SORBONNE UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE SORBONNE UNIVERSITÉ

ANNÉE 2018

THÈSE

N° 2018SORUM046

SPÉCIALITÉ: Médecine Générale

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MÉDECINE Diplôme d'État

PAR Monsieur Maxime ROZÈS

Né le 27 août 1987 à Angoulême

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT le 11 octobre 2018

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET MÉDICALES DE LA PATIENTÈLE DU CENTRE MUNICIPAL DE SANTÉ DE VILLEJUIF EN MÉDECINE GÉNÉRALE.

MEMBRES DU JURY:

Monsieur le Professeur Philippe CORNET Monsieur le Docteur Marc ANTOINE Monsieur le Docteur Jean-Sebastien CADWALLADER Madame la Docteur Gladys IBANEZ Président du jury Directeur de thèse Assesseur Assesseur

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

REMERCIEMENTS:

A Monsieur le Professeur CORNET Philippe, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur ANTOINE Marc, pour m'avoir proposé et encadré lors la réalisation de cette thèse. Je suis très honoré d'avoir réalisé cette aventure avec toi. Merci pour tes conseils, ta disponibilité, ta bonne humeur et tes encouragements.

A Madame le Docteur IBANEZ Gladys. Merci pour ton enseignement en tant que maitre de stage, de m'avoir fait découvrir la médecine générale. Merci pour tes conseils précieux lors de la réalisation des statistiques de l'étude. C'est un honneur de te compter parmi mon jury aujourd'hui.

A Monsieur le Docteur CADWALLADER Jean-Sébastien, vous me faites l'honneur de juger mon travail ; soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A mon papa, pour ton soutien, ton amour et tous les sacrifices que tu as fait pour moi durant toutes ces années. Je ne serais jamais arrivé là sans toi.

A ma maman, pour ton amour, ta façon de profiter de la vie et de m'avoir fait vivre des expériences inoubliables. Tu es partie trop tôt et trop vite. J'espère que tu me surveilles où que tu sois. Tu me manques.

A Julie ma sœur, merci pour ton soutien, ton amour pendant ces 30 années, et merci de m'avoir fait l'honneur d'être le parrain de ta fille Aliénor.

A Clémence, pour ton soutien quotidien, tes conseils, ton courage et ta patience pour me supporter tous les jours.

A ma nouvelle famille, Sophie, Titi, Mat, Régis, Stéphanie, que de bonheur cette famille recomposée, de nouveaux repas de famille interminables et épuisants.

A mes deux grand-mères, Bonne Maman pour nos parties de dames endiablées, et à Mamily pour nos repas à regarder « Tout le monde veut prendre sa place ».

A JP, Karine et mes 3 cousins, Quentin, Gauthier, et Hugues, pour ces repas de dimanche de la P1 à la D4 et à Agnès, Bruno, Béné, Serge pour leur amour.

A Fabienne et Antoine, pour leur soutien lors des moments difficiles.

A Tutu, et Rémi. Que dire ? Une rencontre en P1 et 13 ans après (oui, on en a mis du temps pour arriver à la fin) une amitié indéfinissable, d'un premier de l'an à jouer au rugby sur un parking, aux soirées Fifa endiablées, jusqu'à être deux de tes témoins Rémi. En résumé, c'est une amitié pour la vie.

A Zozo, pour les week-ends de Boulonade et nos runs à la campagne.

A **Nico**, une rencontre aux urgences, et une amitié est née, j'espère que tu ne m'en veux pas pour toutes ces victoires à Fifa mais tu te rattrapes avec les Aventuriers du rail.

A Victor et Nadège, Victor, tout a probablement débuté à Angoulême en maternelle où l'on a dû se croiser, pour se retrouver à l'hôpital d'Arpajon, et maintenant, faire des soirées parisiennes jusqu'au bout de la nuit.

A la Dream Team, Manue, Laura et Hanane, merci pour ce premier semestre où tout a débuté, où l'on stressait pour la moindre prescription.

A François, Clémence, Guillaume, Laure, Réré pour ces repas de Nöel.

A John pour cette amitié lointaine mais profonde, et nos soirées au TDJ.

A François Dizabo et toute l'équipe des urgences de Juvisy, merci de m'accueillir chaque mardi dans votre service.

A toute l'équipe du CMS Pierre Rouquès, pour m'avoir m'accueillir et pour votre aide.

Merci à Carole, et mes copains bordelais, on se voit moins, mais merci pour ces quelques années bordelaises.

Et merci à tous les gens que j'ai pu oublier et que j'ai pu croiser.



PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS

1	ACAR	Christophe	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
2	ACAR AIT OUFELLA	Hafid	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
3	ALAMOWITCH	Sonia	Neurologie	SAINT ANTOINE
4	AMARENCO	Gérard	Rééducation fonctionnelle	TENON
5	AMOUR	Julien	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
6	AMOURA	Zahir	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
7	AMSELEM	Serge	Génétique	TROUSSEAU
8	ANDRE	Thierry	Hépato Gastro Entérologie	SAINT ANTOINE
9	ANDREELLI	Fabrizio	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
10	ANTOINE	Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TENON
11	APARTIS	Emmanuelle	Physiologie Physiologie	SAINT ANTOINE
12	ARLET	Guillaume	Bactériologie	TENON
13	ARNULF	Isabelle	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
14	ARRIVE	Lionel	Radiologie	SAINT ANTOINE
15	ASSOUAD	Jalal	Chirurgie thoracique	TENON
16	ASTAGNEAU	Pascal	Epidémiologie ²	PITIE-SALPETRIERE
17	AUBRY	Alexandra	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
18	AUCOUTURIER	Pierre	Immunologie	SAINT ANTOINE
19	AUDO	Isabelle	Ophtalmologie	CHNO 15/20
20	AUDRY	Georges	Chirurgie viscérale infantile	TROUSSEAU
21	AUTRAN	Brigitte	Immunologie/bio cellulaire	PITIE SALPETRIERE
22	BACHELOT	Anne	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
23	BALLADUR	Pierre	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE
24	BALLESTER	Marcos	Gynécologie Obstétrique	TENON
25	BARBAUD	Annick	Dermatologie	TENON
26	BARROU	Benoît	Urologie	PITIE SALPETRIERE
27	BAUJAT	Bertrand	O.R.L.	TENON
28	BAULAC Surnombre	Michel	Anatomie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
29	BAUMELOU	Alain	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
30	BAZOT	Marc	Radiologie	TENON
31	BEAUGERIE	Laurent	Gastroentérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
32	BEAUSSIER	Marc	Anesthésiologie/Réanimation	SAINT ANTOINE
33	BELMIN	Joël	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
34	BENVENISTE	Olivier	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
35	BERENBAUM	Francis	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
36	BERTOLUS	Chloé	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE
37	BILLETTE DE VILLEMEUR	Thierry	Neuro pédiatrie	TROUSSEAU
38	BITKER	Marc Olivier	Urologie	PITIE SALPETRIERE
39	BOCCARA	Franck	Cardiologie	SAINT ANTOINE
40	BODAGHI	Bahram	Ophtalmologie	PITIE SALPETRIERE
41	BODDAERT	Jacques	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
42	BOELLE	Pierre Yves	Bio statistiques	SAINT ANTOINE
43	BOFFA	Jean-Jacques	Néphrologie	TENON
44	BONNET	Francis	Anesthésiologie/Réanimation	TENON
45	BORDERIE	Vincent	Ophtalmologie	CHNO 15/20
46	BOUDGHENE-STAMBOULI	Frank	Radiologie	TENON
47	BRICE	Alexis	Génétique	PITIE SALPETRIERE
48	BROCHERIOU	Isabelle	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
49	BRUCKERT	Eric	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
50	CACOUB	Patrice	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
51	CADRANEL	Jacques	Pneumologie	TENON

