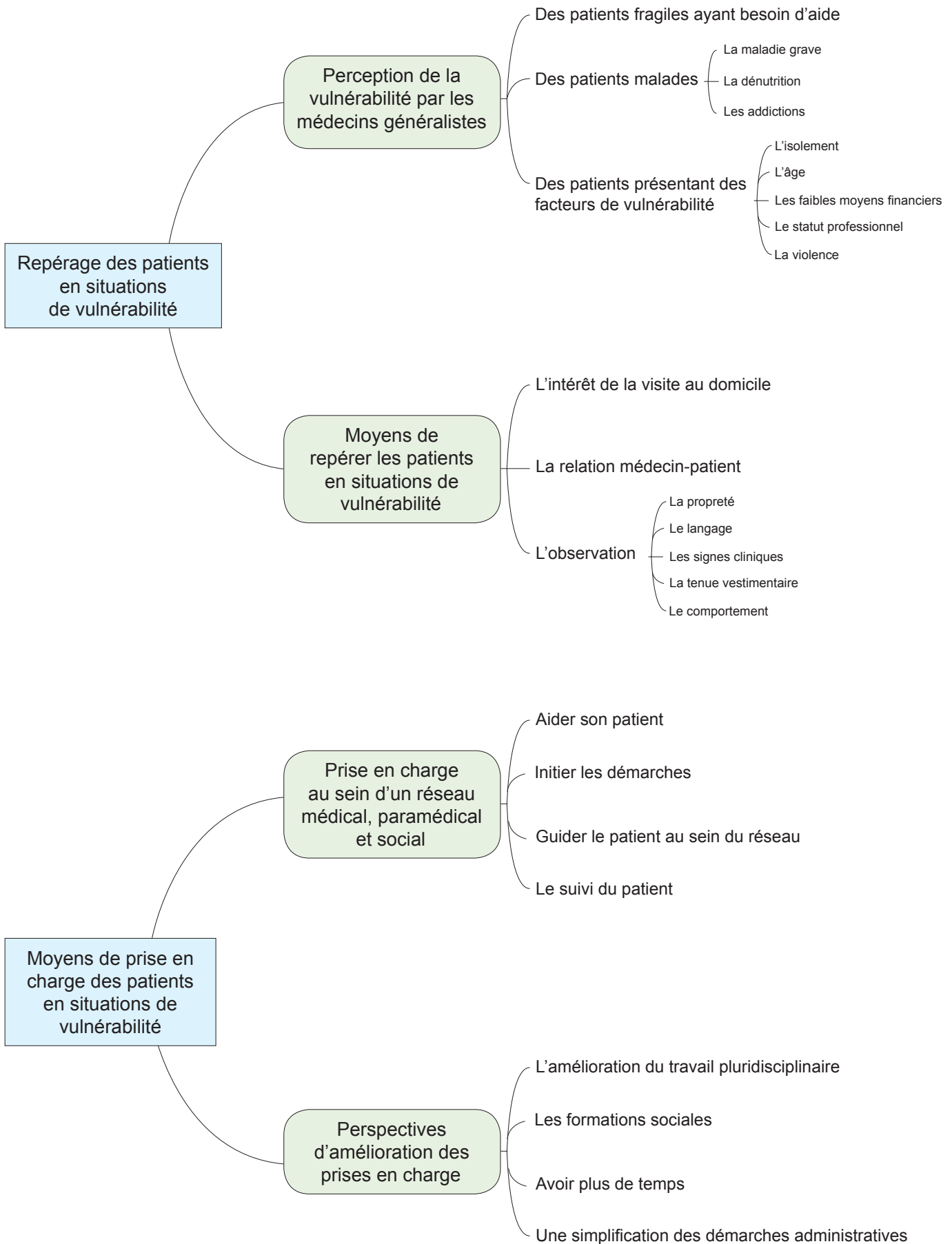
« Et puis, il y a aussi une non-reconnaissance de ce rôle social. Non-reconnaissance économique en tout cas (...). Ce n'est pas rémunéré, donc tout ce qu'on va faire en dehors de la consultation voilà c'est pas contre espèces sonnantes et trébuchantes. » (E10)

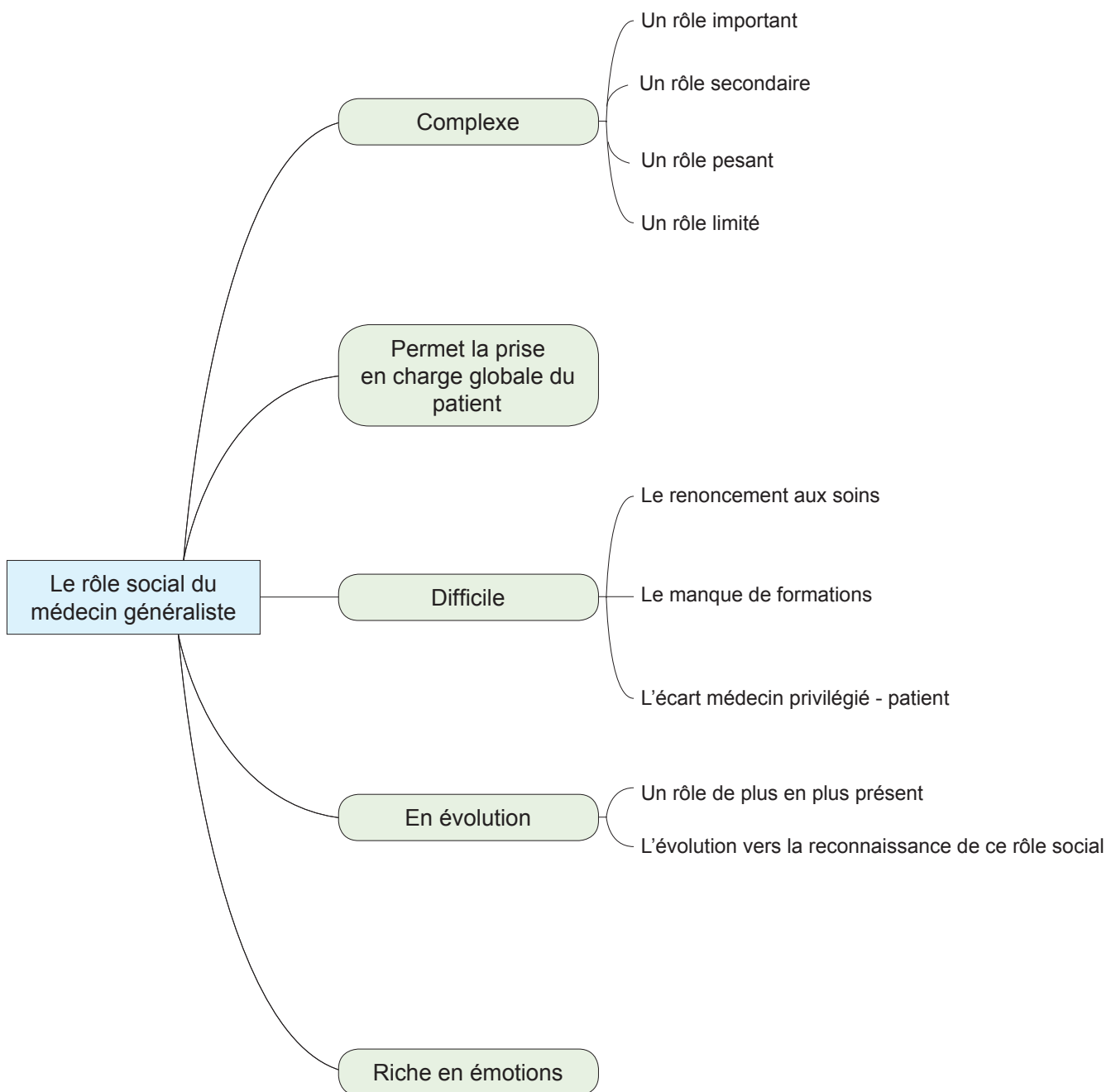
Complétant cette idée, deux médecins évoquent l'évolution de la reconnaissance de ce travail par la Caisse d'Assurance Maladie (E1, 6).

