



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**En prévention du renoncement aux soins sur le territoire de la CPTS
BBH : établissement d'un consensus d'aide à la mobilité des patients
par la technique du groupe nominal**

Présentée et soutenue publiquement le 6 décembre 2023 à 16h00
au Pôle Formation
Par Kévin Martinache

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseur :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Amandine LEGRAND

Avertissement

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

Liste des abréviations

CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
BBH	Bourbourg Bergues Hondschoote
ODENORE	Observatoire DEs NOn-REcours aux droits et services
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
BRS	Baromètre du Renoncement aux Soins
VSL	Véhicule Sanitaire Léger
CH	Centre Hospitalier
COF	Cabinet d'Ophtalmologie des Flandres
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
IDEC	IDE Coordinatrice
EHPAD	Etablissement d'Hébergement Personnes Agées Dépendantes
ALD	Affection de Longue Durée
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Le renoncement aux soins.....	2
A. Définition	2
B. Outils d'étude du renoncement aux soins	2
C. La prévalence du renoncement aux soins.....	3
D. Le profil des personnes concernées.....	3
E. Les soins concernés.....	4
F. Les causes	4
G. Les conséquences	4
II. Les transports pris en charge par l'Assurance Maladie	5
III. La CPTS Bourbourg – Bergues – Hondschoote	7
A. Définition	7
B. La CPTS BBH	7
C. Les missions.....	8
Matériels et méthodes.....	9
I. Le groupe nominal	9
A. Description	9
B. Les différentes phases du groupe nominal.....	9
C. Les avantages et les inconvénients.....	10
II. Mise en pratique	11
A. Le groupe nominal des professionnels médicaux.....	11
B. Le groupe nominal des professionnels paramédicaux	12
C. Le groupe nominal des professionnels médicosociaux	12
III. Les réunions	14
A. Présentation	14
B. Listes soumises aux votes	14
Résultats	16
I. Le groupe des professionnels médicaux	16
A. Liste des propositions.....	16
B. Résultats du vote.....	17
C. Tableau de répartition des votes.....	18
D. Détail des résultats du vote	18
E. Discussion à la suite des résultats	20
II. Le groupe des professionnels paramédicaux	21
A. Liste des propositions.....	21
B. Résultats du vote.....	21
C. Tableau de répartition des votes.....	22
D. Détails des résultats du votes.....	22
E. Discussion à la suite des résultats	24
III. Le groupe des professionnels médicosociaux	25
A. Liste des propositions.....	25
B. Les résultats du vote	25

C. Tableau de répartition des votes.....	27
D. Détail des résultats.....	27
E. Discussion à la suite des résultats	28
IV. Synthèse des résultats des différents groupes	29
A. Tableau récapitulatif	29
B. Interprétation des résultats.....	30
Discussion	32
A. L'obtention d'un consensus d'aide à la mobilité des patients en renoncement aux soins.....	32
B. Les forces et faiblesses du travail	32
C. Ouvertures	34
Conclusion.....	36
Références bibliographiques	37
Annexes	39
<u>Annexe 1 : Le territoire de la CPTS BBH</u>	
<u>Annexe 2 : Les membres et partenaires de la CPTS BBH</u>	
<u>Annexe 3 : les étapes du groupe nominal</u>	
<u>Annexe 4 : Arbre décisionnel / consensus d'aide à la mobilité des patients en renoncement aux soins</u>	

RESUME

Contexte : La lutte contre le renoncement aux soins est un enjeu majeur de santé publique, ce phénomène impactant de manière non négligeable la santé des patients touchés. L'objectif de ce travail était d'établir un consensus d'aide à la mobilité des patients renonçant aux soins pour cause de difficultés de mobilité, raison invoquée par un « renonçant » sur dix.

Méthode : La technique du groupe nominal a été utilisée, déclinée en 3 sous-groupes de professionnels : médicaux, paramédicaux et médicosociaux afin de recueillir les points de vue des différents professionnels au contact des patients « renonçants » sur le territoire de la CPTS BBH. La hiérarchisation des critères de renoncement a été utilisée afin de définir un consensus d'aide à la mobilité des patients en renoncement.

Résultats : La hiérarchisation des critères de renoncement aux soins au cours des différents groupes nominaux a permis de retenir l'isolement social, l'isolement géographique et le handicap comme étant les 3 principaux facteurs de renoncement aux soins. Les autres critères cités au cours de l'étude étaient relatifs à la précarité financière, à différentes sources de handicap et/ou déficience, à l'absence de permis de conduire et/ou de moyen de locomotion. Le risque d'évolution défavorable à court ou moyen terme s'est également révélé comme un facteur important à prendre en compte dans une situation de renoncement aux soins pour cause de transport, notamment lorsque celle-ci est liée à une indisponibilité temporaire de l'aidant.

Conclusion : La diversité des professionnels ayant participé à ce travail de recherche sur le repérage des critères de renoncement aux soins a permis de formuler un consensus, pluriprofessionnel, d'aide à la mobilité des patients aux soins au sein de la CPTS BBH. Ce consensus est désormais utilisable, par tout acteur de la CPTS BBH confronté à une situation de renoncement, afin d'aider un patient, éligible selon les critères retenus, à se mouvoir vers un lieu de soins.

INTRODUCTION

I. Le renoncement aux soins

A. Définition

Le renoncement aux soins peut se définir de plusieurs manières dans la littérature scientifique.

Pour l'anthropologue Caroline Desprès, il exprime le fait que « les individus ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit ». [1]

Philippe Warin, responsable de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), distingue lui deux notions : d'une part, le renoncement aux soins, qui intervient « lorsque des individus déclarent ne pas pouvoir satisfaire la totalité, ou une partie, de leurs besoins de soins » et d'autre part, le non-recours aux soins, qui désigne pour lui « des besoins de soins non satisfaits, justifiés médicalement ». [2]

Par ailleurs, une autre nuance est apportée par Caroline Desprès sur le terme de renoncement. Elle sépare en effet les « renoncements barrières » où un ou plusieurs obstacles compliquent ou bloquent l'accès aux soins et les « renoncements refus » où les patients préfèrent se soigner eux-mêmes ou opter pour d'autres soins que ceux légitimement reconnus par notre système de santé. [3]

B. Outils d'étude du renoncement aux soins

Dans la société actuelle, le renoncement aux soins est un phénomène dont l'ampleur est difficilement évaluable. En effet, il s'agit d'un phénomène subjectif et les principales données proviennent d'enquêtes qualitatives dont les réponses varient beaucoup en fonction de la façon dont sont interrogés les individus. Ainsi, les résultats des enquêtes et donc la mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions. [4]

En 2014, la CPAM du Gard et l'ODENORE ont créé un « Baromètre du Renoncement aux Soins ». Il s'agit d'un outil de décryptage du renoncement aux soins qui se base sur des enquêtes qualitatives et quantitatives menées auprès des acteurs de la santé et du social. [5]

L'un des nombreux objectifs du BRS est de mesurer le renoncement aux soins tout en cherchant à en appréhender les causes en effectuant une sorte de « photographie » des raisons du renoncement aux soins à un moment donné [6].

Ce BRS, d'abord testé dans le département du Gard, s'est progressivement élargi jusqu'à sa généralisation sur l'ensemble du territoire métropolitain en mars 2018.

C. La prévalence du renoncement aux soins

Entre 2014 et 2017, les différentes études menées par l'ODENORE, en collaboration avec l'Assurance Maladie, ont permis de mieux chiffrer le renoncement aux soins mais également de mieux identifier le profil des personnes concernées par le renoncement, les causes du renoncement et la nature des soins les plus concernés.

Ces études ont révélé que le renoncement intéressait 26,5% des assurés avec des différences assez importantes selon les départements, allant de 36,8% dans l'Aude à 12,8% en Haute Corse. [7]

En juillet 2018, la synthèse finale des résultats du BRS indique qu'un quart des 160 824 personnes interrogées a renoncé à un ou plusieurs soins au cours de l'année. [8]

D. Le profil des personnes concernées

La synthèse des résultats du BRS en 2018 a montré qu'il s'agissait de femmes à 58,6 %, des personnes vivant seules (36,6%) ou des familles monoparentales (17,7%).

La majorité des personnes en renoncement aux soins vivait ou avait vécu une instabilité par rapport à l'emploi et/ou avait des revenus modestes. Toute dépense imprévue pour raison de santé paraissait alors difficile à financer. [9]

E. Les soins concernés

Les soins dentaires arrivent en tête devant les consultations de médecins spécialistes mais également de médecins généralistes.