52	CALMUS	Yvon	Bio Cellulaire/Gastro Entérologie	
53	CALVEZ	Vincent	Virologie	PITIE SALPETRIERE
54	CAPRON <u>Surnombre</u>	Frédérique	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
55	CARBAJAL-SANCHEZ	Diomedes	Pédiatrie	TROUSSEAU
56	CARETTE	Marie-France	Radiologie	TENON
57	CARPENTIER	Alexandre	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
58	CARRAT	Fabrice	Biostatistiques/inf médicale	SAINT ANTOINE
59	CARRIE	Alain	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
60	CATALA	Martin	Histologie et Cytologie	PITIE SALPETRIERE
61	CAUMES	Eric	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
62	CHABBERT BUFFET	Nathalie	Endocrinologie	TENON
63	CHAMBAZ	Jean	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
64	CHARTIER-KASTLER	Emmanuel	Urologie	PITIE SALPETRIERE
65	CHASTRE <u>Surnombre</u>	Jean	Réanimation chirurgicale	PITIE SALPETRIERE
66	CHAZOUILLERES	Olivier	Hépatologie	SAINT ANTOINE
67	CHERIN	Patrick	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
68	CHICHE	Laurent	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
69	CHIRAS <u>Surnombre</u>	Jacques	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
70	CHRISTIN-MAITRE	Sophie	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
71	CLEMENT	Annick	Pneumologie	TROUSSEAU
72	CLEMENT-LAUSCH	Karine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
73	CLUZEL	Philippe	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
74	COHEN	Aron	Cardiologie	SAINT ANTOINE
75	COHEN	David	Pédo Psychiatrie	PITIE SALPETRIERE
76	COHEN	Laurent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
77 7 0	COLLET	Jean-Philippe	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
78 7 8	COMBES	Alain	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
79	CONSTANT	Isabelle	Anesthésiologie/réanimation	TROUSSEAU
80	COPPO	Paul	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
81	CORIAT	Pierre	Anesthésiologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
82	CORNU	Philippe	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
83	CORVOL	Henriette	Pédiatrie	TROUSSEAU
84	CORVOL	Jean-Christophe	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
85	COSNES <u>Surnombre</u>	Jacques	Gastro Entérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
86	COULOMB	Aurore	Anatomie/cytolo patho	TROUSSEAU
87	CUSSENOT	Olivier	Anatomie/Urologie	TENON
88	DARAI	Emile	Gynécologie obstétrique	TENON
89	DAUTZENBERG <u>Surnombre</u>	Bertrand	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
90	DAVI	Frédéric	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
91	DELATTRE	Jean-Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
92	DELHOMMEAU	François	Hématologie biologique	SAINT ANTOINE
93	DEMOULE	Alexandre	Pneumologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
94	DERAY	Gilbert	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
95	DOMMERGUES	Marc	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPETRIERE
96 97	DORMONT DOUAY	Didier	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
98		Luc	Hématologie biologique	TROUSSEAU
98 99	DDAY	Levon	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
	DRAY	Xavier	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
	DUBOIS DUCOULE POINTE	Bruno Hubert	Neurologie Padiologie	PITIE SALPETRIERE
101	DUCOU LE POINTE DUGUET	Alexandre	Radiologie Pneumologie	TROUSSEAU PITIE SALPETRIERE
			_	
	DUPONT DUFRESNE	Sophie Alexandra	Anatomie/ Neurologie	PITIE SALPETRIERE
	DURR DUSSAULE	Jean-Claude	Génétique Physiologia	PITIE SALPETRIERE SAINT ANTOINE
	DUYCKAERTS	Charles	Physiologie Anatomie/Cytologie pathologique	
	EL ALAMY	Ismaël	Hématologie biologique	TENON
	EYMARD			PITIE SALPETRIERE
	FAIN	Bruno Olivier	Neurologie Médecine interne	SAINT ANTOINE
	FARTOUKH	Muriel	Pneumologie/Réanimation	TENON
110	TARTOURII	MINITE	i neumologie/Reamination	LENON

	FAUTREL	Bruno	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
	FERON	Jean-Marc	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
	FERRE	Pascal	Biochimie/Biologie moléculaire	PITIE SALPETRIERE
	FEVE	Bruno	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
	FITOUSSI	Franck	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
	FLEJOU	Jean-François	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
	FLORENT	Christian	Hépato Gastro-Entérologie	SAINT ANTOINE
	FOIX L'HELIAS	Laurence	Pédiatrie	TROUSSEAU
	FONTAINE	Bertrand	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
	FOSSATI	Philippe	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
	FOURET	Pierre Emmanuel	Anatomie/Cytologie pathologique	
	FOURNIER FRANCES Surnombre	Camille	Physiologie Dermatologie	PITIE SALPETRIERE TENON
	FRANCES <u>Surnombre</u> FUNCK-BRENTANO	Christian	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
	GALANAUD	Damien	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
	GARBARG CHENON	Antoine	Virologie	TROUSSEAU
	GIRARD	Pierre Marie	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT ANTOINE
	GIRERD	Xavier	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
129	GLIGOROV	Joseph	Oncologie Endocrinologie	TENON
	GOROCHOV	Guy	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
	GOSSEC	Laure	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
	GOUDOT	Patrick	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE
	GRATEAU	Gilles	Médecine interne	TENON
134	GRENIER <u>Surnombre</u>	Philippe	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
135	GRIMPREL	Emmanuel	Urgences pédiatriques	TROUSSEAU
136	GUIDET	Bertrand	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
137	HARTEMANN	Agnès	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
138	HAROCHE	Julien	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
139	HATEM	Stéphane	Département de Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
140	HAUSFATER	Pierre	Thérapeutique/Médecine d'urgence	PITIE SALPETRIERE
141	HAYMANN	Jean-Philippe	Physiologie	TENON
142	HELFT	Gérard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
	HENNEQUIN	Christophe	Parasitologie	SAINT ANTOINE
	HERSON <u>Surnombre</u>	Serge	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
	HERTIG	Alexandre	Néphrologie	TENON
	HOANG XUAN	Khê	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
	HOURY	Sydney	Chirurgie digestive/viscérale	TENON
	HOUSSET	Chantal	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
	HULOT	Jean Sébastien	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
	ISNARD-BAGNIS	Corinne	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
	ISNARD	Richard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
	JARLIER JOUANNIC	Vincent Jean-Marie	Bactériologie Gynécologie obstétrique	PITIE SALPETRIERE TROUSSEAU
	JOUVENT	Roland	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
	JUST	Jocelyne	Pédiatrie	TROUSSEAU
	KALAMARIDES	Michel	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
	KAROUI	Medhi	Chirurgie digestive	PITIE SALPETRIERE
	KAS	Aurélie	Biophysique/Médecine nucléaire	PITIE SALPETRIERE
	KATLAMA	Christine	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
	KAYEM	Gilles	Gynécologie-Obstétrique	TROUSSEAU
	KLATZMANN	David	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
162	KOMAJDA <u>Surnombre</u>	Michel	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
163	KOSKAS	Fabien	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
164	LACAU SAINT GUILY	Jean	ORL	TENON
165	LACAVE	Roger	Histologie et Cytologie	TENON
166	LACORTE	Jean-Marc	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
167	LAMAS	Georges	ORL	PITIE SALPETRIERE
168	LANDMAN-PARKER	Judith	Hématologie/oncologie pédiatriques	TROUSSEAU
169	LANGERON	Olivier	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE

170	LAPILLONNE	Hélène	Hématologie biologique	TROUSSEAU
	LAROCHE	Laurent	Ophtalmologie	CHNO 15/20
172	LAZENNEC	Jean-Yves	Anatomie/Chirurgie orthopédique	
173	LE FEUVRE	Claude	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
174	LE GUERN	Eric	Génétique	PITIE SALPETRIERE
175	LE HOANG	Phuc	Ophtalmologie	PITIE SALPETRIERE
176	LEBLOND	Véronique	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
177	LEENHARDT	Laurence	Endocrinologie/Médecine Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
178	LEFEVRE	Jérémie	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE
179	LEGRAND	Ollivier	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
180	LEHERICY	Stéphane	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
181	LEMOINE	François	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
182	LEPRINCE	Pascal	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
183	LESCOT	Thomas	Anesthésiologie/réanimation	SAINT ANTOINE
184	LETAVERNIER	Emmanuel	Physiologie	TENON
185	LEVERGER	Guy	Hématologie/oncologie pédiatriques	TROUSSEAU
186	LEVY	Rachel	Histologie et Cytologie	TENON
187	LEVY	Richard	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
188	LOTZ	Jean-Pierre	Oncologie médicale	TENON
189	LUBETZKI	Catherine	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
190	LUCIDARME	Olivier	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
191	LUYT	Charles	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
192	MAINGON	Philippe	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
193	MARCELIN	Anne Geneviève	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
194	MARIANI <u>Surnombre</u>	Jean	Biologie cellulaire/médecine interne	Charles FOIX
195	MARTEAU	Philippe	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
196	MASQUELET	Alain Charles	Chirurgie Orthopédique	SAINT ANTOINE
197	MAURY	Eric	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
198	MAZERON <u>Surnombre</u>	Jean-Jacques	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
199	MAZIER <u>Surnombre</u>	Dominique	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
200	MENEGAUX	Fabrice	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
201	MENU	Yves	Radiologie	SAINT ANTOINE
202	MEYOHAS	Marie Caroline	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT ANTOINE
203	MILLET	Bruno	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
204	MITANCHEZ	Delphine	Néonatologie	TROUSSEAU
205	MOHTY	Mohamad	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
206	MONTALESCOT	Gilles	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
207	MONTRAVERS	Françoise	Biophysique/Médecine nucléaire	TENON
208	MOZER	Pierre	Urologie	PITIE SALPETRIERE
209	NACCACHE	Lionel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
210	NAVARRO	Vincent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
211	NETCHINE	Irène	Physiologie	TROUSSEAU
	NGUYEN KHAC	Florence	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
213	NGUYEN QUOC	Stéphanie	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
	NIZARD	Jacky	Gynécologie – Obstétrique	PITIE SALPETRIERE
215	OPPERT	Jean-Michel	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
216	PAQUES	Michel	Ophtalmologie	CHO 15/20
217	PARC	Yann	Chirurgie digestive	SAINT ANTOINE
218	PASCAL-MOUSSELLARD	Hugues	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
	PATERON	Dominique	Thérapeutique/accueil des urgences	SAINT ANTOINE
	PAUTAS	Eric	Gériatrie	Charles FOIX
	PAYE	François	Chirurgie générale/digestive	SAINT ANTOINE
	PERETTI	Charles	Psychiatrie d'Adultes	SAINT ANTOINE
	PERIE	Sophie	ORL	TENON
	PETIT	Arnaud	Pédiatrie	TROUSSEAU
	PIALOUX	Gilles	Maladies infectieuses/tropicales	TENON
	PLAISIER	Emmanuelle	Néphrologie	TENON
	POIROT	Catherine	Cytologie et Histologie	
228	POITOU-BERNERT	Christine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE

229	POYNARD	<u>Surnombre</u>	Thierry	Hépato Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
230	PRADAT		Pascale	Rééducation Fonctionnelle	PITIE SALPETRIERE
231	PUYBASSET		Louis	Anesthésiologie/Réanimation	PITIE SALPETRIERE
	RATIU		Vlad	Hépato Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
	RAUX		Mathieu	Anesthésiologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
	RAY		Patrick	Réanimation/Médecine Urgence	TENON
	REDHEUIL		Alban	Radioloie	PITIE SALPETRIERE
	RIOU		Bruno	Urgences médico chirurgicales	PITIE SALPETRIERE
	ROBAIN		Gilberte	Rééducation Fonctionnelle	ROTHSCHILD
	ROBERT		Jérôme	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
	RODRIGUEZ		Diana	Neurone pédiatrie	TROUSSEAU
	RONCO		Pierre Marie	Néphrologie / Dialyse	TENON
	RONDEAU		Eric	Néphrologie	TENON
	ROSMORDUC		Olivier	Hépato Gastro Entérologie	SAINT ANTOINE
	ROUGER		Philippe	Hématologie	INTS PITIE SALPETRIERE
	ROUPRET ROZE		Morgan Emmanuel	Urologie Neurologie	PITIE SALPETRIERE
	SAHEL		José-Alain	Ophtalmologie	CHNO 15/20
	SAMSON		Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
	SANSON		Marc	Histologie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
	SARI ALI		El Hadi	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
	SAUTET		Alain	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
	SCATTON		Olivier	Chirurgie Hépato biliaire	PITIE SALPETRIERE
	SEILHEAN		Danielle	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
	SEKSIK		Philippe	Hépato Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
	SELLAM		Jérémie	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
	SEZEUR		Alain	Chirurgie générale	DIACONESSES
256	SIFFROI		Jean-Pierre	Génétique	TROUSSEAU
257	SIMILOWSKI		Thomas	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
258	SIMON		Tabassome	Pharmacologie clinique	SAINT ANTOINE
259	SOKOL		Harry	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
260	SOUBRIER		Florent	Génétique	PITIE SALPETRIERE
261	SPANO		Jean-Philippe	Oncologie médicale	PITIE SALPETRIERE
262	STANKOFF		Bruno	Neurologie	SAINT ANTOINE
263	STEICHEN		Olivier	Urgences médico chirurgicales	TENON
	STERKERS		Olivier	ORL	PITIE SALPETRIERE
	STRAUS		Christian	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
	SVRCEK		Magali	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
	TALBOT		Jean-Noël	Médecine nucléaire	TENON
	TANKERE		Frédéric	ORL	PITIE SALPETRIERE
	THABUT	G 1	Dominique	Hépato Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
	THOMAS	<u>Surnombre</u>	Guy	Médecine légale/Psy d'adultes	SAINT ANTOINE
	THOMASSIN-NA THOUMIE	AGGARA	Isabelle	Radiologie Rééducation fonctionnelle	TENON
		Commonthus	Philippe		ROTHSCHILD
	TIRET TOUBOUL	<u>Surnombre</u>	Emmanuel Emmanuel	Chirurgie générale/digestive Radiothérapie	SAINT ANTOINE TENON
	TOUNIAN		Patrick	Gastroentérologie/nutrition	TROUSSEAU
	TOURAINE		Philippe	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
	TRAXER		Olivier	Urologie	TENON
	TRESALLET		Christophe	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
	TRUGNAN		Germain	Biochimie	SAINT ANTOINE
	TUBACH		Florence	Biostatistiques/inf médicale	PITIE SALPETRIERE
	ULINSKI		Tim	Pédiatrie	TROUSSEAU
	UZAN		Catherine	Chirurgie générale/Gynécologie	PITIE SALPETRIERE
	VAILLANT		Jean-Christophe	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
284	VERNY		Marc	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
285	VIALLE		Raphaël	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
286	VIDAILHET		Marie José	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
287	VIGOUROUX		Corinne	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE

288WALTIHervéPédiatrie / Néo natalitéTROUSSEAU289WENDUMDominiqueAnatomie pathologiqueSAINT ANTOINE290WISLEZMariePneumologieTENON

MEDECINE GENERALE

MAGNIER Anne Marie CORNET (surnombre) Philippe



MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS

1	ALLENDACH Charisins	Yves	Mádasina interna	DITTE CAT DETDIEDE
1	ALLENBACH <u>Stagiaire</u>		Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
2	AMIEL	Corinne	Virologie	TENON
3	ARON WISNEWSKY	Judith	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
4	ATLAN	Michael	Chirurgie reconstructrice	TENON
5	AUBART COHEN	Fleur	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
6	BACHET	Jean-Baptiste	Hépato Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
7	BACHY <u>Stagiaire</u>	Manon	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
8	BARBU	Véronique	Biochimie	SAINT ANTOINE
9	BELLANNE-CHANTELOT	Christine	Génétique	PITIE SALPETRIERE
10	BELLOCQ	Agnès	Physiologie/Explo fonctionnelle	PITIE SALPETRIERE
11	BENOLIEL	Jean-Jacques	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
12	BENSIMON	Gilbert	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
13	BERLIN	Ivan	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
14	BIELLE <u>Stagiaire</u>	Franck	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
15	BILHOU-NABERA	Chrystèle	Génétique	SAINT ANTOINE
16	BIOUR	Michel	Pharmacologie	SAINT ANTOINE
17	BLONDIAUX	Eléonore	Radiologie	TROUSSEAU
18	BOISSAN	Matthieu	Biologie cellulaire	TENON
19	BOUHERAOUA Stagiaire	Nacim	Ophtalmologie	15/20
20	BOULE	Michèle	Physiologie	TROUSSEAU
21	BOURRON	Olivier	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
22	BOUTOLLEAU	David	Virologie	PITIE SALPETRIERE
23	BRIOUDE	Frédéric	Physiologie	TROUSSEAU
24	BRISSOT Stagiaire	Eolia	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
25	BUOB	David	Anatomie pathologique	TENON
26	BURREL	Sonia	Virologie	PITIE SALPETRIERE
27	CANLORBE <u>Stagiaire</u>	Geoffroy	Chirurgie / Gynécologie	PITIE SALPETRIERE
28	CERVERA	Pascale	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
29	CHAPIRO	Elise	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
30	CHAPPUY	Hélène	Pédiatrie	TROUSSEAU
31	CHARLOTTE	Frédéric	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
32	CLARENCON	Frédéric	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
33	COMPERAT	Eva Maria	Anatomie pathologique	TENON
34	CONTI -MOLLO	Filomena	Bio cellulaire Chirurgie hépatique	PITIE SALPETRIERE
35	COTE	Jean-François	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
36	COLET	Florence	Génétique	PITIE SALPETRIERE
37	COUVERT	Philippe	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
38	DANZIGER	Nicolas		PITIE SALPETRIERE
39			Physiologie	SAINT ANTOINE
	DECRE	Dominique	Bactériologie virologie	
40	DEGOS DUBONE Staniaina	Vincent	Anesthésiologie Réanimation	PITIE SALPETRIERE
41	DUPONT <u>Stagiaire</u>	Charlotte	Biologie de la reproduction	TENON
42	ECKERT <u>Stagiaire</u>	Catherine	Virologie	SAINT ANTOINE
43	ERRERA	Marie-Hélène	Ophtalmologie	CHNO 15/20
44	ESCUDIER EALAC CALVET	Estelle	Histologie/Génétique	TROUSSEAU
45	FAJAC-CALVET	Anne	Histologie Embryologie	TENON
46	FEKKAR	Arnaud	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
47	FERRERI	Florian	Psychiatrie Adultes	SAINT ANTOINE
48	FREUND	Yonathan	Médecine d'Urgences	PITIE SALPETRIERE
49	GANDJBAKHCH <u>Stagiaire</u>	Estelle	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
50	GARDERET	Laurent	Hématologie	SAINT ANTOINE
51	GAURA-SCHMIDT	Véronique	Biophysique	TENON
52	GAY	Frederick	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
53	GAYMARD	Bertrand	Physiologie	PITIE SALPETRIERE