« Ce n'est pas du médical purement médical quoi. Ça commence à être reconnu par la caisse parce que les prises de rendez-vous, les contacts avec spécialistes pour les prises en charge spécifiques. » (E1)

« Après au niveau des nouveaux forfaits médecin traitant, je ne suis pas encore tout à fait au point là-dessus, mais il y a une rémunération en plus, par exemple, quand on a un rendez-vous chez le spécialiste pour le patient, quand on appelle soi-même et tout ça. J'ai vu que c'était un petit peu revalorisé. » (E6)

6. Arbre thématique des résultats





Discussion

1. Les forces de l'étude

1.1 Un sujet original

Notre étude s'intéresse aux ressentis des médecins généralistes exerçant en espaces ruraux et semi-ruraux concernant leur prise en charge des situations de vulnérabilité. Nous avons aussi pu apporter une approche sur la perception des médecins généralistes sur leur rôle social.

Il s'agit à notre connaissance de la première étude menée dans les espaces ruraux et semi-ruraux du Nord et du Pas-de-Calais portant sur ce sujet.

Le concept de vulnérabilité a déjà été étudié en milieu urbain au sein d'une structure d'exercice pluriprofessionnelle de soins de premiers recours, mais aucune étude n'avait été menée en secteur rural et semi-rural.

1.2. Le choix de la méthode

Nous avons choisi de faire une étude qualitative afin d'explorer les réflexions des médecins généralistes sur leur pratique concernant la prise en charge des patients en situations de vulnérabilité. Ce type d'étude est jugée indispensable pour recueillir certaines données parfois complètement inattendues.

1.3. La richesse des données de l'étude

1.3.1. La diversification de l'échantillon

L'échantillon recruté était diversifié, avec inclusion de médecins d'âges différents allant de 32 à 66 ans. L'étude a concerné aussi bien les hommes que les femmes. Certains étaient récemment installés et d'autres proches de la retraite. La saturation des données a pu être obtenue avec la taille de notre échantillon.

1.3.1. La semi-directivité des entretiens

La technique des entretiens semi-directifs a permis aux participants de se livrer librement sur notre sujet.

Tous les entretiens ont été réalisés aux cabinets des médecins, ainsi ils se sentaient dans un climat de confiance. Avant chaque entretien, nous rappelions que toutes les données seraient anonymisées, ce qui a permis aux médecins de se sentir libres de s'exprimer.

La méthode qualitative a permis d'obtenir une grande diversité des réponses.

2. Les limites et les biais de l'étude

Le ressenti des médecins quant à leur pratique est à distinguer de la pratique elle-même.

La petite taille de notre échantillon limite la généralisation des données de notre étude.

2.1. Biais d'information

L'enquêtrice est de la même profession que les participants. Cela a pu limiter le dialogue, les médecins pouvaient avoir peur d'être jugés.

Même si nous avons rappelé l'anonymisation des données, la présence de l'enregistreur vocal généralement posé sur le bureau du médecin pouvait les freiner à se confier.

2.2. Biais de recrutement

Tous les participants ont été sélectionnés sur la base du volontariat. Lorsque nous avons contacté des médecins généralistes par téléphone pour leur proposer de participer à notre étude, certains ont refusé. Les motifs avancés étaient un désintérêt pour notre sujet, la conviction de ne rien pouvoir apporter de pertinent à notre étude et le manque de disponibilité. Nous n'avons pu interroger que des médecins motivés par l'envie de participer à notre travail.

2.3. Biais d'interprétation

Même si les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, lors de notre analyse, certaines idées ont pu être mal interprétées ou incomprises. L'analyse a été effectuée par une seule enquêtrice, il n'y a pas eu de triangulation des données, ce qui aurait pu renforcer la validité des résultats.

2.4. Biais d'investigation

Les entretiens semi-directifs ont été menés par une interne de médecine générale novice en recherche qualitative.

Le ton, l'attitude, les relances de l'enquêtrice ont pu orienter les réponses des praticiens et influencer les résultats.

3. Les résultats de l'étude

3.1. Les moyens de dépistage des patients en situations de vulnérabilité

3.1.1. La perception de la vulnérabilité

Pour les médecins interrogés, les personnes en situations de vulnérabilité se définissent comme des patients fragiles ayant besoin d'aide. Cette aide peut être physique, psychologique, financière ou encore juridique avec mise en place de mesures de protection.

Cette notion de fragilité est retrouvée dans le travail de Florence Desbonnet sur la définition de la vulnérabilité. Le mot fragilité semble être le synonyme le plus proche (8).

Tout d'abord, la maladie et en particulier la maladie chronique ou grave, rend le patient vulnérable. Des études sur la relation de soins dans l'annonce et le suivi des maladies chroniques graves rejoignent nos résultats. La survenue de la maladie grave met à jour une fragilité liée à la vie elle-même, faisant craindre au patient de perdre son autonomie et son autodétermination. La maladie grave déstabilise le patient aussi bien sur le plan physique que psychologique (12) (28) (29).

Pour les médecins interrogés, les facteurs de vulnérabilité sont l'âge, l'isolement, de faibles moyens financiers, le chômage, les mauvaises conditions de travail et la maltraitance. Ces facteurs définissant la vulnérabilité sont retrouvés dans la littérature.

Les personnes âgées sont perçues comme des patients vulnérables. Elles sont confrontées aux maladies chroniques invalidantes, au déclin fonctionnel et à la perte de rôle social. Elles sont considérées fragiles et à risques par les médecins généralistes.