F. Les causes

Les raisons invoquées par les personnes interrogées pour expliquer la non-réalisation des soins sont :

- le coût des soins et l'absence de protection complémentaire : 70 % des personnes interrogées avancent en effet une raison financière (reste à charge, avance de frais, incertitude sur le coût des soins).
- les raisons « temporelles » qui regroupent les délais pour accéder aux soins et la disponibilité des personnes, évoquées par 26% des personnes interrogées ;
- l'éloignement géographique, le coût des déplacements vers les soins ou l'absence de moyen de transport sont évoqués par un « renonçant » sur 10.
- les difficultés relatives à la méconnaissance du système de santé ou aux incompréhensions par rapport à la prise en charge des soins sont également citées par un « renonçant » sur 10.
- la crainte par rapport aux soignants ou au diagnostic qui pourrait être établi ;
- la lassitude ou la négligence.

Bien que les difficultés de déplacements vers les lieux de soins ne soient pas identifiées comme étant la principale cause de renoncement aux soins, elles apparaissent comme un facteur de renoncement important à prendre en compte puisqu'elles sont signalées par 10% des personnes interrogées [8].

G. Les conséquences

Les conséquences du renoncement aux soins sont multiples et impactent de façon non négligeable la santé des personnes concernées.

L'analyse des données du BRS montre que la perception de l'état de santé est très différente chez les personnes qui ont déclaré avoir renoncé à au moins un soin au cours des 12 derniers mois. Celles-ci déclarent avoir une perception nettement plus négative de leur état de santé que les personnes n'ayant pas déclaré de renoncement aux soins et 76% des « renonçants » disent « ressentir ou craindre un impact du renoncement sur leur état de santé physique et/ou moral ».

La moitié des personnes ayant déclaré un renoncement signalent également des retentissements sur les dimensions sociale, professionnelle et familiale. [8]

Le renoncement aux soins apparaît ainsi comme un risque de voir se développer un trouble anxieux chronique ou un isolement social / familial.

Enfin, on peut facilement imaginer que le renoncement aux soins puisse jouer un rôle dans la perte de chance des patients. Il peut en effet parfois différer le diagnostic de maladies graves dont l'issue peut être fatale ou invalidante sur le long terme. Il peut également différer une prise en charge qui ne relève alors plus d'une prise en charge ambulatoire mais qui devient nécessairement hospitalière.

II. Les transports pris en charge par l'Assurance Maladie

Les frais de transport sont pris en charge par l'Assurance Maladie, sur prescription médicale, dans les situations suivantes :

- transports liés à une hospitalisation (entrée et/ou sortie de l'hôpital) complète, partielle, ou ambulatoire ;
- transports liés aux traitements ou examens pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée et présentant une incapacité ou une déficience nécessitant :
 - d'être en position obligatoirement allongée ou demi-assise (ambulance) ;
 - une surveillance par une personne qualifiée (ambulance) ;
 - l'administration d'oxygène (ambulance) ;
 - un brancardage ou un portage (ambulance) ;
 - des conditions d'asepsie (ambulance) ;

- une aide au déplacement technique ou humaine mais ne nécessitant ni brancardage ni portage (VSL) ;
 - l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'un accompagnant (VSL) ;
 - un respect rigoureux des règles d'hygiène (VSL) ;
 - la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule.
- transports liés aux traitements ou examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
 - transports en ambulance, lorsque l'état du patient nécessite d'être allongé ou sous surveillance ;

Peuvent également être pris en charge sous réserve d'un accord préalable :

- les transports de longue distance (plus de 150 km aller) ;
- les transports en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de deux mois, au titre d'un même traitement).

Enfin, les frais de transport peuvent également être pris en charge pour :

- se rendre à une convocation du service médical de l'Assurance Maladie, de la commission régionale d'invalidité ou d'un médecin expert de la Sécurité Sociale
- se rendre à un rendez-vous chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture d'appareils (prothèses oculaires et faciales, podo-orthèses, orthoprothèses).
- pour accompagner un enfant de moins de 16 ans ou une personne dont l'état nécessite l'assistance d'un tiers.

En dehors de ces situations, les transports ne sont pas du tout pris en charge par l'Assurance Maladie. [10]

Ce travail de recherche vise à établir un consensus d'aide à la mobilité des patients en dehors des situations listées ci-dessus, qui sont d'ores et déjà prises en charge.

III. La CPTS Bourbourg – Bergues – Hondschoote

A. Définition

Une CPTS est une association de professionnels de santé d'un même territoire qui souhaitent s'organiser, à leur initiative, autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. [11]

Ses membres sont donc des acteurs de santé qui peuvent être :

- des professionnels de santé de ville (libéraux ou salariés),
- des établissements de santé,
- des acteurs de prévention ou promotion de la santé,
- des établissements et services médico-sociaux... [11]

B. La CPTS BBH

La CPTS BBH est une CPTS de taille 2 qui regroupe 38 communes représentant un bassin de vie de près de 60 000 habitants.

Située en Flandre Maritime, elle regroupe les communes de Bourbourg, Saint-Pierre-Brouck, Cappelle-Brouck, Looberghe, Spycker, Brouckerque, Armbouts-Cappel, Steene, Bierne, Crochte, Bissezeele, Socx, Quaëdypre, Bergues, Hoymille, Warhem, West-Cappel, Rexpoëde, Killem, Oost-Cappel, Hondschoote, Bambecque, Craywick depuis 2019.

En 2023, les communes de Saint-Momelin, Nieurlet, Lederzeele, Volckrinckove, Merckeghem, Eringhem, Drincham, Pitgam, Bollezeele, Zegerscappel, Esquelbecq, Ledringhem, Wormhout, Wylder, Herzeele ont été annexées.

Elle regroupe de nombreux professionnels de santé dont 27 médecins généralistes et possède de très nombreux partenaires sociaux. [12]

Le territoire ainsi que les acteurs de la CPTS BBH sont visualisables en annexes (annexes 1 et 2).

C. Les missions

Les principales missions de la CPTS BBH sont :

- L'organisation de réponses à un besoin de santé
- La coordination, la continuité, la qualité et l'efficacité des soins curatifs et préventifs
- L'accès aux soins et la promotion de la santé
- L'organisation de l'offre de soins et de santé du territoire
- La facilitation de l'implication des habitants dans les démarches de santé
- La lutte contre les inégalités sociales de santé. [12]

La détection et la lutte contre le renoncement aux soins est un des projets actuellement soutenu par la CPTS BBH dans le but d'améliorer l'accès aux soins des patients du territoire.

La CPTS BBH a par exemple, tout récemment, mis en place, avec le service de dermatologie du CH de Dunkerque et le COF de Coudekerque-Branche, des facilitations d'accès aux soins dermatologiques et ophtalmologiques des patients en renoncement aux soins.

Ce travail de recherche vise à établir, au sein de ce territoire de santé, un consensus pluriprofessionnel d'aide à la mobilité des patients en renoncement aux soins. L'objectif de ce consensus est de réduire le renoncement aux soins lié aux difficultés de transport en apportant une solution de transport aux patients dont la situation ne permet pas de bénéficier d'une prise en charge par l'Assurance Maladie. Cette situation est fréquemment rencontrée puisqu'un « renonçant » sur 10 évoque la problématique du transport comme un obstacle à l'accès aux soins.

MATERIELS ET METHODES

I. Le groupe nominal

A. Description

La technique du groupe nominal est une technique de recherche qualitative, très utilisée dans les pays anglo-saxons, qui a été développée en 1968 par André Delbecq et Andrew H. Van den Ven, deux chercheurs américains. [13]

Cette méthode prend la forme d'une réunion de travail très structurée qui permet de formaliser rapidement un consensus à partir d'un maximum d'idées individuelles sur une question de recherche précise. Cette procédure structurée permet de favoriser l'expression individuelle en limitant les effets pervers de dynamique de groupe.

Les participants peuvent appartenir à différentes professions ayant à collaborer dans certaines situations cliniques et doivent pouvoir rapporter, dans un climat de confiance, les difficultés éventuelles relatives au problème exploré.

Le consensus est obtenu à la suite d'un vote, qui permet une hiérarchisation des propositions d'actions à réaliser pour répondre au problème initial.

Le nombre de participants est idéalement compris entre 6 et 10. [14]

B. Les différentes phases du groupe nominal

La réunion débute par l'explication des règles de fonctionnement du groupe et l'énoncé de la question de recherche.

Après cette mise en situation, les participants sont invités à répondre à la question en inscrivant, par écrit et en silence, toutes leurs propositions individuelles.

Des tours de tables itératifs sont ensuite réalisés afin de recueillir les propositions de chaque participant.

S'ensuit une phase de clarification des propositions où les participants peuvent modifier ou regrouper certaines propositions pour qu'elles conviennent à l'ensemble du groupe.

Une fois cette phase achevée, les participants sont invités à voter, à nouveau de manière individuelle et dans le silence, dans le but de classer et hiérarchiser les propositions.

Les votes sont enfin recueillis et retranscrits sur un support visuel visible par l'ensemble des participants afin de discuter des résultats.