- 4	CEOD CDALLAMAN I E	6 - 1:	Male to determine	TENIONI
54 55	GEORGIN LAVIALLE GEROTZIAFAS	Sophie Grigoris	Médecine interne	TENON TENON
56	GIRAL	Philippe	Hématologie clinique Endocrinologie/Métabolisme	PITIE SALPETRIERE
57	GOZLAN	Joël	Bactériologie Virologie	SAINT ANTOINE
58	GUIHOT THEVENIN	Amélie	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
59	GUITARD	Juliette	Parasitologie	SAINT ANTOINE
60	HABERT	Marie-Odile	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
61	HUBERFELD	Gilles	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
62	HYON	Capucine	Histologie Embryologie	TROUSSEAU
63	ID BAIH	Ahmed	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
64	IRTAN	Sabine	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
65	JERU	Isabelle	Génétique	SAINT ANTOINE
66	JOHANET	Catherine	Immunologie	SAINT ANTOINE
67	IOYE	Nicole	Génétique	SAINT ANTOINE
68	KARACHI AGID	Carine	Neurochirurgie	PITIE SALPTRIERE
69	KIFFEL	Thierry	Biophysique/Méd. Nucléaire	TENON
70	KINUGAWA-BOURRON	Kiyoka	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
71	LACOMBE	Karine	Maladies Infectieuses	SAINT ANTOINE
72	LACOMBLEZ	Lucette	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
73	LAFUENTE	Carmelo	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
74	LAMAZIERE	Antonin	Biochimie	SAINT ANTOINE
75	LAMBERT-NICLOT <u>Stagiaire</u>	Sidonie	Bactériologie	SAINT ANTOINE
76	LAPIDUS	Nathanaël	Biostatistiques/ informatique médicale	SAINT ANTOINE
77	LASCOLS	Olivier	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
78	LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie	SAINT ANTOINE
79	LAURENT	Claudine	Pédopsychiatrie	PITIE SALPETRIERE
80	LAVENEZIANA	Pierantonio	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
81	LE BIHAN	Johanne	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
82	LEBRETON	Guillaume	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
83	LUSSEY-LEPOUTRE Stagiaire	Charlotte	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
84	MAKSUD	Philippe	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
85	MEKINIAN	Arsène	Médecine interne	SAINT ANTOINE
86	MESNARD	Laurent	Néphrologie	TENON
87	MOCHEL	Fanny	Génétique	PITIE SALPETRIERE
88	MOHAND-SAID	Saddek	Ophtalmologie	CHNO 15/20
89	MORAND	Laurence	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
90	MORENO-SABATER	Alicia	Parasitologie	SAINT ANTOINE
91	NAVA <u>Stagiaire</u>	Caroline	Génétique	PITIE SALPETRIERE
92	NGUYEN <u>Stagiaire</u>	Yann	O.R.L.	PITIE SALPETRIERE
93	PEYRE	Matthieu	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
94	PLU	Isabelle	Médecine légale	PITIE SALPETRIERE
95	POIRIER	Jean-Marie	Pharmacologie clinique	PITIE SALPETRIERE
96	POURCHER	Valérie	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
97	QUESNEL	Christophe	Anesthésiologie	TENON
98	RAINTEAU	Dominique	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
99	REDOLFI	Stefania	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
100	RENARD-PENNA <u>Stagiaire</u>	Raphaële	Radiologie et imagerie médicale	TENON
101	ROOS-WEIL <u>Stagiaire</u>	Damien	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
102	ROSENBAUM <u>Stagiaire</u>	David	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
103	ROSENHEIM	Michel	Epidémiologie/Santé publique	PITIE SALPETRIERE
104	ROSENZWAJG	Michelle	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
105	ROSSO	Charlotte	Urgences cérébro vasculaires	PITIE SALPETRIERE
106	ROUSSEAU	Géraldine	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
107	SAADOUN	David	Médecine interne	PITIE-SALPETRIERE
108	SCHMIDT <u>Stagiaire</u>	Mathieu	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
109	SCHNURIGER	Aurélie	Bactériologie-Virologie	TROUSSEAU
110	SEROUSSI FREDEAU	Brigitte	Santé Publique	TENON
111	SERVAIS	Laurent	Chirurgie orthopédique pédiatrie	TROUSSEAU
112	SILVAIN	Johanne	Département de Cardiologie	PITIE-SALPETRIERE
113	SORIA	Angèle	Dermatologie/Allergologie	TENON
114	SOUGAKOFF	Wladimir	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
115	SOUSSAN	Patrick	Virologie	TENON

116	TANKOVIC		Jacques	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
117	TEZENAS DU MO	NTCEL	Sophie	Biostatistiques/ informatique médicale	PITIE SALPETRIERE
118	THELLIER		Marc	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
119	TISSIER-RIBLE		Frédérique	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
120	TOUITOU		Valérie	Ophtalmologie	PITIE SALPETRIERE
121	TOURRET		Jérôme	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
122	VATIER		Camille	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
123	VAYLET		Claire	Biophysique/Méd. Nucléaire	TROUSSEAU
124	VEZIRIS		Nicolas	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
125	VIMONT BILLARA	ANT	Sophie	Bactériologie	TENON
126	WAGNER	<u>Stagiaire</u>	Mathilde	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
127	YORDANOV	<u>Stagiaire</u>	Youri	Thérapeutique/Médecine d'urgences	TENON

MEDECINE GENERALE

IBANEZ Gladys

CADWALLADER Jean-Sébastien

Table des acronymes et abréviations :

ACS: Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

AME : Aide Médicale d'État

AVC: Accident Vasculaire Cérébral

CDD: Contrat à Durée Déterminée

CES: Centres d'Examens de Santé

CETAF: Centre Technique d'Appui et de Formation des CES

CMU: Couverture Maladie Universelle

CMU-C: Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CMS: Centre Municipal de Santé

CSP: Catégorie Socioprofessionnelle

DREES: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DU: Diplôme Universitaire

EPICES Score : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les Centres

d'Examens de Santé

ESPS: Enquête Santé Protection Sociale

FCV: Frottis Cervico-Vaginal

HAS: Haute Autorité de Santé

HLM: Habitation à Loyer Modéré

HPV: Human Papillomavirus

HTA: Hypertension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

IVG: Interruption Volontaire de Grossesse

MST: Maladie Sexuellement Transmissible

MT : Médecin Traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI: Protection Maternelle et Infantile

SAOS : Syndrome d'Apnée Obstructif du Sommeil

TCAM : Taux de Croissance Annuel Moyen

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

T	able des	illustrations:	18
	Table d	les tableaux :	18
	Table d	les figures :	18
1	Intro	oduction :	19
	1.1	Une démographie médicale déclinante et une population grandissante :	19
	1.2	La population villejuifoise :	
	1.3	Précarité et scores EPICES :	
	1.3.1	Précarité :	21
	1.3.2	Scores EPICES:	
	1.4 1.4.1	Les centres de santé :	
	1.4.2	Historique des centres de santé :	23
	1.4.3 1.4.4	Objectifs principaux des centres de santé : Le centre municipal Pierre Rouquès de Villejuif :	
	1.5	Objectif de l'étude :	
2		ériels et méthodes :	
4			
	2.1	Type d'étude :	
	2.2	Sujets inclus dans l'étude :	
	2.3	Recueil de questionnaires :	
	2.4	Le questionnaire :	
	2.5	Analyse statistique :	29
3	Rési	ıltats:	30
	3.1	Taux de réponse :	30
	3.2	Caractéristiques sociodémographiques et précarité :	31
	3.2.1	Caractéristiques sociodémographiques :	31
	3.2.2	Précarité des patients du centre :	34
	3.3	Couverture maladie :	34
	3.4	L'accès aux soins des patients :	35
	3.4.1	Le renoncement aux soins :	
	3.4.2	Recours aux spécialistes :	
	3.5 3.5.1	Santé ressentie, santé générale et habitus de vie :	
	3.5.2	État de santé général :	
	3.5.3	Habitus de vie :	41
	3.6	Santé des femmes du CMS P. Rouquès :	
	3.6.1 3.6.2	Le frottis cervico-vaginal :	
		Les attentes des patients vis-à-vis du Centre de santé :	
4		ussion:	
4			
	4.1	Résumé des résultats :	
	4.2	Interprétation des résultats :	49

4.2.1	Catégories sociodémographiques :	49
4.2.2	Précarité :	
4.2.3	Les différentes couvertures sociales :	51
4.2.4	Le recours aux soins :	52
4.2.5	L'état de santé :	53
4.2.6	L'IMC:	55
4.2.7	Les addictions :	56
4.2.8	Prévention et santé des femmes :	58
4.2.9	Le manque d'offre de soins au sein de CMS :	59
4.3 I	Les limites de l'étude :	60
4.4 I	Les points forts de l'étude :	61
5 Conce	lusion :	63
Définition	s :	65
Annexes :		66
Annexes	s 1 : Le questionnaire :	66
Bibliogran	phie :	74

Table des illustrations :

Table des tableaux :