Dans la littérature, quatre grands facteurs de risque de la vulnérabilité chez la personne âgée sont identifiés : la dépendance fonctionnelle, la perte de l'autonomie, l'isolement social et la limitation de l'accès aux soins. La dépendance fonctionnelle est l'incapacité à réaliser des activités physiques ou mentales nécessaires à la vie quotidienne. Elle engendre une dépendance à autrui, et en particulier au soignant. Cette dépendance peut porter atteinte au sentiment de dignité et d'intégrité de la personne, la rendant vulnérable.

La perte de son autonomie rend la personne vulnérable, en la privant de la faculté d'agir par elle-même, et en lui imposant des décisions prises par autrui.

L'isolement social est un facteur de risque indépendant. Les personnes âgées sont souvent identifiées comme des personnes avec un faible niveau d'intégration sociale et souffrent souvent d'isolement. Elles sont à risque de souffrir d'une limitation d'accès aux soins (12).

L'isolement social de la personne âgée est un facteur à part entière de vulnérabilité. Une étude finlandaise randomisée et contrôlée montre que les personnes âgées ayant bénéficié d'une intervention psychosociale en groupe avaient un taux de mortalité plus bas, une meilleure santé subjective et un recours moindre aux services de santé au terme du suivi (30).

D'une manière générale, à tout âge, la présence d'un confident, d'une structure familiale, les liens d'amitié, l'environnement professionnel sont des déterminants de la santé. Le support social peut jouer un rôle de filtre ou de tampon face aux événements de vie, aux contraintes et autres agressions psychosociales. Il est d'ailleurs démontré

que les mariés ont un état de santé meilleur que celui des veufs, divorcés, et célibataires (31).

La vulnérabilité peut être due à des difficultés financières. Pour les médecins généralistes, il est évident que la pauvreté impacte la santé.

Pour Adam Wagastaff, cette association révèle même d'un lien de causalité à double sens : la pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté. Les catégories pauvres au sein des pays souffrent d'une multitude de privations, qui se traduit par des niveaux élevés de mauvaise santé. Il indique aussi que la mauvaise santé induit des frais supplémentaires importants et influence les revenus des ménages (32).

Les conditions de travail sont perçues comme un facteur de vulnérabilité. Les recherches montrent que la souffrance au travail a de multiples effets sur l'individu et sa santé : à tous niveaux hiérarchiques, de plus en plus de salariés ont aujourd'hui le sentiment de faire un travail de mauvaise qualité. Mais ils ne peuvent pas en faire prendre connaissance aux autres sans s'exposer à des jugements péjoratifs. Les problèmes au travail sont donc dissimulés, ils sont portés comme un problème personnel. Ce sentiment se manifeste par des symptômes dépressifs, associés à une très forte composante d'incompréhension, de désarroi et d'anxiété (33).

La maltraitance s'adresse particulièrement aux groupes vulnérables : comme les enfants, les femmes, les personnes âgées ou handicapées. Ainsi, il n'est pas surprenant que le concept de maltraitance vienne à l'esprit des médecins interrogés sur la question de la vulnérabilité. Les patients vulnérables souffrent de maltraitance. Le droit pénal a d'ailleurs intégré la personne vulnérable dans la qualification des faits en faisant de l'âge, de la situation économique, de l'état physique de celle-ci une circonstance aggravante ou des éléments caractérisant l'infraction (34).

Ainsi, si la maltraitance ou la violence représentent pour les médecins un facteur de vulnérabilité, elle se surajoute souvent à une autre vulnérabilité comme la personne âgée maltraitée. Il s'agit alors d'un cumul de vulnérabilités.

Par contre, les participants n'ont évoqué ni les migrants, ni les patients en milieu pénitentiaire.

Pourtant, les sans-papiers, les requérants d'asile ou encore la population carcérale sont souvent reconnus dans la littérature comme étant des populations vulnérables. (35) (36).

Ces populations n'ont pas été mentionnées probablement car, d'une part, nous n'avons pas interrogé de médecins exerçant en milieu pénitentiaire. D'autre part, les médecins interrogés exerçant en campagne n'étaient pas concernés par les patients ayant un statut de migrant.

Le rôle social du médecin est de venir en aide à son patient. Cependant certains patients refusent catégoriquement cette aide. Ce renoncement aux soins a fait l'objet d'une étude qualitative réalisée auprès de personnes accueillies dans les dispositifs d'hébergement et de logements temporaires en Nouvelle-Aquitaine. Cette étude apporte des éléments de compréhension des causes liées au renoncement ou au non-recours aux soins.

Bien sûr, il y a des raisons financières, mais même dans un contexte de gratuité, certaines personnes malades ne sollicitent pas les services de soins.

Les autres facteurs pouvant expliquer leur non-recours aux soins sont : le positionnement face à une norme de santé parfaite non partagée, l'isolement social renforçant la difficulté à se mobiliser, la crainte du diagnostic, les difficultés relationnelles entre le patient et le médecin, le rapport au temps différent, les difficultés administratives, le rejet des normes dominantes et la défiance envers le système de santé.

Les actions à mettre en place pour pallier au renoncement aux soins seraient d'établir une meilleure articulation entre le secteur social et le secteur médical et renforcer la prévention et l'accompagnement des patients (37).

3.1.2. Aides au repérage des patients en situations de vulnérabilité

Pour repérer les situations de vulnérabilité, les médecins n'utilisent pas de questions directes (38) ou le score ÉPICES (4) (14). Au contraire, les médecins se basent sur leur relation avec le patient. Ils ont tendance à laisser le patient se confier ou non, ce qui rejoint l'idée de Chantal Bauchetet dans son article sur la relation de soin face à la

vulnérabilité et ses conséquences : il est impossible d'appréhender les histoires de vie intime d'un patient, car il lui appartient de choisir de les partager ou non (28).

Nos recherches montrent que la visite à domicile est perçue comme un atout essentiel au repérage des situations de vulnérabilité. Aller au domicile du patient permet d'apprécier ses conditions de vie et de mettre en évidence des situations insoupçonnées au cabinet. Cette idée complète le travail de thèse de Sabine-Eloïse Vialtel sur les visites à domicile des médecins généralistes. La connaissance du domicile paraît utile pour la prise en charge du patient. Connaître le lieu de vie du patient permet d'évaluer son observance médicamenteuse, son alimentation, ses conditions d'hygiène, son environnement, son exposition à la pollution. Les visites permettent aussi la surveillance du réseau paramédical s'articulant autour du patient (39).

Les visites apportent une connaissance sociale que le médecin ne peut acquérir totalement lors d'une consultation. Elles sont instructives et complètent les informations recueillies lors des consultations au cabinet. Une majorité de médecins considère même que la visite relève plus du social que du médical (40). La visite à domicile peut aider à repérer les patients en situations de vulnérabilité comme au Danemark où des visites à domicile préventives gratuites sont mises en place en vue de repérer les patients âgés vulnérables (41).