Un tableau récapitulatif est disponible en annexe (annexe 3).

C. Les avantages et les inconvénients

Les avantages de cette technique sont :

- Sa structure simple et efficace qui permet une avancée rapide dans la résolution d'une problématique donnée ;
- Elle est économique ;
- Elle comporte à la fois une production individuelle de « brainstorming » et un processus décisionnel collectif ;
- Elle permet de générer beaucoup d'idées et de les hiérarchiser selon les priorités du groupe. La qualité du consensus est directement liée au nombre de propositions émises par le groupe. [15]
- La satisfaction des participants qui peuvent tous exprimer leurs idées à tour de rôle et influencer les prises de décisions collectives.

Elle a cependant également quelques inconvénients :

- Son organisation très structurée peut être source de frustrations chez certains participants, surtout les plus volubiles ;
- Le temps imparti peut être restreint, laissant ainsi peu de place à la réflexion poussée sur le sujet étudié ;
- Elle ne favorise pas la « confrontation des idées », pouvant être, quelquefois, bénéfique à une cohésion véritable des membres ;
- Elle peut empêcher qu'un point de vue minoritaire plus perspicace puisse prévaloir sur un point de vue majoritaire plus conformiste. [14]

II. Mise en pratique

Dans ce travail de recherche, il a été décidé d'organiser plusieurs groupes nominaux afin d'explorer et recueillir les points de vue des différents professionnels au contact des patients en renoncement aux soins au sein du territoire de la CPTS BBH.

La fragmentation en trois groupes a également permis de constituer des groupes de tailles compatibles avec la technique du groupe nominal tout en recueillant un maximum de points de vue et d'idées sur la question du renoncement aux soins pour raison de mobilité.

A. Le groupe nominal des professionnels médicaux

1. Les participants

Ils ont été recrutés par mail. Celui-ci a été relayé par le Docteur Élodie MARTEL, présidente de la CPTS BBH, afin de permettre sa diffusion à l'ensemble des professionnels de ce territoire de santé.

Un lien renvoyant vers un sondage en ligne figurait à la fin du mail pour permettre de convenir d'une date de réunion satisfaisant un maximum de participants. Le sondage en ligne était hébergé sur la plateforme FRAMADATE.

Les participants à la réunion sont listés ci-dessous :

- Élodie MARTEL: médecin généraliste exerçant au sein du cabinet de groupe du Faubourg de Cassel et présidente de la CPTS BBH ;
- Amandine LEGRAND : médecin généraliste exerçant au sein de la MSP de Bourbourg ;
- Lucie LANNEZ : médecin généraliste exerçant également au sein de la MSP de Bourbourg ;
- Jean-Pierre KRAVANJA : pharmacien exerçant à la pharmacie de la Mairie à Bourbourg ;
- Florian KIEKEN : pharmacien exerçant à la pharmacie du Carillon à Bourbourg ;
- Élise PODGLAJEN : interne en médecine générale et médecin remplaçante au sein de la MSP de Bourbourg.

2. Organisation de la réunion

Après réponse des participants au sondage sur le site FRAMADATE, la date de la réunion a été fixée au jeudi 10 août 2023 à 20h00, date ayant obtenu le maximum de réponses soit 6 au total.

Une salle de la MSP de Socx a été réservée et les professionnels ayant répondu au sondage ont été recontactés soit par mail soit par téléphone afin de reconfirmer leur présence à la réunion.

B. Le groupe nominal des professionnels paramédicaux

1. Les participants

Ils ont été recrutés de la même manière que les professionnels médicaux.

- Mélanie LION : orthophoniste exerçant à Bergues ;
- Margaux DELAFORTERIE : pédicure-podologue exerçant au sein de la MSP de Bourbourg ;
- Laurence DUTRY : Masseur-kinésithérapeute exerçant à Quaedypre ;
- Emmanuelle VANDERSCHUEREN : IDE libérale à Bergues ;
- Antoinette LEJEUNE : orthophoniste à Bergues.

2. Organisation de la réunion

La réunion s'est tenue, comme pour les professionnels médicaux, dans une salle de la MSP de Socx. La date a été fixée au 6 novembre 2023 de 20h00 à 22h00.

C. Le groupe nominal des professionnels médicosociaux

1. Les participants

Ils ont été recrutés lors d'une journée de sensibilisation au renoncement aux soins organisée par la CPTS BBH le 12 octobre 2023 dans les locaux de l'association ANDYVIE à Bourbourg. Au cours de cette journée, de nombreux intervenants et acteurs du médicosocial étaient présents et ont été recrutés, sur la base du volontariat, par annonce au microphone en début de journée.

Les volontaires ayant participé à la réunion sont les suivants :

- Mélissa CHARLES : IDE directrice du SSIAD de Hondskoote ;
- Céline PONTHEU : responsable de secteur AZAE ;
- Katarina OLIVIER : responsable de secteur AZAE ;
- Elvyna : Auxiliaire de vie AZAE ;
- Jessica BOULANGER : auxiliaire de vie AZAE ;
- Élodie COPPEY : IDEC du SSIAD de Gravelines ;
- Catalyne SPATAFORA : IDEC de l'ADAR ;
- Anne-Marie CALLEBOUT : AS coordinatrice du SSIAD ;
- Anaïs PAS : responsable d'agence adjointe et responsable de secteur AZAE Dunkerque ;
- Noémie LAPORTE : Référente Parcours Complexe du DAC ;
- Julie DRELON : Référente Parcours Complexe du DAC ;
- Bérengère BOZIER : assistante de coordination DAC Appui Santé des Flandres ;
- Élodie CHRETIEN : responsable de secteur AZAE
- Audrey BERNARD : directrice de l'EHPAD Schadet-Vercoustre à Bourbourg

2. Organisation de la réunion

La réunion s'est tenue au cours de la journée de sensibilisation aux soins entre 12h00 et 14h00 dans une salle réservée dans les locaux de l'association ANDYVIE.

III. Les réunions

J'ai assuré le rôle d'animateur et de secrétaire des différentes séances qui se sont déroulées selon la même organisation rigoureuse.

A. Présentation

Après présentation du projet sur le renoncement aux soins puis explication des règles du groupe nominal, celui-ci débutait avec l'énoncé de la question suivante à l'ensemble des participants :

« Quels sont selon vous les critères justifiant une aide au transport chez un patient ? »

Une clarification était ensuite effectuée pendant quelques minutes afin d'énumérer les dispositifs de transports déjà existants et les patients bénéficiant d'ores et déjà d'une aide au transport sur prescription médicale.

Une fois les explications terminées, chaque participant était invité à écrire, sur une feuille individuelle, les différentes idées qui lui venaient à l'esprit. Cette étape se déroulait en silence afin d'optimiser le nombre de réponses fournies dans le temps imparti qui était fixé à 10 minutes.

Une fois le temps imparti écoulé, j'effectuais un tour de table en demandant à chaque participant de donner, à tour de rôle, une réponse que je notais sur le tableau blanc. Chaque réponse était clarifiée si cela s'avérait nécessaire pour qu'elle soit comprise par l'ensemble des participants. Si une réponse avait été précédemment énumérée par un autre participant, elle n'était plus retranscrite à nouveau sauf si celle-ci contenait une nuance argumentative. J'effectuais autant de tours de table que nécessaire afin que toutes les réponses puissent être énumérées.

B. Listes soumises aux votes

Après de nombreux tours de table, l'ensemble des réponses figuraient sur le tableau blanc pour être visibles par l'ensemble des participants.

Tous les critères énoncés étaient clarifiés pour que chacun attribue la même signification à chaque proposition.

Si les participants souhaitaient regrouper des items, nous en discutons préalablement avant de les rassembler. En cas de désaccord, ils restaient séparés.

Une fois tous les items rediscutés, le vote pouvait être réalisé. Les participants étaient invités à choisir parmi les propositions retenues, celles qu'ils jugeaient être les plus importantes dans la liste, en leur donnant une note croissante.

Les différentes propositions pouvaient alors être classées par priorité en fonction du score obtenu. La popularité des propositions était également étudiée en relevant le nombre de participants ayant voté pour chaque proposition.

RESULTATS

I. Le groupe des professionnels médicaux

A. Liste des propositions

Les tours de table itératifs ont permis d'obtenir la liste des propositions suivantes :

A : Trouble de la compréhension

B : Rendez-vous non honoré à plusieurs reprises pour cause de transport

C : Risque d'évolution défavorable à moyen terme en l'absence de transport

D : Isolement social au moment du soin

E : Inaccessibilité permanente au transport individuel : défaut de permis et/ou de moyen de locomotion

F : Maladie en cours de diagnostic, avant reconnaissance en ALD

G : Distance par rapport au lieu de soins

H : Inaccessibilité aux transports en commun

I : Résidents en EHPAD / MAS / foyer logement

J : Besoins de rendez-vous multiples et rapprochés

K : Contre-indication temporaire à la conduite : immobilisation plâtrée, médicaments, fond d'œil, addictologie

L : Précarité financière

B. Résultats du vote

Lors de cette réunion, les médecins généralistes et les pharmaciens ont opté pour retenir 10 critères avec des notes s'étalant donc de 1 à 10.