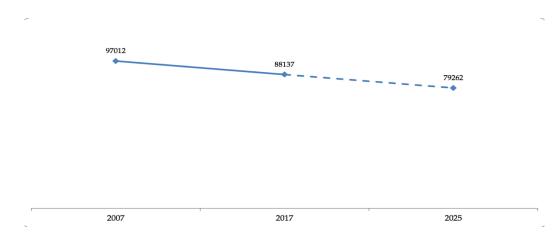
Tableau 1: Le score EPICES et ses 11 questions.	22
Tableau 2 : Jours de consultation du panel des patients ayant leur MT au CMS P. Rouquès $(n=172)$.	30
Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques et état de santé des patients du CMS de Villejuif (N=172)	. 32
Tableau 4 : Répartition de la précarité en fonction du score EPICES chez les patients du CMS de Villejuif	
(n=172).	34
Tableau 5 : Les différents types de couverture maladie des patients du CMS P. Rouquès (N=172).	35
Tableau 6 : Caractéristiques du renoncement aux soins des patients ayant les MT dans le CMS P. Rouquès	
(N=172).	36
Tableau 7: Les différentes spécialités consultées par les patients ayant leur MT dans le CMS (N=172).	37
Tableau 8 : États de santé ressentis des patients du CMS de Villejuif (N=172).	39
Tableau 9 : Les addictions des patients du CMS P. Rouquès (N=172).	42
Tableau 10 : Caractéristiques du suivi gynécologique chez les patientes du CMS P. Rouquès (N=107).	44
<i>Tableau 11:</i> Les attentes des patients du CMS P. Rouquès (N=172).	46
<u>Table des figures :</u>	
Figure 1 : Nombre de médecins généralistes en activité régulière : de l'observé à l'attendu (2).	20
Figure 2 : Pourcentage des jours du recueil du questionnaire (N=172).	31
Figure 3 : Histogramme des différents états de santé ressentis par les patients du CMS de Villejuif (N=172).	38
Figure 4 : Répartition des différentes limitations d'activité de la vie quotidienne dues à l'état de santé des	
patients du CMS de Villejuif ($N=172$).	39
Figure 5 : Répartition des IMC des patients du CMS P. Rouquès (N=172).	40
Figure 6 : Diagramme des maladies retrouvées chez les patients du CMS de Villejuif ($N=172$).	41

1 Introduction:

1.1 <u>Une démographie médicale déclinante et une population grandissante :</u>

La répartition démographique est très inégale sur le territoire français et le terme « déserts médicaux » n'a plus aujourd'hui beaucoup de sens tant les zones menacées sont diverses et nombreuses. Les zones rurales sont particulièrement concernées mais les problèmes de démographie atteignent maintenant les zones périurbaines et les quartiers populaires, certaines villes moyennes mais aussi les grandes villes, y compris en Ile-de-France. Une situation qui résulte de plusieurs facteurs, comme le retard d'installation des jeunes professionnels, un recrutement par les hôpitaux des jeunes médecins lors de leur stage d'interne, des départs de professionnels (départ en retraite, autre orientation professionnelle) (1). Parallèlement le nombre de médecins inscrits à l'Ordre ne cesse de croître mais majoritairement au bénéfice des médecins retraités. On note que le nombre de médecins en activité régulière a diminué de 10 % ces dix dernières années tandis que la proportion de médecins à la retraite et de médecins retraités/actifs a augmenté de 11 % (2). Cette diminution du nombre de médecins se confirme en médecine générale. Actuellement, le tableau de l'Ordre des médecins recense 88 137 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice) ; soit une diminution de 9,10 % des effectifs depuis 2007. D'après les analyses et le calcul du TCAM, la tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 79 262 médecins généralistes en activité régulière (2).

Figure 1: Nombre de médecins généralistes en activité régulière : de l'observé à l'attendu (2).



En 2017, le département du Val-de-Marne recense 1540 médecins généralistes, soit une diminution de 21 % de 2010 à 2017, alors que l'effectif de la population générale dans le Val-de-Marne évolue dans le sens inverse, avec une hausse de 6 % de 2010 à 2017 (2).

La ville de Villejuif connaît la même évolution que le Val-de-Marne avec une diminution du nombre de médecins généralistes ces dernières années de 14,30 % entre 2009 et 2016 (42 médecins généralistes en 2009 contre 36 en 2016) (3) et recense en 2014, 57 781 habitants, contre 55 250 en 2009, soit une augmentation de 4,6 % (4).

1.2 La population villejuifoise :

En 2014, le nombre d'habitants de Villejuif est de 57 781. Les Villejuifois sont plutôt jeunes, avec 63,10 % de la population située dans la tranche d'âge de 0 à 45 ans. Les Villejuifoises représentent à peu près 52 % des habitants (4). La CSP la plus représentée de la population villejuifoise de 15 ans et plus est la CSP « autres personnes sans activité professionnelle » avec 21,00 %, suivie par les CSP « employés » (20,30 %) et « retraités » (18,00 %) (4). En 2014, le taux de pauvreté (*définition 1*) de la population de Villejuif était de 20,10 % (4) ; taux largement au-dessus de la population française qui était de 14,10 % (5). Une part importante de la

population de Villejuif est étrangère avec 15,90 % de la population contre 12,70 % au niveau départemental, 12,40 % au niveau régional et 5,80 % au niveau national (6). Concernant les types de couverture santé des habitants de Villejuif, la ville a un taux de bénéficiaires de la CMU-C de 7,40 %, taux supérieur à celui du département, de la région Ile-de-France et de la France (6,60 %) (6). En 2014, 1,60 % des Villejuifois bénéficiait de l'AME, et 2,00 % de l'ACS (6). En 2009, 12,20 % de la population villejuifoise bénéficiait d'une ALD ce qui est similaire aux chiffres départementaux et régionaux (12,00 %) (6).

1.3 Précarité et scores EPICES :

1.3.1 Précarité :

Le lien entre la précarité et la santé est depuis le début des années 90, un motif de recherche médicale. De nombreux auteurs ont publié sur la précarité et sur ses effets sur la santé en France (Chauvin, 1998; Joubert, 1997; Mizrahi, 1998; Parizot, 1998; Paugam, 1996). Cet intérêt de recherche est dû principalement aux mutations socio-économiques au cours de ce demi-siècle qui sont survenues dans de nombreux pays industrialisés. Ces mutations sont à l'origine d'un double processus de précarisation: la montée du chômage et le développement des formes particulières d'emplois, dits emplois précaires (emplois temporaires, sous intérim, CDD, temps partiel, emplois en coupure) (7). Pour définir le terme de précarité, J.Wresinski la résume en disant: « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux » (8). Elle conduit le plus souvent à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger ou devient persistante, et compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible (9).

1.3.2 Scores EPICES:

Le score EPICES a été créé en 1998 par un groupe de travail, composé de membres des CES, du CETAF et de l'École de santé de Nancy. Ce score a été établi à partir d'un questionnaire initial de 42 questions, portant sur différentes données (sexe, âge, nationalité, diplômes, situation professionnelle, ménage, logement, protection sociale, état de santé ressenti, revenus, difficulté financière, recours aux soins, événements graves vécus avant 18 ans) (10). Ce questionnaire a été distribué en 1998, auprès de 7208 patients dans 18 CES. Les méthodes statistiques d'analyse factorielle des correspondances et de régression multiple ont permis de sélectionner, parmi les 42 questions, 11 questions qui résument à 90 % la situation de précarité d'un sujet. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient. La somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score varie de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximale) (11). Le seuil de 30,17 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES (10).