Pour autant, les visites sont de moins en moins courantes et tendent à disparaître (42). Les raisons sont nombreuses : le manque de temps, la rentabilité mais aussi une volonté politique de limiter le nombre de visites à domicile (43) (44).

3.2. La prise en charge des patients en situations de vulnérabilité

3.2.1. Les concepts fondamentaux du rôle social

Aider son patient est le rôle principal du médecin traitant dans nos résultats. Cette aide s'inscrit dans le cadre du suivi et de la prise en charge globale du patient, c'est pour cela que les médecins généralistes sont en première ligne dans la gestion de ces situations de vulnérabilité.

Comme pour la Société Française de Médecine Générale, la stabilité du médecin généraliste dans son lieu d'exercice au cours du temps, en fait un interlocuteur

privilegié pour le patient. De plus, le médecin traitant, parce qu'il connaît ses patients de longue date, est capable de percevoir de minimes changements physiques ou psychologiques chez ses patients. La position spécifique du médecin généraliste au long cours fait qu'il suit ses patients dans le temps et dans leur environnement.

Cette vision globale du patient l'amène à repérer les patients en situations de vulnérabilité et lui permet d'initier les démarches au plus vite.

Aussi, la Société Française de Médecine Générale place le médecin traitant au cœur des réseaux médicaux, paramédicaux et sociaux. Le médecin généraliste participe aux différents réseaux de proximité, il réalise la synthèse des différentes informations et évalue les résultats de l'action coordonnée des différents acteurs (45).

Dans notre étude, les praticiens pensent que leur rôle social consiste à orienter leurs patients à travers le réseau social, tout en les accompagnant et en se montrant disponible. Cependant une thèse réalisée en Lorraine révèle les difficultés de la collaboration entre les médecins généralistes et les travailleurs sociaux. Selon cette étude, les échanges seraient rares et les médecins réticents à travailler en inter-professionnalité. Les freins à la collaboration seraient aussi bien organisationnels (gestion du temps, disponibilité, formation professionnelle), que psychosociologiques (représentations, préjugés, cloisonnements, hiérarchisations des rapports, défauts de communication, manque d'interconnaissance professionnelle et personnelle, variation individuelle du système de valeurs) (46).

Les capacités sociales du médecin généraliste s'inscrivent à travers des compétences comme le dépistage, les soins de premier recours, la coordination de soins, le suivi, la prise en charge globale et la relation de communication. Ainsi, le rôle social se place au centre des six compétences principales de la spécialité de médecine générale définies par le CNGE et représentées par une marguerite (Annexe 7).

Ce rôle nécessite une vision holistique du patient tout en s'imprégnant de l'Evidence Base Médecine (EBM). Il s'agit de fonder toutes décisions médicales en se référant aux connaissances théoriques de la science, aux données issues des recherches cliniques mais aussi à son jugement et à son expérience professionnelle.

Notre étude montre que l'empathie est l'émotion la plus ressentie lors de la prise en charge de patients en situations de vulnérabilité. Une étude qualitative canadienne retrouve le même constat : les médecins généralistes canadiens éprouvent de l'empathie envers les personnes en situations de vulnérabilité, cela même avant de pratiquer la médecine. Au fil de leur pratique, ils ont développé ce sentiment à travers l'écoute attentive et la création d'une relation de confiance (« Bridge of trust ») afin de surmonter l'écart social entre patients et médecins et de répondre aux attentes des patients en situations de vulnérabilité (47).

Dans une thèse portant sur les attentes des patients de la relation médecin-malade menée en Isère, certains de nos participants ont évoqué l'importance de la capacité d'écoute dans le suivi global et l'accompagnement du patient vulnérable. Il s'agit de se montrer disponible pour son patient et de prendre du temps avec lui. Les patients interrogés en focus group dans ce travail évoquent eux aussi « l'écoute du curé d'autrefois ». Les patients recherchent un confident et une relation de confiance. Ainsi, la représentation du rôle social du médecin généraliste semble correspondre aux attentes des patients (48).

3.2.2. Propositions pour l'évolution des pratiques

Nos résultats et les éléments de recherches dans la littérature s'accordent sur l'intérêt du temps dédié aux consultations médicales, aux formations professionnelles sociales et à l'importance du carnet d'adresses (38) (49).

Les médecins devraient modifier le déroulement des consultations. Il faudrait se donner les moyens de dégager du temps pour les cas complexes. Des consultations plus longues amélioreraient la qualité et les résultats des soins. Cependant, l'INPES reconnaît que dégager plus de temps pour certains patients pénalise financièrement les praticiens dans le système de paiement à l'acte. Elle propose éventuellement de faire revenir le patient aussi souvent que nécessaire et de manière rapprochée. L'INPES évoque le principe du paiement à la performance, comme au Royaume-Uni : le « Quality and Outcome Framework ». Le principe consiste en une augmentation des revenus des médecins en fonction de la performance réalisée par les cabinets de médecine générale, mesurée par des indicateurs de qualité de soins. Il existe des indicateurs de procédures (ex. : fréquence des dosages biologiques), des indicateurs

d'organisation (ex. : tenir des registres de patients), et des indicateurs de résultats (ex. : objectif atteint). Ainsi la combinaison du paiement à la performance avec les modes de rémunérations préexistants permettrait d'améliorer les pratiques médicales et de les orienter en fonction des objectifs de santé publique (50) (51). Ce système de paiement à la performance pourrait valoriser financièrement le rôle social du médecin généraliste. En France, la rémunération sur objectif de santé publique millésime 2017 (Rosp) est centrée sur la qualité de la pratique clinique, le forfait structure incite les médecins à se moderniser (logiciel certifié HAS, messagerie sécurisée, télétransmissions des feuilles de soins). Il faudrait intégrer à ces systèmes de rémunération des objectifs de compétences sociales pour les valoriser (52).

Certains participants évoquent la nouvelle reconnaissance par la Caisse d'Assurance Maladie de certains actes comme la programmation de rendez-vous par le médecin lui-même. Cependant, cette valorisation financière ne concerne que les contacts avec des spécialistes médicaux dans un contexte d'urgence (53). Mais les médecins considèrent cette majoration comme un premier pas vers la reconnaissance financière du travail non médical.

Pour le carnet d'adresses, il s'agirait d'un réseau entre : médecine générale, services sociaux, consultations spécialisées, consultations de tabacologie et d'alcoologie, centres de soins spécifiques pour toxicomanes, etc. Il est important de définir des circuits de prise en charge avec l'ensemble des intervenants. Aussi, ces correspondants doivent être accessibles aux populations vulnérables. Un des médecins de notre étude suggère de simplifier ce carnet d'adresses avec la création d'un numéro unique renvoyant les médecins vers l'interlocuteur le plus approprié pour gérer un problème social.

Il paraît aussi essentiel d'améliorer le réseau entre médecins généralistes, travailleurs sociaux et paramédicaux. Dans d'autres pays européens comme en Espagne (en Catalogne), tous les médecins travaillent dans des maisons médicales avec le personnel paramédical et les travailleurs sociaux en permanence. Un réseau réuni au sein d'une même structure permettant une meilleure coopération interdisciplinaire.