Au terme du vote, plusieurs propositions se sont détachées avec un score supérieur à 50. Le groupe a décidé de retenir ces critères comme critères majeurs. Les critères ayant obtenu un score moindre étant ainsi considérés comme critères mineurs.

Le résultat final est présenté dans le tableau suivant :

RANG		PROPOSITION	SCORE	CITATIONS
1	D	Isolement social au moment du soin	58	6
2	C	Risque d'évolution défavorable à moyen terme en l'absence de transport	53	6
3	A	Trouble de la compréhension	43	6
4	K	Contre-indication temporaire à la conduite (immobilisation plâtrée, médicaments, fond d'œil, addictologie)	39	6
5	L	Précarité financière	25	6
6	F	Maladie en cours de diagnostic, avant ALD	24	4
7	J	Besoins de rendez-vous multiples et rapprochés	20	6
8	B	Rendez-vous non honoré à plusieurs reprises pour cause de transport	16	4
9	I	Résidents en EHPAD / MAS / foyer logement	15	4
10	E	Inaccessibilité permanente au transport individuel : défaut de permis et/ou de moyen de locomotion)	14	4
11	H	Inaccessibilité aux transports en commun	12	3
12	G	Distance par rapport au lieu de soins	11	5

C. Tableau de répartition des votes

La répartition des votes pour chaque critère (A à L) en fonction des participants (P1 à P6) est visualisable dans le tableau suivant :

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
A	4	6	8	8	8	9
B	3	-	3	3	7	-
C	10	9	10	9	9	6
D	9	10	9	10	10	10
E	-	4	6	2	2	-
F	2	8	-	7	-	7
G	1	2	2	4	-	2
H	-	-	4	-	3	5
I	6	5	-	-	1	5
J	8	3	1	1	6	1
K	7	7	7	6	4	8
L	5	1	5	5	5	4

D. Détail des résultats du vote

Parmi les 12 propositions soumises au vote, deux se détachent nettement des autres avec des scores supérieurs à 50.

En effet, pour l'ensemble des participants, l'isolement social au moment du soin et le risque d'évolution défavorable à moyen terme en l'absence de transport apparaissent comme des critères indispensables à la prise en charge du transport.

Au premier rang, l'isolement social au moment du soin apparaît en effet comme l'un des principaux facteurs de renoncement aux soins. Le fait que cet isolement social survienne à un moment où un soin est nécessaire à moyen terme sous peine d'évolution défavorable est d'autant plus néfaste pour la prise en charge des patients isolés et apparaît pour l'ensemble des participants comme une perte de chance notable.

Au troisième rang, les troubles de compréhension sont également retenus par le groupe comme un critère important. Pour le groupe, cet item regroupe aussi bien les troubles de compréhension à l'origine de troubles de l'orientation spatio-temporelle que les déficits intellectuels occasionnant des difficultés de compréhension des soins et de leur intérêt.

Au quatrième rang, la contre-indication temporaire à la conduite est aussi retenue comme un critère à prendre en compte. Cet item comprend toutes les contre-indications médicales temporaires à la conduite qu'il s'agisse d'un état de santé incompatible pour cause de maladie (par exemple une suspicion d'épilepsie), d'un handicap temporaire (immobilisation plâtrée à la suite d'une fracture) ou encore des suites d'un examen complémentaire (fond d'œil par exemple).

Avec 25 points, la « précarité financière » apparaît également comme un critère à prendre en compte. Celle-ci a au mieux obtenu la note de 5 pour 4 participants, les 2 autres participants ne lui accordant que 4 et 1 point. Bien que la précarité financière soit vraisemblablement un réel frein à l'accès aux soins, d'autant plus dans le contexte d'inflation actuel, les participants jugent que ce critère est à prendre en compte mais qu'il est difficilement objectivable en pratique.

En sixième position, « une maladie en cours de diagnostic, avant reconnaissance en ALD » a été retenue avec 24 points. Ce critère regroupe les patients qui ont une forte probabilité d'être pris en charge en ALD mais qui, pour se faire, nécessitent d'avoir accès à des examens complémentaires ou des avis spécialisés. Ce critère n'a pas été retenu à l'unanimité puisqu'il a été cité par 4 participants sur les 6 avec des notes de 2 à 8.

Le « besoin de rendez-vous multiples de manière rapprochée » a été retenu par l'ensemble des participants et se place en septième position avec 20 points, cette situation étant possiblement source, du point de vue des participants, de découragement pour le patient en raison des difficultés organisationnelles et du coût financier des multiples trajets.

E. Discussion à la suite des résultats

Au cours de la discussion de groupe qui a suivi la mise en forme des résultats du vote, une ébauche de consensus a pris forme. Le groupe s'est en effet mis d'accord sur le fait que les 2 critères majeurs étaient nécessaires, indissociables et devaient être associés à un critère mineur parmi :

- Présence d'un trouble de la compréhension
- Présence d'une contre-indication temporaire à la conduite
- Maladie en cours de diagnostic avant ALD
- Besoin de rendez-vous multiples et rapprochés
- Patient résident en EHPAD / MAS / Foyer logement
- Longue distance par rapport au lieu de soin

Les participants ont décidé de façon collective que les critères ci-dessous pouvaient être pertinents mais qu'ils étaient néanmoins difficilement vérifiables et pourraient être à l'origine de dérives abusives dans l'accord de prise en charge des transports.

- Précarité financière
- Inaccessibilité au transport individuel par défaut de permis et/ou de moyen de locomotion
- Inaccessibilité au transport en commun
- Rendez-vous non honorés à plusieurs reprises pour cause de transport

II. Le groupe des professionnels paramédicaux

A. Liste des propositions

Les tours de table ont permis d'obtenir la liste des propositions suivantes :

A : Post-chirurgie

B : Indisponibilité de l'aidant

C : Peur de déranger les proches

D : Isolement géographique / éloignement du lieu de soins

E : Handicap moteur

F : Isolement familial / social

G : Absence de permis et/ou de véhicule personnel

H : Contre-indication à la conduite (hors pathologie en ALD)

I : Transport prévu mais non honoré par la société d'ambulance

J : Patient sans médecin traitant

K : Absence de transport communal

L : Nécessité d'un accompagnant

B. Résultats du vote

Les professionnels paramédicaux ont décidé d'effectuer le vote en retenant 8 critères avec des notes s'étalant ainsi de 1 à 8.

RANG		PROPOSITION	SCORE	CITATIONS
1	D	Isolement géographique / éloignement du lieu de soins	29	5
2	J	Patient sans médecin traitant	24	4
3	B	Indisponibilité de l'aidant	23	4
4	F	Isolement familial / social	19	5
5	A	Post-chirurgie	17	3
6	G	Absence de permis et/ou de véhicule personnel	15	3
6	H	Contre-indication à la conduite (hors pathologie en ALD)	15	3

7	L	Nécessité d'un accompagnant	13	5
8	E	Handicap moteur	11	3
9	C	Peur de déranger les proches	9	3
10	K	Absence de transport communal	4	1
11	I	Transport prévu mais non honoré par la société d'ambulance	1	1

C. Tableau de répartition des votes

	P1	P2	P3	P4	P5
A	-	7	-	3	7
B	-	6	5	7	5
C	-	-	3	5	1
D	6	5	8	6	4
E	2	3	-	-	6
F	7	4	4	2	2
G	5	8	2	-	-
H	1	-	6	-	8
I	-	-	-	1	-
J	8	1	7	8	-
K	4	-	-	-	-
L	3	2	1	4	3

D. Détails des résultats du votes

Lors du vote, les scores obtenus par les différents critères ont été relativement serrés.

L'isolement géographique, ou autrement formulé, l'éloignement du lieu de soins a été retenu par les 5 participants avec des scores entre 4 et 8. La distance à parcourir pour se rendre à un rendez-vous est en effet, pour tous les participants, vecteur de découragement pour les patients et donc source de renoncement à se faire soigner.

Le second critère retenu est l'absence de médecin traitant qui est d'ailleurs un réel problème dans la société actuelle. La raison invoquée est que les patients, même ceux souffrant d'une ALD, ne peuvent obtenir de prescriptions médicales de transport, ces dernières étant souvent réalisées en pratique par les médecins généralistes.

En 3^e et 4^e position, on retrouve deux critères assez proches : d'un côté, l'indisponibilité de l'aidant et de l'autre l'isolement familial / social. Bien que très proches, les participants ont choisi de ne pas réunir ces deux critères, la nuance se trouvant dans le fait qu'il n'y ait pas d'aidant disponible de manière temporaire ou continue. L'indisponibilité de l'aidant, qui transporte habituellement le patient, peut par exemple se justifier par des raisons aussi bien personnelles (maladie, vacances) que professionnelles (déplacements professionnels, emplois du temps incompatibles).