<u>Tableau 1</u>: Le score EPICES et ses 11 questions.

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

1.4 Les centres de santé :

1.4.1 <u>Définition et quelques chiffres :</u>

D'après l'article L 6323-1 du code de la santé publique, les centres de santé sont des structures délivrant des soins en ambulatoire sans hébergement et qui participent à des actions de santé publique, de prévention, de diagnostic, d'éducation pour la santé, et des actions sociales (12). Le terme de centre de santé regroupe des structures très différentes : centres de soins infirmiers, centres de santé dentaires et centres de santé médicaux et polyvalents. En 2014, la France recensait aux alentours de 1842 centres de santé. Ils sont créés et gérés soit par des organismes non lucratifs, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé. Ils élaborent un projet de soin, permettant des subventions par l'ARS et par la caisse d'assurance maladie (13) (14).

En 2011, l'offre de soins que représentaient les centres de santé était faible (en valeur 2,30 % des dépenses totales de soins de ville), sachant que 1,9 millions des patients (soit 5 % de la population) a consulté au moins une fois dans un centre de santé polyvalent (15) (16). Dans certaines régions ou villes, les centres de santé contribuent à compenser la fragilité de l'offre de soins ; par exemple en 2010, en Seine-Saint-Denis, ils représentaient 8,30 % des actes ambulatoires et à Paris, les centre de santé réalisent 15,00 % des consultations en ambulatoire (16).

1.4.2 <u>Historique des centres de santé :</u>

On peut dater les premiers « centres de santé » en France au XVIIe siècle, appelés à cette époque « consultation charitable aux pauvres malades » (16), soins créés par Théopastre Renaudot, médecin ordinaire du roi. Les patients ne payaient pas s'ils n'en avaient pas les moyens. C'est au XIXe siècle que le véritable mouvement de création de centres de santé

démarre sous forme de dispensaires ; puis s'accélère jusqu'à la seconde guerre mondiale. Entre 1880 et 1945, les dispensaires sont créés sous l'impulsion du courant hygiéniste et socialisme municipal. Les premières lois sociales de la fin du XIXème siècle et du début du XXème ont autorisé les communes à créer des dispensaires sous forme de services municipaux. La création de bureaux d'hygiène devient même obligatoire à partir de 1902 pour toutes les communes de plus de 20 000 habitants (16). C'est au cours de cette même période que le docteur Robert-Henri Hazeman, médecin à Vitry-sur-Seine, procède au rapprochement des services d'hygiène, de prophylaxie et du service social de la ville préfigurant le modèle des centres de santé. En parallèle de ces dispensaires municipaux, la première moitié du XXème siècle voit la création de dispensaires gérés par des associations caritatives ou des congrégations religieuses (16). Après 1945, de nombreux dispensaires ont été créés pour répondre aux besoins d'après-guerre. C'est à partir des années 1950 que le terme « Centre de Santé » commence à se substituer à celui de « Dispensaire », bien que cette appellation perdure jusqu'à aujourd'hui dans l'imaginaire collectif. Entre 1970 et 1980, certains CMS étendaient leurs activités en accueillant dans leurs locaux des services de PMI, des programmes spécifiquement dédiés à la prise en charge des addictions, mais aussi des personnes atteintes de MST; pour parfois s'en dissocier plus tard (17).

1.4.3 Objectifs principaux des centres de santé :

Les centres de santé apportent une réponse géographique au défi des inégalités territoriales d'offre de soins. Une autre priorité des centres de santé aujourd'hui est de favoriser l'accès aux soins de santé primaires et aussi souvent aux soins secondaires (consultations de spécialistes). Ils pratiquent systématiquement le tiers payant, permettent souvent la dispense totale d'avance des frais et le respect des tarifs conventionnels (17). Un des autres objectifs des centres de santé est d'offrir à tous les patients, dans le cadre d'une médecine sociale modernisée, des prestations

techniques et scientifiques de la plus grande qualité. Ils cherchent également à promouvoir une éducation sanitaire tout en contribuant à des actions de santé publique par la prévention et la prise en charge médico-sociale des populations (18). On peut résumer l'objectif des centres de santé à « délivrer une médecine de qualité pour tous, prenant en compte le patient dans sa globalité et son milieu de vie ».

1.4.4 <u>Le centre municipal Pierre Rouquès de Villejuif</u>:

Le premier dispensaire à Villejuif a été créé en 1932 dans les locaux de la Mairie, où s'effectuaient la pesée des bébés, le suivi de croissance et l'accueil des mamans. En 1934, les consultations de médecine générale, d'ORL, bucco-dentaires, de gynécologie, et même de chirurgie ont été créées. En 1947, de nouveaux services médicaux et paramédicaux ont été inaugurés avec des consultations de gastro-entérologie, cardiologie, orthopédie, rhumatologie, pédiatrie, neurologie, phlébologie et kinésithérapie. C'est en 1961 que le centre Pierre Rouquès a vu le jour dans la partie sud de la ville, elle-même en plein essor avec la construction d'HLM. Au départ, le centre proposait une PMI, une consultation de médecine, un service d'analyses médicales et le service municipal de médecine du travail (19).

Désormais, le CMS est ouvert 6 jours sur 7, du lundi au vendredi de 8H30 à 19H30 et le samedi matin.

Le centre propose tous les jours plusieurs consultations de médecine générale, des soins infirmiers et des consultations gynécologiques trihebdomadaires. Depuis 1 an, un protocole pluri-professionnel sur la pratique de l'IVG médicamenteuse a été développé. Il y a aussi un créneau hebdomadaire de vaccination gratuite.

Au niveau des soins secondaires, le centre propose plusieurs consultations de spécialistes (cardiologue, dermatologue, ophtalmologue, allergologue, rhumatologue, ORL, radiologie-échographie, angiologue, addictologue, et psychiatre).

En 2017, le contrat local de santé a référencé 13912 passages en médecine générale au sein du CMS, soit une augmentation de plus de 80 % par rapport à 2012 qui référençait 7562 passages en médecine générale (19) (20).

1.5 Objectif de l'étude :

Villejuif est une ville en plein essor démographique, avec une population aux caractéristiques sociodémographiques sensiblement différentes de la population nationale. Comme beaucoup de villes ou de régions, la ville de Villejuif connaît une diminution de sa démographie de médecins généralistes. Le CMS Pierre Rouquès a, de ce fait, un rôle très important dans la santé des patients de Villejuif.

Les objectifs de cette étude sont de définir les caractéristiques sociodémographiques et médicales des patients ayant leur MT dans le CMS, d'évaluer leur précarité avec le score EPICES et d'évaluer leur ressenti sur l'offre de soins proposée. Ces données semblent nécessaires pour le CMS, pour évaluer et adapter les soins proposés à la population fréquentant le centre.

2 Matériels et méthodes :

2.1 <u>Type d'étude :</u>

Cette étude est quantitative transversale observationnelle. Elle a été réalisée par auto ou hétéro questionnaires en fonction de la volonté du patient, dans le centre municipal de santé Pierre Rouquès à Villejuif. Le questionnaire comprenait des questions ouvertes et fermées.