Aussi, Emilie Mathieu dans son travail sur le rôle social du médecin généraliste propose des solutions pour améliorer le réseau interprofessionnel, comme la mise en

place d'une plateforme sociale : structure d'assistance sociale hospitalière dédiée à l'accueil des patients. Cette structure serait constituée de plusieurs assistantes sociales disponibles et joignables facilement par numéro vert. Chaque plateforme drainerait un secteur de médecins généralistes afin qu'ils aient une plateforme à proximité de leur lieu d'exercice. Cet outil serait selon elle idéal, mais trop coûteux à mettre en place.

Ensuite, elle imagine la mise en place d'une assistante sociale « référente » pour un groupe de médecins généralistes, selon un secteur démographique. Cette assistante sociale aurait pour mission d'aider les médecins généralistes à gérer les problèmes sociaux de leurs patients. Selon elle, n'avoir qu'un seul interlocuteur permettrait d'améliorer les relations entre médecins et travailleurs sociaux. Une solution moins coûteuse, mais il faudrait recruter des assistantes sociales.

Elle suggère aussi l'idée d'utiliser les locaux des maisons médicales de garde libres la journée pour y placer les assistantes sociales. Les assistantes sociales pourraient ainsi bénéficier de locaux sans engendrer de frais supplémentaires. Mais il faudrait là encore financer leur travail et le nombre de maisons médicales de garde est encore trop restreint (54).

En France, l'ARS soutient le développement des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et tous types d'exercices coordonnés tels que les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ou les Centres de Santé. Le plan d'accès aux soins présenté le 13 octobre 2017 prévoit quatre cent mille euros pour doubler le nombre de MSP et de centres de santé sur le territoire national.

- Une MSP regroupe des professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens...) qui ont choisi de travailler ensemble et de façon coordonnée au sein d'une même structure, pour offrir à la population une prise en charge la plus globale possible. Elle permet également de participer à des actions de prévention et d'éducation de la santé. Les professionnels y travaillent à titre libéral. Ils peuvent être regroupés dans une même structure ou non (55) (56).
- Un CPTS est un concept récent qui se présente sous la forme d'une ou plusieurs équipes de soins primaires, de professionnels de santé assurant des soins de premier et de second recours et d'acteurs sanitaires médico-sociaux

et sociaux, qui veulent s'organiser pour mieux travailler ensemble sur un territoire donné.

- Les Centres de Santé sont des structures de proximité qui dispensent des soins de premier recours. Les professionnels de santé y sont salariés et les centres de santé sont tenus de pratiquer le tiers payant. Ces centres sont soit monoprofessionnels, soit pluriprofessionnels.

L'INPES souhaiterait aussi intégrer le thème de la compétence sociale dans des programmes de formation médicale initiale et continue des médecins généralistes. Une étude canadienne menée à Montréal définit la compétence sociale comme un processus basé sur la connaissance, la conscience et l'attitude qui conditionne l'interaction entre les médecins généralistes et les patients en situations de vulnérabilité en dépit de la distance sociale qui les sépare. Cette étude évoque le concept de la compétence culturelle de Campigha-Bacote adaptée à la compétence sociale. Ce modèle détermine cinq stades :

- La conscience sociale : prendre conscience de sa condition sociale et de la réalité de la stigmatisation et du jugement des populations vulnérables.
- La connaissance sociale : acquérir des connaissances sociales, faire des recherches.
- La compétence sociale : capacité d'adapter les soins en fonction de la situation sociale, des besoins, des capacités des populations vulnérables.
- La rencontre sociale : volonté d'entrer dans un processus de soins des personnes en situations de vulnérabilité.
- Le désir et la motivation : se sentir concerné par le processus de soins des personnes en situations de vulnérabilité (57).

Il s'agit d'une part de reconnaître et de maîtriser ses propres stéréotypes et préjugés plus ou moins conscients, et d'autre part d'acquérir des connaissances spécifiques sur les problématiques des personnes vulnérables et leur contexte socioculturel. L'objectif serait d'éviter le jugement et la stigmatisation des patients par les médecins généralistes. Il s'agirait aussi de s'adapter aux besoins des patients en situations de vulnérabilité et de répondre à leurs attentes (47).

Une étude qualitative réalisée au Canada à Montréal sur la perception de la précarité des médecins généralistes relève deux conceptions distinctes :

- Une conception globale se référant aux déterminants sociaux, au sein du système politique et économique. Ce concept est partagé par une majorité de médecins interrogés.
- Une conception morale basée sur les responsabilités individuelles en lien avec les comportements et choix de chaque patient.

D'après cette enquête, il semblerait que le manque de connaissance et la perception négative de la précarité affectent la qualité du travail médical.

Les médecins seraient plus directifs, prendraient moins leur temps et donneraient moins d'informations aux patients en situations de vulnérabilité (58).

Un point important non abordé par les médecins interrogés serait l'adaptation du langage aux patients vulnérables. Il s'agirait d'utiliser le moins possible le vocabulaire médical, mais aussi d'illustrer ses propos avec des schémas ou demander au patient de reformuler ce qu'il a compris en fin de consultation (la méthode de la traduction inversée) (38).

Ainsi, acquérir des compétences sociales relève d'un processus qui dépend d'une auto-évaluation des pratiques médicales et de participations à des formations sociales spécialisées.

L'INPES propose aussi d'enregistrer systématiquement la position sociale des patients dans les dossiers. La position sociale fait partie intégrante de l'anamnèse, elle permet de prendre en charge le patient dans sa globalité et d'évaluer l'ensemble des facteurs de risque du patient (14).

On pourrait proposer d'enregistrer au minimum deux caractéristiques sociales du patient : la profession et le niveau de protection sociale (ex. : l'accès à une mutuelle complémentaire, ou bénéficiaire de la CMU). On pourrait alors retravailler les logiciels de dossiers médicaux en partenariat avec leur éditeur (49).

Dans son travail de thèse réalisée dans la périphérie de Paris, Frédéric Ginzburg évoque aussi le manque de formations sociales des médecins, il mentionne les efforts

de la faculté de Créteil pour palier à ce défaut de formation comme la création d'un stage obligatoire au sein de structures de la Sécurité Sociale. Des sujets comme les prestations sociales sont abordés avec les médecins conseils et les étudiants doivent accomplir quelques demi-journées en PMI. Une formation pratique qui pourrait éventuellement être proposée à plus d'étudiants (59). Aussi, à Lille les deux facultés de médecine proposent aux internes de médecine générale des cours qui abordent la prise en charge des populations vulnérables. Des sujets tels que les addictions, la maladie chronique, les problèmes de santé mentale, le handicap, les patients démunis et migrants sont abordés lors d'enseignements facultaires.