En 5^e place, la nécessité d'un transport vers un lieu de soins en période post-opératoire. 3 participantes ont retenu ce critère et 2 lui ont attribué le score de 7. Elles ont vécu des situations dans lesquelles des patients, rentrés au domicile après une intervention chirurgicale, présentaient de réelles difficultés à se rendre sur les lieux de soins sans rapport avec la chirurgie.

Au 6^e rang, deux critères ont obtenu 15 points et ont été retenus par 3 participantes. Il s'agit de l'absence de permis et/ou de véhicule personnel d'une part et de la contre-indication à la conduite d'autre part, qu'elle soit temporaire ou permanente, mais sans rapport avec une ALD. Les participantes ont par exemple cité la déficience visuelle ou une immobilisation orthopédique.

En 7^e position, la nécessité d'un accompagnant, aussi bien pour des raisons de compréhension que pour des raisons d'aide au déplacement (dans le cadre de trouble de la marche et de l'équilibre par exemple) a été retenu par l'ensemble des participants avec un score relativement faible de 13 points.

La présence d'un handicap moteur et la peur de déranger les proches, tous deux retenus par 3 participantes, arrivent en 8^e et 9^e positions avec des scores respectifs de 11 et 9 points.

Les deux derniers critères ont seulement été retenus par une participante chacun. Il s'agit de l'absence de transport communal (certaines communes mettant en effet à disposition des navettes, payantes mais souvent peu coûteuses pour aider au déplacement des patients) et un antécédent de transport programmé mais non honoré par une société d'ambulance (ce qui apparemment est arrivé à plusieurs reprises à des patients selon plusieurs des professionnelles paramédicales présentes lors de la réunion).

E. Discussion à la suite des résultats

Les participantes n'ont pas été surprises de constater que l'isolement géographique ait obtenu le score le plus élevé. En effet, elles exercent toutes ou presque en milieu semi-rural et sont fréquemment confrontées à des renoncements de la part de certains patients, notamment lorsque la distance est conséquente. Parfois, elles signalent que certains patients, qui nécessitent un suivi régulier avec des rendez-vous répétitifs, sont motivés au début mais qu'ils finissent souvent par annuler en raison de difficultés de transport ou de coût des transports.

L'absence de médecin traitant est un facteur de renoncement aux soins clairement identifié par l'ensemble des professionnelles présentes. Les patients ne bénéficiant pas d'un suivi régulier par un même professionnel se retrouvent plus facilement désorientés dans le parcours de soins et présentent aussi des problèmes d'accès aux transports. En effet, ne parvenant pas à obtenir de prescriptions médicales de transport, des patients qui pourraient en bénéficier se retrouvent à devoir chercher des alternatives de transport, parfois en vain ce qui est source de renoncement.

Les participantes sont également d'accord sur le fait que l'absence d'aidant, soit de manière permanente dans l'isolement social, soit temporaire pour cause d'indisponibilité de ce dernier, est un facteur important de renoncement aux soins.

La seconde partie de tableau rassemble des critères qui peuvent être regroupés en deux groupes :

- Les critères relevant d'une forme de handicap qu'il soit lié à un état post-opératoire, une cause motrice ou une cause sensorielle. Ce handicap, qu'il soit permanent ou temporaire est souvent source de contre-indication ou au moins d'incompatibilité avec la conduite.
- Les critères plutôt logistiques : absence de véhicule personnel (ou de permis), de véhicule mis à disposition par la commune ou d'assiduité des transports professionnels (sociétés d'ambulances). Ces critères n'apparaissent pas comme ceux à prendre en compte en priorité pour ce groupe de professionnelles.

III. Le groupe des professionnels médicosociaux

A. Liste des propositions

A : Handicap moteur / nécessité d'un transport adapté au handicap (allongé par exemple)

B : Isolement social

C : Rendez-vous multiples à fréquence déterminée

D : Isolement géographique

E : Manque de moyens financiers

F : Examen uniquement réalisable en présentiel ou nécessitant un matériel uniquement disponible en cabinet

G : Troubles psychologiques

H : Nécessité de rendez-vous en dehors des horaires de transports en commun

I : Nécessité d'un accompagnateur (aidant ou autre) pour le transport (ex : enfant autiste)

J : Absence de moyen de locomotion ou de permis de conduire

K : Fragilité cognitive

L : Absence de couverture sociale

M : Admission en EHPAD / visite de préadmission en EHPAD

N : Nécessité d'un transport dans le cadre d'une urgence ressentie par le patient (mais ne relevant pas d'une urgence pour les services de secours)

O : Éloignement du lieu de soin

B. Les résultats du vote

Au terme du groupe nominal, plusieurs propositions se sont à nouveau détachées des autres au cours du vote avec un score > 50. Nous avons décidé de retenir les critères ayant obtenu un score > 50 comme critères majeurs et les critères ayant obtenu un score < 50 comme critères mineurs.

Le résultat final est présenté dans le tableau suivant :

RANG		PROPOSITION	SCORE	CITATIONS
1	A	Handicap moteur / nécessité d'un transport adapté au handicap	73	14
2	B	Isolement social	48	9
3	E	Manque de moyens financiers	42	13
4	L	Absence de couverture sociale	34	6
5	I	Nécessité d'un accompagnateur (aidant ou autre) pour le transport (ex : enfant autiste)	33	8
5	M	Admission en EHPAD / visite de préadmission	33	7
6	D	Isolement géographique	31	11
7	F	Examen uniquement réalisable en présentiel ou nécessitant de matériel uniquement disponible en cabinet	24	6
8	O	Éloignement du lieu de soin	22	6
9	G	Troubles psychologiques	19	9
10	C	Rendez-vous multiples à fréquence déterminée	12	4
10	J	Absence de moyen de locomotion et/ou de permis de conduire	12	3
11	H	Nécessité de rendez-vous en dehors des horaires de transports en commun	9	2
12	K	Fragilité cognitive	0	0
12	N	Nécessité d'un transport dans le cadre d'une urgence ressentie par le patient (mais ne relevant pas d'une urgence pour les services de secours : 15, Pompiers)	0	0

C. Tableau de répartition des votes

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
A	7	7	7	2	2	2	4	4	6	5	7	7	6	7
B	-	5	-	-	-	-	7	7	3	7	4	5	7	3
C	3	-	5	-	-	-	-	-	-	3	1	-	-	-
D	2	2	-	4	4	4	1	1	-	-	6	2	4	1
E	1	-	3	3	3	3	5	5	2	2	5	1	3	6
F	4	4	1	-	-	-	-	-	7	4	-	-	-	4
G	-	3	2	1	1	1	-	-	-	1	2	6	2	-
H	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-
I	-	6	6	-	-	-	2	2	-	-	3	4	5	5
J	-	1	-	-	-	-	-	-	5	6	-	-	-	-
K	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
L	-	-	-	7	7	7	6	6	1	-	-	-	-	-
M	5	-	4	6	6	6	3	3	-	-	-	-	-	-
N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
O	-	-	-	5	5	5	-	-	4	-	-	-	1	2

D. Détail des résultats

Parmi les 15 propositions soumises au vote, une se détache nettement des autres puisqu'elle a été retenue par l'ensemble des participants et a obtenu le score de 73. Il s'agit de la présence d'un handicap moteur avec nécessité d'un transport adapté.

Le deuxième critère retenu est l'isolement social avec un score de 48 et 9 citations. Les professionnels du médicosocial ont en effet retenu le handicap moteur et l'isolement social comme deux facteurs à impérativement prendre en considération pour éviter le renoncement aux soins pour cause de difficultés de transport.

En troisième position, le manque de moyens financiers a été cité par 13 participants mais avec des notes moins importantes et obtient le score de 42.

L'absence de couverture sociale arrive en quatrième place, citée par la moitié des participants.

La nécessité d'une personne accompagnante pour le transport est classée en 5^e position. Cette proposition regroupe aussi bien les nécessités d'accompagnement pour raison de compréhension des soins que pour raison d'acceptation du transport et/ou des soins (par exemple pour le transport des patients présentant un trouble du spectre autistique).

La nécessité d'accéder à une prise en charge du transport pour les patients dans le cadre d'une (pré)admission en EHPAD a été citée par 8 participants. La raison invoquée était que les patients requérant une institutionnalisation sont souvent dépendants et présentent régulièrement des problèmes de mobilisation rendant les transports vers l'établissement de santé parfois difficiles voire dangereux.

Au 6^e rang, l'isolement géographique a été retenu par la majorité des participants (11/14). Ce critère désigne pour les participants les difficultés d'accessibilité au logement du patient (logement isolé en milieu rural et difficile d'accès).