Conclusion

Le dépistage et la prise en charge des patients en situations de vulnérabilité sont basés sur des concepts fondamentaux de la médecine générale tels que les soins de premier recours, la considération du patient dans sa globalité, la relation de communication, le suivi et la coordination des soins.

La vulnérabilité de certains patients amène les médecins généralistes à avoir un rôle social, lequel se place au centre des six compétences de la spécialité de médecine générale.

Aider les patients en situations de vulnérabilité ne s'inscrit pas seulement dans une prise en charge médicale, la prise en charge doit être holistique et les compétences du médecin lui permettent une gestion du patient fondée sur l'EBM.

Les médecins souhaitent l'amélioration de la collaboration avec les intervenants paramédicaux et sociaux. Les nouvelles formes d'exercices pluridisciplinaires permettront probablement d'améliorer les réseaux entre les différents professionnels. Le rôle social du médecin généraliste doit être valorisé, ce qui amène à reconsidérer l'organisation des consultations médicales. Les praticiens devraient aussi pouvoir participer à des formations sociales.

L'objectif final serait d'améliorer les pratiques médicales en intégrant la dimension sociale à l'exercice de la médecine générale.

Références

1. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine*. 18 sept 2008;359(12):1290-1.
2. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers - Insee Première - 1584 [Internet]. [cité 21 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908110>
3. Colineaux H, Bérault F, Lang T, Lamy S. On overview of social inequalities in health in France. *Soins*. août 2017;62(817):8-11.
4. Sass C, Guéguen R, Moulin J-J, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité, Summary. *Santé Publique*. 2006;18(4):513-22.
5. Moulin J-J, Dauphinot V, Dupré C, Sass C, Labbe E, Gerbaud L, et al. Inégalités de santé et comportements: comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2005;43:1-3.
6. Déserts médicaux: agir vraiment - Sénat [Internet]. [cité 17 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/notice-rapport/2012/r12-335-notice.html>
7. Ducloux M, Delga ME, Montané F. Rôle du médecin face à la précarité. rapport de la commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'ordre des médecins. 1999;5(6):99.
8. Desbonnet F. La prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité en médecine générale: recherche issue de la pratique de la Maison Dispersée de Santé de Lille-Moulins [Thèse d'exercice]. [France]; 2016.
9. Netgen. Modèle bio-psycho-social et maladie chronique la dimension communautaire de la médecine [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 12 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2320/20882>
10. Aïach P, Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La Revue du praticien*. 2004;54(20):2221-2227.
11. Brodriez-Dolino A. La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique. *Informations sociales*. 19 oct 2015;(188):10-8.
12. Netgen. Vieillir et devenir vulnérable [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 29 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-226/Vieillir-et-devenir-vulnerable>

13. Soulet M-H. Reconsidérer la vulnérabilité. *Empan*. 2005;(4):24–29.
14. Bodenmann P, Jackson Y, Bischoff T, Vaucher P, Diserens E-A, Madrid C, et al. Deprivation and Social Determinants of Health: Any role for the general practitioner? *Revue médicale suisse*. 1 mai 2009;5:845-9.
15. Guichard A, Potvin L. [Social inequalities in health, challenges for nursing care]. *Soins*. août 2017;62(817):16-8.
16. La protection maternelle et infantile (PMI) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>
17. Mouvement PACT pour l'amélioration de l'habitat - Partenariat avec l'Etat et les établissements publics [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: http://www.pact-habitat.org/partenariat_etat.html
18. Code de l'action sociale et des familles - Article L312-1. Code de l'action sociale et des familles.
19. Les points d'information locaux dédiés aux personnes âgées | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 3 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/points-dinformation-de-proximite/les-points-dinformation-locaux-dedies-aux-personnes>
20. MAIA : une méthode pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées | CNSA [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>
21. Code de l'action sociale et des familles - Article L123-4. Code de l'action sociale et des familles.
22. Code de l'action sociale et des familles - Article R123-1. Code de l'action sociale et des familles.
23. Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie | Legifrance [Internet]. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2007/5/14/SANP0721630D/jo>
24. Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010 - Insee Première - 1374 [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281191>
25. Découpage communal | Insee [Internet]. [cité 18 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2028028>
26. Réseau de proximité ou Plateforme Territoriale de Santé - Réseau ROSALiE [Internet]. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.onco-hdf.fr/cartographie/organisme/reseau-rosalie-f752.html>

27. Santély, association spécialiste de la santé à domicile et de la formation [Internet]. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.santelys.asso.fr/index.html>
28. Bauchetet C. La relation de soin face à la vulnérabilité et ses conséquences. *Hématologie*. 1 janv 2012;18(1):76-9.
29. Zielinski A. La vulnérabilité dans la relation de soin. *Cahiers philosophiques*. 2011;(125):89-106.
30. Pitkala KH, Routasalo P, Kautiainen H, Tilvis RS. Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized, Controlled Trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 juill 2009;64A(7):792-800.
31. Briancon S, Blanchard F, Cherrier-Baumann M, Guenot-Gosse C, Cales-Blanchard E, Deschamps JP, et al. Isolement, support social, événements de vie et état de santé. *Revue générale, Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 1985;33:48–65.
32. Wagstaff A. Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé-recueil d'articles*. 2002;7:100–108.
33. Davezies P. La santé au travail, une construction collective. *Santé et travail*. 2005;52:24–28.
34. Corbet E. Les concepts de violence et de maltraitance. *Actualité et dossier en santé publique*. 2000;31:20–25.
35. Rieder J-P, Gravier B, Bertrand D, Pasche C, Bodenmann P, Wolff H. Santé en milieu pénitentiaire: vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé. *Rev Med Suisse*. 2010;6:1462–1465.
36. Ridde V, Ouattara F. Des idées reçues en santé mondiale [Internet]. Presses de l'Université de Montréal; 2015 [cité 31 déc 2017]. Disponible sur: <http://books.openedition.org/pum/3607>
37. Nouvelle LB-DDJ, Nouvelle VB-DDJ, Samuel A, Ibarboure–Atherbea P, Jouve–Audacia J-M, à Bayonne A, et al. Facteurs de non-recours aux soins des personnes en situation de précarité. 2017;
38. Chatelard S, Vaucher P, Wolff H, Bischoff T, Herzig L, Panese F, et al. Le médecin face aux inégalités sociales de santé: quel pouvoir d'action? *Revue médicale suisse*. 2012;(341):1061.
39. Vialtel S-E. La visite à domicile : perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir. [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine de Nancy; 2012.
40. Union Régionale des Médecins Libéraux. La visite à domicile chez les médecins franciliens.

41. Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Philipson L, Riis P. Preventive home visits to older people in Denmark. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2007;40(4):209–216.
42. Bibliomed. Les visites à domiciles une pratique obsolète ? Numéro 87.
43. Arrêté du 30 septembre 2002 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.
44. Dufour A-L, Farge T. La visite à domicile: encore d'actualité ? : étude qualitative réalisée auprès de 14 médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans en région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]; 2017.
45. Société Française de Médecine Générale: Le patient et son généraliste « médecin traitant » [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: http://www.sfm.org/publications/les_publications/le_patient_et_son_generaliste_medecin_traitant.html
46. Doerflinger L. La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux: déterminants d'une collaboration réussie: étude qualitative auprès des médecins généralistes de Meurthe-et Moselle en 2015 [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine de Nancy; 2015.
47. Loignon C, Fortin M, Bedos C, Barbeau D, Boudreault-Fournier A, Gottin T, et al. Providing care to vulnerable populations: a qualitative study among GPs working in deprived areas in Montreal, Canada. *Fam Pract*. avr 2015;32(2):232-6.
48. Dedienne M-C, Hauzanneau P. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale: application de la méthode par focus groups [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
49. Potvin L, Moquet M-J, Jones CM, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis, France: INPES éditions; 2010.
50. Bras P-L, Duhamel G. Rémunérer les médecins selon leurs performances: les enseignements des expériences étrangères. Inspection Générale des Affaires Sociales Paris. 2008;65.
51. Samson A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards croisés sur l'économie. 24 avr 2009;(5):144-58.
52. Rosp et nouveau « forfait structure » : la déclaration des indicateurs ouverte jusqu'au 5 février [Internet]. [cité 21 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/rosp-et-nouveau-forfait-structure-la-declaration-des-indicateurs-ouverte-jusquau-5-fevrier>
53. Ministère des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 20 octobre portant sur l'approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins

- libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. Journal officiel de la république française;
54. Mathieu E. Rôle social du médecin généraliste: enquête auprès des médecins généralistes de Montpellier; exemple d'une plate-forme sociale ville-hôpital [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2010.
 55. ARS Hauts de France. Renforcer l'accès territorial aux soins. 2018.
 56. ARS. Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.
 57. Loignon C, Haggerty JL, Fortin M, Bedos CP, Allen D, Barbeau D. Physicians' social competence in the provision of care to persons living in poverty: research protocol. *BMC Health Serv Res.* 25 mars 2010;10:79.
 58. Loignon C, Gottin T, Dupéré S, Christophe B. General practitioners' perspective on poverty: a qualitative study in Montreal, Canada. *Family practice.* 24 août 2017;
 59. Ginzburg F. Le rôle social du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2000.
 60. Accueil Particuliers | service-public.fr [Internet]. [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/>

Annexes

Annexe 1 : Les mesures de protection juridique

La sauvegarde de justice, la tutelle, la curatelle sont des mesures destinées à protéger les personnes qui ne sont pas en état de veiller sur leurs intérêts personnels et leur patrimoine.

La sauvegarde de justice est une mesure provisoire et ne peut pas dépasser un an, elle est renouvelable une fois. Elle peut être demandée en urgence par un médecin au Procureur de la République, accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre. Un directeur d'établissement de santé ou les travailleurs sociaux peuvent aussi en faire la demande.

La sauvegarde de justice peut aussi être déposée au juge des tutelles par le patient lui-même ou ses proches.

Sous sauvegarde de justice, le sujet majeur garde l'exercice de ses droits civils cependant la sauvegarde de justice peut permettre d'annuler les actes qui seraient préjudiciables aux patients.

La curatelle permet de protéger un majeur ayant besoin d'être conseillé ou contrôlé dans certains actes de la vie civile. Le curateur est choisi en priorité parmi les proches de la personne.

Il existe différents degrés de curatelle :

- Curatelle simple : la personne accomplit seule les actes de gestion courante, par exemple, gérer son compte bancaire ou souscrire une assurance. Par contre, elle doit être assistée par son curateur pour des actes plus importants comme un emprunt bancaire.
- Curatelle renforcée : le curateur perçoit les ressources de la personne et assure la gestion de ses dépenses.

- Curatelle aménagée : le juge énumère les actes que la personne peut faire seule ou non.

La tutelle protège les personnes qui ont besoin d'être représentées d'une manière continue dans les actes de la vie civile. Le majeur sous curatelle est alors privé de tout ou d'une partie de ses droits civiques.

Les demandes de tutelle ou de curatelle doivent être transmises au juge des tutelles du Tribunal d'Instance du domicile du patient à protéger (60).

Annexe 2 : Les allocations dédiées aux personnes âgées

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est une prestation mensuelle accordée aux retraités ayant de faibles ressources. Elle remplace depuis 2006 les diverses prestations composant le minimum vieillesse. Elle est versée par la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) ou par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) pour les patients dépendants du régime agricole. Elle s'ajoute aux revenus personnels du patient dans une certaine limite. La demande doit être déposée auprès de la caisse de retraite de la personne âgée.

Les personnes âgées dépendantes peuvent bénéficier de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie).

L'APA est une aide réservée aux personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie, quels que soient leurs revenus. À travers un plan d'action, elle favorise le maintien à domicile et l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées en subventionnant des services d'aides à la personne. Sa gestion est confiée aux conseils départementaux.

Il existe deux types d'APA

-L'APA à domicile pour les personnes âgées vivant à domicile ou vivant dans un appartement dans une résidence-autonomie.

-L'APA en établissement pour les personnes âgées vivant dans une maison de retraite médicalisée. (60)

Annexe 3 : Les allocations logements

L'Aide Personnalisée au Logement (APL) est versée en raison d'un critère de financement du logement (conventionné), l'Allocation de Logement Familiale (ALF) est versée en raison de la situation familiale, et l'Allocation de Logement Sociale (ALS) est versée dans tous les autres cas. Ces aides ne sont pas cumulables. Elles se calculent en fonction des ressources du foyer.

L'APL est versée en raison de la situation du logement (quelle que soit la situation familiale : célibat, marié, avec ou sans personne à charge). Il peut s'agir soit d'un logement conventionné (convention entre le propriétaire et l'État). Par exemple, la plupart des logements HLM sont conventionnés. Soit d'un logement ancien situé en zone 3 (zonage de l'arrêté du 17 mars 1978 relatif au classement des communes par zones géographiques).

L'ALF est versée en raison de la situation familiale :

- Personne bénéficiant de prestations familiales ou de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH).
- Personne ayant un enfant à charge de plus de 21 ans, mais n'ayant pas droit aux prestations familiales ou à l'AEEH.
- Un jeune ménage, deux personnes mariées ou partenaires de Pacs ou concubins, sans enfant, dont la somme des âges révolus n'excède pas 55 ans.
- Une femme enceinte, seule ou vivant en couple sans personne à charge à compter du premier jour du mois civil suivant le quatrième mois de la grossesse et jusqu'au mois civil de la naissance de l'enfant.
- Personne ayant à charge un ascendant de plus de 65 ans (ou 60 ans, s'il est inapte au travail, ancien déporté ou ancien combattant) et ne disposant pas de ressources supérieures au plafond de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA).
- Personne ayant à charge un ascendant, descendant ou collatéral atteint d'une infirmité entraînant une incapacité permanente d'au moins 80 % ou qui est, compte tenu de son handicap, dans l'impossibilité reconnue par la Commission

des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) de se procurer un emploi.