En 7^e, 8^e et 9^e positions, les critères F, O et G ont été cités de nombreuses fois mais avec des notes faibles

L'absence de moyen de locomotion et/ou de permis de conduire ainsi que la nécessité de rendez-vous multiples à fréquence déterminée ont été peu cités lors du vote, respectivement 3 et 4 fois. Ils ont obtenu un score de 12.

Les critères de fragilité cognitive et d'urgence ressentie par le patient (mais non avérée après appel des services d'urgence) n'ont pas été retenus puisqu'ils n'ont été cités par aucun des participants lors du vote.

E. Discussion à la suite des résultats

Le temps imparti entre les deux demi-journées d'interventions de professionnels sur le renoncement aux soins et le nombre important de participants n'a pas permis de conclure la réunion par une discussion après l'annonce des résultats du vote.

IV. Synthèse des résultats des différents groupes

A. Tableau récapitulatif

Dans le tableau suivant, les critères sont classés en fonction de leur score total, établi en additionnant les scores obtenus par chaque critère au cours des votes dans chacun des 3 groupes réalisés.

Les 3 dernières colonnes représentent le rang du critère au sein de chaque groupe avec respectivement, de gauche à droite, le rang dans le groupe médical, le groupe paramédical et le groupe médico-social.

RANG	PROPOSITION	SCORE	M	PM	MS
1	Isolement social / familial	125	1	4	2
2	Isolement géographique / distance du lieu de soin	93	12	1	6/8
3	Handicap moteur	84	-	8	1
4	Précarité financière	67	5	-	3
5	Contre-indication à la conduite (hors ALD)	54	4	6	-
6	Risque d'évolution défavorable à moyen terme	53	2	-	-
7	Nécessité d'un accompagnant	46	-	7	5
8	Trouble de la compréhension	43	3	-	-
9	Défaut de permis et/ou de véhicule personnel	41	10	6	10
10	Absence de couverture sociale	34	-	-	4
11	(Pré)admission en EHPAD	33	-	-	5
12	Rendez-vous multiples et rapprochés	32	7	10	-
13	Maladie en cours de diagnostic avant ALD	24	6	-	-
13*	Patient sans médecin traitant	24	-	2	-
13**	Examen non réalisable à domicile	24	-	-	7
14	Indisponibilité de l'aidant	23	-	3	-
15	Absence de transports en commun	21	11	-	11
16	Troubles psychologiques	19	-	-	9
17	Etat post-opératoire	17	-	5	-
18	Rendez-vous non honorés à plusieurs reprises	16	8	-	-
19	Résidents EHPAD / MAS / FL	15	9	-	-

20	Peur de déranger les proches	9	-	9	-
21	Absence de transport communal	4	-	10	-
22	Transport prévu mais non honoré par ambulance	1	-	11	-
23	Fragilité cognitive	0	-	-	12
24	Urgence ressentie mais non avérée après appel des services d'urgence (15)	0	-	-	12

B. Interprétation des résultats

La présence d'un isolement social sans isolement géographique renvoie à la question de la possibilité du patient à se déplacer par ses propres moyens donc à la présence ou non de déficience(s) associée(s).

La présence d'un isolement géographique sans isolement social, sous-entendu par la présence d'un aidant capable de transporter le patient vers le lieu de soins, n'est pas problématique. Une indisponibilité temporaire de l'aidant poserait un problème uniquement en cas de nécessité de soins dans un délai court sous peine de risque d'évolution défavorable à moyen terme. Sinon, il est parfaitement envisageable de reporter les soins à la prochaine disponibilité de l'aidant.

La présence concomitante d'un isolement social et d'un isolement géographique nécessite, pour cerner la problématique de transport, de se reporter à la présence soit d'une déficience, soit d'une précarité financière, soit d'une absence de moyen de locomotion.

La notion de déficience et/ou de handicap permet de regrouper plusieurs propositions afin de faciliter leur incorporation dans l'arbre décisionnel issu du consensus (annexe 4). Elle permet de rassembler les propositions suivantes :

- Handicap moteur (3),
- Contre-indication à la conduite (5),
- Nécessité d'un accompagnant (7),
- Trouble de la compréhension (8),

- Résidents d'EHPAD (y compris dans le cadre de (pré)admission) / MAS ou FL (11 et 19),
- Troubles psychologiques (16),
- État post-opératoire (17),
- Maladie en cours de diagnostic, avant ALD (13) - puisque le transport ne serait pris en charge qu'en cas de déficience associée à l'ALD une fois celle-ci déclarée.

La précarité financière peut ici être un frein vis-à-vis des frais de carburants qui dépendent à la fois de la distance du lieu de soins et/ou de la multiplicité des rendez-vous nécessaires.

L'absence de moyen de locomotion ou de permis de conduire est également un facteur de renoncement aux soins, les transports en commun et le transport communal n'étant pas non plus disponibles dans ces situations d'isolement géographique.

Les rendez-vous non honorés à plusieurs reprises sont finalement juste une constatation d'un état de renoncement aux soins et non la cause de ce dernier. Ce critère ne devrait pas être utilisé dans le consensus.

Les notions d'absence de couverture sociale et de médecin traitant sont à part. L'absence d'ouverture de droits sociaux doit amener à se rapprocher des services de l'assurance maladie afin d'étudier les droits.

L'absence de médecin traitant est un réel problème et un réel vecteur de renoncement aux soins mais son enjeu dans l'étude du renoncement aux soins pour cause de difficultés de transport apparaît comme négligeable. Si l'on considère la difficulté d'obtention de prescriptions médicales de transport dans le cadre d'une ALD par exemple, ces prescriptions peuvent très bien être réalisées par les médecins spécialistes. Ainsi, l'absence de médecin traitant, bien que fortement problématique, est difficilement utilisable dans l'établissement de ce consensus.

Les critères classés de la 20^e à la 24^e place ne peuvent pas faire l'objet d'un consensus étant donné la faiblesse des scores obtenus.

DISCUSSION

A. L'obtention d'un consensus d'aide à la mobilité des patients en renoncement aux soins

L'objectif de ce travail de recherche était d'obtenir le point de vue des acteurs de la santé et du social sur le renoncement aux soins afin d'établir un consensus d'aide à la mobilité des patients en difficultés d'accès aux soins pour raison de transport.

Les différentes réunions ont permis de remplir cet objectif avec l'obtention d'un consensus d'aide à la mobilité au sein de la CPTS BBH.

Ce consensus a été obtenu par la méthode du groupe nominal avec réalisation de trois réunions regroupant des participants jugés comme « experts » du sujet à traiter puisqu'ils participent à la prise en charge sanitaire et sociale des patients et sont ainsi, régulièrement confrontés à des problématiques de renoncement aux soins, parfois en lien avec des problématiques de transport vers les lieux de soins.

Il semblait important de recueillir le point de vue des différents intervenants au contact des patients afin d'établir un consensus satisfaisant l'ensemble de ces professionnels et pouvant être utilisé de manière reproductible et équitable lors de la constatation d'une situation de renoncement aux soins pour cause de transport.

B. Les forces et faiblesses du travail

Biais de méthodologie :

La méthode du groupe nominal est une méthode de consensus dont la qualité dépend du respect de sa procédure structurée qui est directement liée à la compétence et l'expérience de l'animateur. L'animateur doit être capable de canaliser l'effet de leadership qui est néfaste au bon déroulement du groupe nominal dont le but est au contraire de favoriser l'expression individuelle de chacun des membres du groupe. Mon manque d'expérience en tant qu'animateur a pu laisser place à quelques effets

de dominance au sein de sous-groupes comme le laisse transparaître certains résultats en communs entre les participants situés l'un à côté de l'autre au cours de la réunion des professionnels du médico-social. Ceci a pu induire un biais de classement lors des procédures de vote avec des pondérations de vote qui auraient certainement pu être différentes en séparant certains sous-groupes.

Le nombre de participants au groupe médico-social dépassait le nombre optimal de participants. Il était cependant difficile de récuser les personnes souhaitant participer à ce groupe de travail au cours d'une journée de sensibilisation au renoncement aux soins. Un nombre de participant supérieur à 10 rend plus difficile l'animation, nécessitant d'autant plus d'expérience de l'animateur pour capter l'attention de l'ensemble des participants pendant toute la durée de la réunion et canaliser les effets de dominance au sein du groupe.

Biais cognitif :

Les réunions des professionnels médicaux et paramédicaux se sont déroulées en soirée entre 20h00 et 22h00 pour être compatibles avec l'emploi du temps des professionnels libéraux. Le temps imparti était fixé à 2h00.

La réunion des professionnels médicosociaux s'est quant à elle déroulée sur la pause déjeuner d'une journée consacrée au renoncement aux soins. Celle-ci s'est tenue après 3h d'interventions successives de professionnels sur le sujet du renoncement aux soins.