L'ALS est versée sous conditions de ressources si le patient ne peut prétendre ni à l'APL, ni à l'ALF (60).

Annexe 4 : Les aides pour l'accès aux soins

La Couverture Maladie Universelle (CMU) permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière de bénéficier de la sécurité sociale.

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) permet à toute personne résidant en France régulièrement et de façon ininterrompue depuis plus de 3 mois de bénéficier d'une protection complémentaire gratuite et renouvelable.

L'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS) est une aide financière pour payer une complémentaire santé (mutuelle). Elle est attribuée aux personnes en situation régulière sous conditions de résidence en France depuis plus de 3 mois et de ressources. L'ACS donne droit à d'autres avantages (ex. : tiers payant).

L'Aide Médicale d'Etat (AME) est une aide destinée aux personnes en situation irrégulière, elle permet l'accès aux soins sous conditions de ressource et de résidence en France depuis plus de 3 mois (60).

Annexe 5 : Informations pour participation à une étude médicale

Dans le cadre de la thèse que je dois réaliser au cours de mes études, je réalise un travail de recherche médicale non interventionnelle intitulée :

Patients en situations de vulnérabilité : moyens de dépistage et de prise en charge par les médecins généralistes ruraux et semi-ruraux du Nord et du Pas-de-Calais.

Cette recherche a pour objectif de :

- *Mieux connaître les moyens de dépistage et de prise en charge des patients en situations de vulnérabilité des médecins généralistes ruraux et semi-ruraux.*
- *L'étude de la perception du rôle social des médecins généralistes ruraux et semi-ruraux.*
- *L'observation des partenariats entre les médecins ruraux et semi-ruraux et les structures dédiées à la prise en charge des patients en situations de vulnérabilité.*

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous bénéficiez si vous le souhaitez d'un délai de réflexion
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et anonyme
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectué
- Que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux
- Que ce travail a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière pseudonymisée. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès de la personne qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par l'investigateur et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Dans le cadre de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour motif légitime, et de suppression aux informations vous concernant. Vous pouvez pour ce faire vous adresser à Aurore Van Haecke (a.vanhaecke59000@gmail.com)

Annexe 6 : Le guide d'entretien

1- Qu'est-ce qu'un patient en situation de vulnérabilité ?

- Qu'est-ce qu'un patient dépendant ?
- Qu'est-ce qu'un patient vulnérable sur le plan social ?
- Quelles sont pour vous les différentes formes de vulnérabilité ?

2- Comment dépistez-vous les patients en situations de vulnérabilité ?

- Quelles questions posez-vous pour dépister les situations de vulnérabilité ou les problèmes sociaux chez vos patients ?
- Sur quels critères interrogez-vous les patients sur leur situation sociale ?
- Qu'est-ce qui peut vous faire songer à l'existence d'un problème social chez un patient lors d'une consultation ?

3- Comment vous sentez-vous face à la gestion de patients en situations de vulnérabilité ?

- Que ressentez-vous lorsque vos patients sont en situations de vulnérabilité ?
- Comment gérez-vous les patients en situations de vulnérabilité au cabinet ?
- À quels types d'émotions êtes-vous confronté(e) lorsque vous prenez en charge des patients en situations de vulnérabilité ?

4- Comment percevez-vous votre rôle social ?

- Quel est le rôle social du médecin généraliste ?
- Quelle est la place de la médecine générale par rapport à l'aide sociale ?
- En quoi pouvez-vous aider vos patients en situations de vulnérabilité ?

5- Qu'est-ce qui pourrait vous aider à améliorer votre prise en charge des patients en situations de vulnérabilité ?

- Qu'est-ce qui pourrait vous aider à améliorer vos compétences sociales ?
- À quelles aides extérieures avez-vous recours lorsque vous prenez en charge des patients en situations de vulnérabilité ?

Annexe 7 : La « marguerite » des six compétences génériques du médecin généraliste



AUTEUR : Van Haecke Aurore

Date de Soutenance : 23.05.2019

Titre de la Thèse : Patients en situations de vulnérabilité : moyens de dépistage et de prise en charge par les médecins généralistes ruraux et semi-ruraux du Nord et du Pas-de-Calais.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Vulnérabilité, précarité, soins primaires, médecine générale, pratiques professionnelles

Contexte : Repérer les patients en situations de vulnérabilité et les prendre en charge paraît être essentiel dans la pratique du médecin généraliste. L'objectif de cette étude est de décrire les moyens de dépistage et de prise en charge des patients en situations de vulnérabilité par les médecins ruraux et semi-ruraux du Nord et du Pas-de-Calais. L'objectif secondaire est d'étudier la perception du rôle social de ces médecins généralistes.

Méthode : Analyse qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-structurés de médecins généralistes exerçant en espaces ruraux et semi-ruraux dans le Nord et le Pas-de-Calais.

Résultats : Les patients en situations de vulnérabilité sont des patients fragiles ayant besoin d'aide. La maladie chronique, l'âge avancé, l'isolement, de faibles moyens financiers, de mauvaises conditions de travail peuvent faire évoquer l'existence de situations de vulnérabilité. Pour repérer ces patients en situations de vulnérabilité, les médecins soulignent l'importance de la relation de confiance créée avec le patient et du suivi sur le long terme qui permet de connaître son patient. Les conditions de vie des patients perçues lors des visites à domicile, l'apparence et le langage peuvent aider les médecins à détecter des situations sociales compliquées. La prise en charge consiste à aider son patient en le guidant à travers le réseau social et paramédical. Le médecin généraliste initie les démarches sociales puis assure le suivi de son patient en se montrant disponible. Le rôle social du médecin généraliste est perçu comme essentiel et fait partie intégrante de la médecine générale, il s'agit de gérer le patient dans sa globalité. Ce rôle peut amener les médecins à se sentir en difficulté. Certains médecins soulignent qu'il n'est pas le rôle principal du médecin traitant et qu'il faut savoir se limiter. Pour améliorer leur prise en charge, les médecins souhaitent une amélioration du travail pluridisciplinaire, l'élaboration d'un carnet d'adresses, plus de temps, une simplification des démarches administratives et une meilleure reconnaissance de ce rôle social.

Conclusion : Face à la vulnérabilité de certains patients, le médecin généraliste a outre son rôle médical, un rôle de soutien social plaçant son exercice au cœur de l'EBM.

Composition du Jury :

Président : Pr François PUISIEUX

Assesseurs : Pr Jean-Marc LEFEBVRE, Dr MESSAADI, Dr DURAND-CHEVAL