Dans les deux cas, le moment choisi, par défaut, pour l'organisation des réunions, a pu fatiguer les experts.

Biais de retranscription, d'analyse et d'interprétation :

Concernant la validité interne de l'étude, la triangulation des chercheurs n'a pu être réalisée dans ce travail de recherche puisque j'ai à la fois assuré le rôle, d'investigateur, d'organisateur, d'analyste et de rédacteur. Cette absence de triangulation a pu laisser place à des biais de retranscription, d'analyse puis d'interprétation des résultats.

La question de recherche :

Un autre biais de cette étude est celui de la compréhension de la question de recherche soumise au groupe. Celle-ci doit être précise, compréhensible par l'ensemble des membres du groupe et permettre de recueillir un maximum de réponses. Pour limiter ce biais, une phase de clarification suivant l'énoncé de la question était nécessaire.

La représentativité des différents échantillons :

Le recrutement sur la base du volontariat a pu induire un biais de sélection.

En effet, les participants ont soit répondu aux sondages en ligne pour les deux premières réunions, soit été recrutés au cours de la journée de sensibilisation au renoncement aux soins pour la troisième, ce qui a sélectionné des professionnels intéressés par le sujet.

Dans le groupe nominal des professionnels médicaux, les médecins généralistes étaient essentiellement des femmes (4) et les pharmaciens des hommes (2).

Le groupe nominal des professionnels paramédicaux était exclusivement composé de femmes, au nombre de 5 mais qui représentaient tout de même 4 professions différentes.

Lors de la réunion des professionnels médico-sociaux, les 14 participants étaient à nouveau exclusivement des femmes.

C. Ouvertures

Mise en application du consensus au sein de la CPTS BBH :

Ce travail de recherche a été établi en collaboration avec la CPTS BBH, ses membres et ses partenaires afin de promouvoir l'accès aux soins des patients en renoncement pour des raisons de problématique de transport.

La rédaction d'un consensus va permettre de solliciter les partenaires de la CPTS BBH afin de prendre en charge le transport des patients cibles, identifiés selon les professionnels interrogés, comme nécessitant une aide à la mobilité.

Ce consensus permet d'avoir une réponse standardisée sur ce territoire de santé au phénomène de renoncement de soins et offre une solution pratique aux professionnels de la santé et du social confrontés à des situations difficiles.

CONCLUSION

La diversité des professionnels ayant participé à ce travail de recherche sur le repérage des critères de renoncement aux soins a permis de formuler un consensus, pluriprofessionnel, d'aide à la mobilité des patients aux soins au sein de la CPTS BBH. Ce consensus peut être interprété sous la forme d'un arbre décisionnel désormais utilisable par tout acteur de la CPTS BBH confronté à une situation de renoncement afin d'aider un patient, éligible selon les critères retenus, à se mouvoir vers un lieu de soins.

Les principaux critères de renoncement aux soins pour raisons de mobilité retenus par les professionnels médicaux, paramédicaux et médicosociaux de la CPTS BBH sont : l'isolement social (permanent ou temporaire), l'isolement géographique, les situations de handicap / déficience (déclinées en plusieurs critères) permanentes ou temporaires, la précarité financière, l'absence de permis de conduire et/ou de moyen de locomotion. La nécessité d'un accès aux soins dans un délai relativement rapide a également été retenue comme un critère à prendre en compte dans un certain nombre de situations de renoncement pour cause de transport.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Desprès et al., 2011, « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », Questions d'économie de la santé, n°169, p.3
- [2] Warin P. et C. Chauveau, 2014, « Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG) » rapport d'étude pour la CPAM du Gard, ODENORE.
- [3] Desprès C., 2012, « Le renoncement aux soins pour raisons financières. Analyse socio-anthropologique », DREES, Série Etudes et Recherche, n°119, mars, p.14 et 15
- [4] Lapinte A. « La mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions » DREES Méthodes n°10 ; 28 août 2023
- [5] Revil H. (en collaboration avec S. Bailly), 2018, « Diagnostic du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la seconde vague de généralisation des PFIDASS », rapport pour la CNAMTS, ODENORE / Programme LIFE, mars.
- [6] Revil H., 2022, Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire. Regards 2022/1 (N° 60), pages 165 à 176
- [7] Odenore, « résultats du baromètre du renoncement aux soins à travers les diagnostics locaux réalisés pour les 71 caisses de la vague expérimentatrice, la vague 1 et 2, conduits entre 2014 et 2017 ».
- [8] Revil H (en collaboration avec S.Bailly et A.Sarisson), 2018, « Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la 3eme vague de généralisation des PFIDASS », rapport pour la CNAMTS, Odenore, juillet.
- [9] Odenore, 2016 « diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 CPAM », juin
- [10] Site de l'assurance maladie : ameli.fr, Médecin > Votre exercice libéral > Règles de prescription et formalités > Transports
- [11] Site internet de l'Agence Régionale de Santé (ARS) : Exercer > Les coopérations entre professionnels > Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
- [12] Site internet de la CPTS BBH > Le territoire de santé
- [13] Delbecq A.L. et VandeVen A.H., « A Group Process Model for Problem Identification and Program Planning », Journal Of Applied Behavioral Science, vol. 7, 1971, p. 466–91

[14] Letrilliart L. et Vanmeerbeek M., 2011 « À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Seeking a consensus: which method should be used? » *Exercer* 2011;99:170-7.

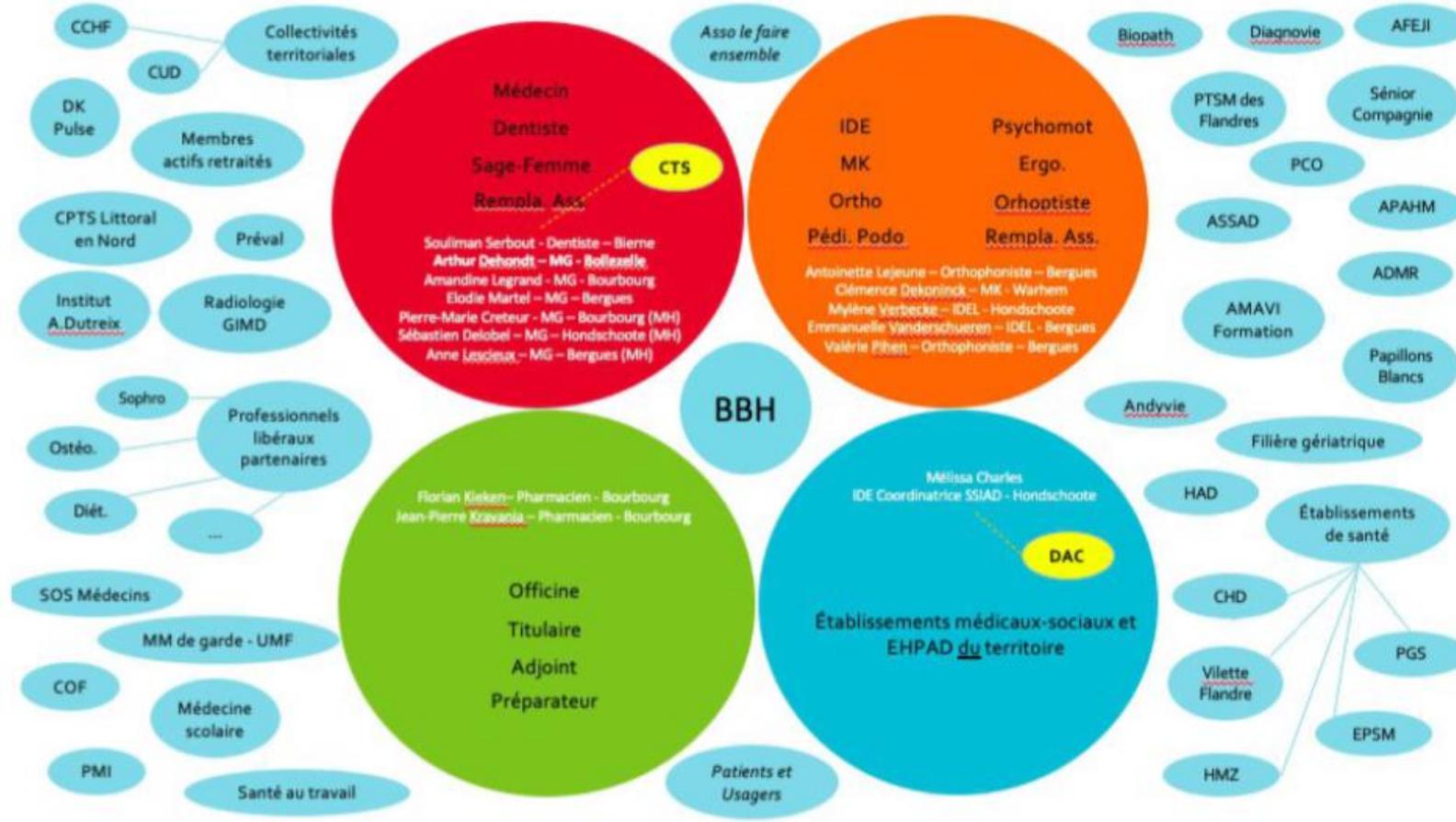
[15] D.W. Taylor, P.C. Berry et C.H. Block, « Does group participation when using brainstorming facilitate or inhibit creative thinking? », *Administrative Sciences Quarterly*, vol. 3, 1958, p. 23–47

ANNEXES

Annexe 2 : Les membres et les partenaires de la CPTS BBH

Source : CPTS BBH

Bassin de vie de 60 000 habitants avec l'extension.

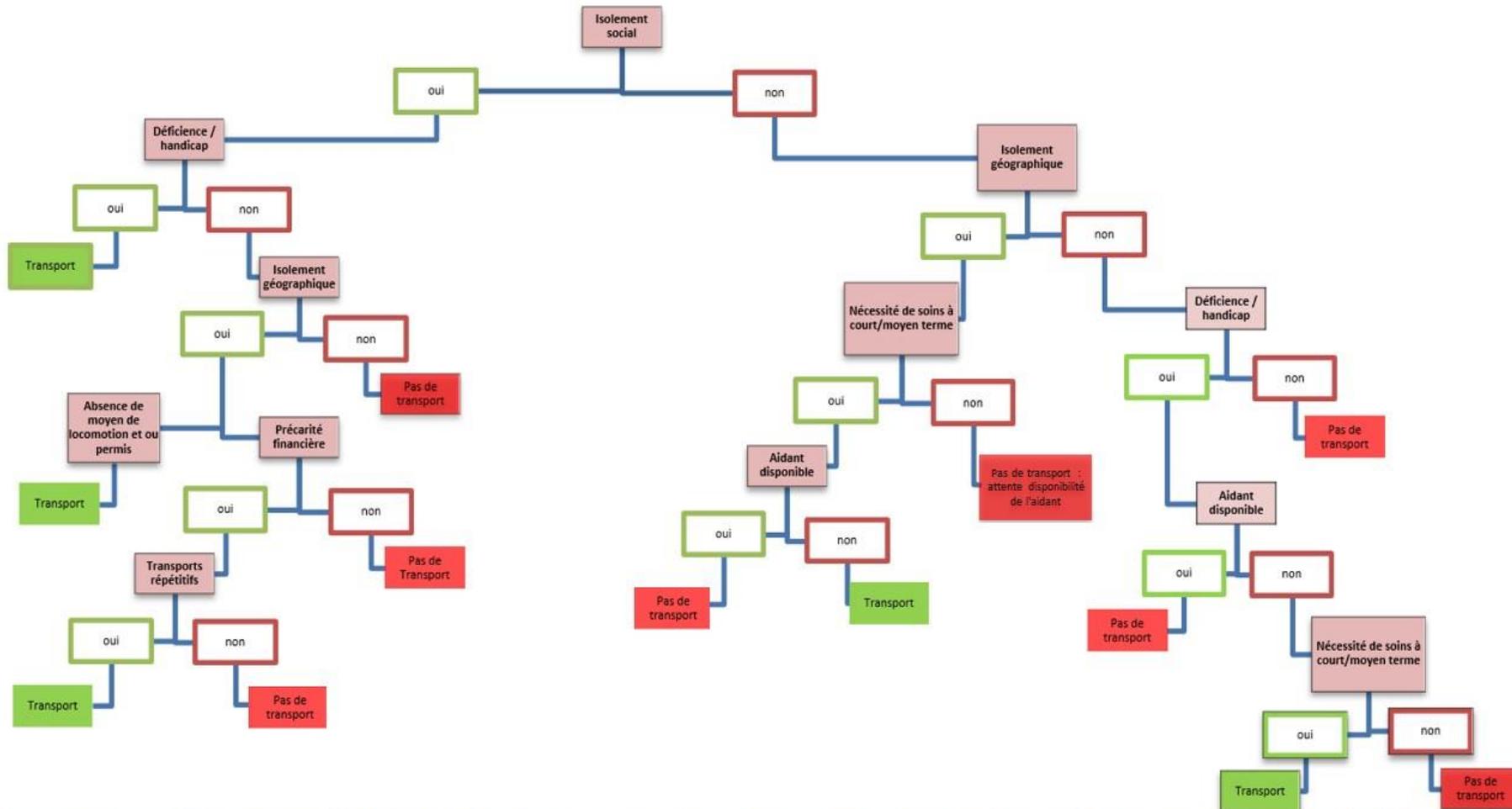


Annexe 3 : Les étapes du groupe nominal

Étapes	Méthode	Objectifs
Énoncé de la question	L'animateur situe le contexte de la recherche, énonce les règles de fonctionnement du groupe, puis lit la question	Mise en situation des participants
Réponses à la question	Chaque participant note toutes ses propositions par écrit et en silence	Production d'un grand nombre de propositions pertinentes
Énoncé des réponses	Tours de table itératifs où chaque participant ne donne qu'une seule proposition à la fois. L'animateur vérifie que chaque proposition ne contient qu'une seule idée	Visualisation par le groupe des propositions (numérotées) au tableau
Clarification	L'animateur a une vue d'ensemble des propositions et veille à faire séparer distinctement par le groupe les propositions différentes et regrouper les propositions similaires. Des reformulations sont souvent nécessaires	Formulation univoque de chaque proposition par le groupe
Vote individuel	Vote écrit et anonyme. Classement dégressif d'un nombre prédéfini de propositions (de 5 à 10)	Hiérarchisation des propositions du groupe
Compilation des résultats	Noter et totaliser les points obtenus par chaque proposition au tableau. Noter la fréquence des votes.	Production du résultat. Restitution aux participants.

Source : Letrilliart L. et Vanmeerbeek M., 2011 « À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Seeking a consensus: which method should be used? » Exercer 2011;99:170-7.

Annexe 4 : Arbre décisionnel / consensus d'aide à la mobilité des patients en renoncement aux soins



Critères sous-entendus dans le terme de **déficiency** : handicap moteur (3), contre-indication à la conduite (5), nécessité d'un accompagnant (7), trouble de la compréhension (8), résidents d'EHPAD (y compris pour (pré)admission) / MAS ou FL (11 et 19), troubles psychologiques (16), état post-opératoire (17), deficiency liée à une maladie en cours de diagnostic, avant ALD (13)

AUTEUR : Nom : MARTINACHE

Prénom : Kévin

Date de Soutenance : 06/12/2023

Titre de la Thèse : En prévention du renoncement aux soins sur le territoire de la CPTS BBH : établissement d'un consensus d'aide à la mobilité des patients par la technique du groupe nominal

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : renoncement aux soins, inégalité en santé

Résumé :

Contexte : La lutte contre le renoncement aux soins est un enjeu majeur de santé publique, ce phénomène impactant de manière non négligeable la santé des patients touchés. L'objectif de ce travail était d'établir un consensus d'aide à la mobilité des patients renonçant aux soins pour cause de difficultés de mobilité, raison invoquée par un « renonçant » sur dix.

Méthode : La technique du groupe nominal a été utilisée, déclinée en 3 sous-groupes de professionnels : médicaux, paramédicaux et médicosociaux afin de recueillir les points de vue des différents professionnels au contact des patients « renonçants » sur le territoire de la CPTS BBH. La hiérarchisation des critères de renoncement a été utilisée afin de définir un consensus d'aide à la mobilité des patients en renoncement.

Résultats : La hiérarchisation des critères de renoncement aux soins au cours des différents groupes nominaux a permis de retenir l'isolement social, l'isolement géographique et les situations de déficience / handicap comme étant les 3 principaux facteurs de renoncement aux soins. Les autres critères cités au cours de l'étude étaient relatifs à la précarité financière, à l'absence de permis de conduire et/ou de moyen de locomotion. Le risque d'évolution défavorable à court ou moyen terme s'est également révélé comme un facteur important à prendre en compte dans une situation de renoncement aux soins pour cause de transport, notamment lorsque celle-ci est liée à une indisponibilité temporaire de l'aidant.

Conclusion : La diversité des professionnels ayant participé à ce travail de recherche sur le repérage des critères de renoncement aux soins a permis de formuler un consensus, pluriprofessionnel, d'aide à la mobilité des patients aux soins au sein de la CPTS BBH. Ce consensus est désormais utilisable, par tout acteur de la CPTS BBH confronté à une situation de renoncement, afin d'aider un patient, éligible selon les critères retenus, à se mouvoir vers un lieu de soins.

Composition du Jury :

Président : Pr Florence RICHARD

Asseseurs : Dr Jan BARAN et Dr Amandine LEGRAND