2.2 Sujets inclus dans l'étude :

Le questionnaire était soumis aux patients consultant pour les consultations de médecine générale. Les patients éligibles devaient avoir obligatoirement leur médecin traitant déclaré dans le CMS Pierre Rouquès. Les principaux critères d'exclusion étaient d'être mineur, le refus de répondre aux questionnaires et une mauvaise compréhension de la langue française (pour éviter un biais de traduction). Chaque patient ne pouvait répondre qu'une seule fois à un questionnaire. Pour éviter les réponses multiples, leur numéro de dossier médical était demandé pour s'assurer, lors de la saisie de données, de l'absence de doublon.

2.3 Recueil de questionnaires :

Le recueil de données s'est déroulé de début décembre 2017 à début février 2018. Le recueil s'est passé tous les jours de la semaine, samedi matin inclus, afin d'obtenir un panel le plus représentatif possible. Certains patients consultant spécifiquement un médecin généraliste du centre et pas d'autres médecins et d'autres patients consultant principalement le samedi par obligation professionnelle.

La proposition de participation à l'étude se passait principalement lors de l'attente des patients en salle d'attente, après les avoir informés du thème et de l'objectif de l'étude et en vérifiant correctement les principaux critères d'exclusion (âge < 18 ans, barrière de la langue, médecin

traitant en dehors du centre et refus de participation). Les patients avaient le choix de répondre seuls aux questionnaires et, si besoin, la possibilité de demander de l'aide ou alors directement en entretien individuel dans un bureau de consultation mis à disposition par le CMS Pierre Rouquès. Bien entendu, les personnes refusant de répondre étaient informées de l'absence de conséquence sur la qualité des soins obtenus.

2.4 Le questionnaire :

Le questionnaire s'est inspiré d'un modèle utilisé dans une étude réalisée au sein d'un centre de santé du 10^e arrondissement de Paris. L'ordre des questions et la mise en page ont été modifiés (21). Les onze questions du score EPICES ont été rajoutées à ce questionnaire, ainsi que des questions sur l'offre de soin proposée au sein du CMS. Il était distribué sur papier format A4, comprenant 8 pages recto-verso. La première page présentait le cadre et l'objectif de l'étude. Il était composé de 4 grandes parties et de 42 à 48 questions en fonction des réponses données. Une première partie renseignait les caractères sociodémographiques (année de naissance, poids, taille, sexe, origine, ménage, couverture maladie, activité professionnelle). Les patients précisaient leur travail ou leur dernière activité professionnelle, puis pouvaient préciser la catégorie socio-professionnelle. S'ils ne connaissaient pas cette dernière, l'item était rempli avec l'aide du site de l'INSEE. Une deuxième partie portait sur les habitudes de vies (addictions, loisirs, difficultés financières, isolement social, logement). Dans les deux premières parties, l'inclusion des onze questions pour calculer le score EPICES a été réalisée. La troisième partie informait sur l'état de santé des patients et leur recours aux soins (santé ressentie, limitation, pathologie en cours, consultations de spécialistes dans l'année civile précédant le recueil). Cette partie contenait un chapitre spécifique destiné aux femmes avec 4 questions sur leur suivi gynécologique. Puis une quatrième et dernière partie, composée de 4

questions, interrogeait sur la sensation de manque de médecins généralistes ou d'autres spécialités dans le CMS.

2.5 Analyse statistique:

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Excel. Chaque donnée a été traitée sous forme de pourcentage, moyenne ou d'écart-type. Seules les 11 questions du score EPICES n'ont pas été traitées de cette façon. Avec le site medicalcul.free.fr/epices.html, ce score a été calculé pour chaque patient. Puis ce score EPICES a été traité sous forme de pourcentages, moyennes, et écarts-types. Les réponses libres dans le cadre du ressenti du manque de médecins généralistes ont été traitées par une analyse qualitative descriptive par regroupement d'idées, puis quantifiées en nombres et en pourcentages (22).

3 Résultats:

3.1 Taux de réponse :

Les résultats sont basés sur l'analyse de 172 questionnaires. 5 questionnaires n'ont pas été terminés et n'ont pas été inclus à l'analyse. 21 personnes ont refusé de répondre au questionnaire. Les raisons ont été multiples mais n'ont pas été analysées statistiquement. Les 2 principaux motifs évoqués étaient la peur de la confidentialité et le manque de temps à consacrer au questionnaire.

Le mercredi était le jour de la semaine où le recueil de questionnaire a été le plus important (42 sur 172 soit 24,40 %). À contrario, le samedi a été celui où le taux de réponse était le plus bas (7 sur 172 soit 4,10 %), sachant que le CMS est ouvert seulement en matinée. Le tableau 2 cidessous présente les données des jours de recueil des questionnaires.

<u>Tableau 2:</u> Jours de consultation du panel des patients ayant leur MT au CMS P. Rouquès (n=172).

	N	0/0
Jour de consultation (n=172)		
Lundi	30	17,40
Mardi	25	14,50
Mercredi	42	24,40
Jeudi	40	23,30
Vendredi	28	16,30
Samedi	7	4,10

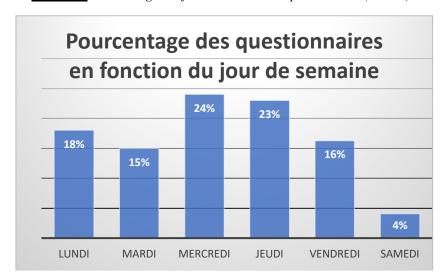


Figure 2 : Pourcentage des jours du recueil du questionnaire (N=172).

3.2 Caractéristiques sociodémographiques et précarité :

3.2.1 Caractéristiques sociodémographiques :

Le tableau 3 présente les caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées.

Le panel interrogé était constitué majoritairement de femmes (107 sur 172 soit 62,20 %). L'âge moyen des patients ayant répondu aux questionnaires était de 49.8 ± 15.80 ans. 103 patients de l'échantillon avaient 45 ans ou plus, soit 59,90 %. 92 patients sur 172 n'étaient pas nés en France, soit 53,00 %. Le principal continent d'origine des patients lors de l'étude était l'Europe (France incluse) avec 55,80 % du panel, puis l'Afrique (38,30 %).

94 personnes occupaient un emploi (soit 54,70 %). 22,70 % était retraité, 5,80 % chômeur, 8,10 % s'était classé dans la case « autres inactifs ». L'inactivité pour les 14 patients correspondants était la conséquence d'un handicap.

La CSP, selon la classification de l'INSEE, la plus représentée était les employés (25,00 %). Les personnes sans activité professionnelle et les retraités étaient les autres catégories socioprofessionnelles les plus présentes (22,70 %). Dans la CSP « personnes sans activité

professionnelle » étaient inclus les étudiants, les personnes en formation, les femmes ou hommes au foyer, les personnes en congé parental et la catégorie « autres ». Sur le panel, 16 patients (10 retraités et 6 chômeurs) n'avaient pas précisé leur type d'activité avant leur statut actuel.

Le type de ménage le plus représenté était le ménage mononucléaire (1 couple avec ou sans enfant) avec 85 personnes sur 172 (49,40 %), suivi par les patients vivants seuls (26,80 %) et les familles monoparentales (9,30 %).

62 patients avaient des enfants, soit 36,00 % du panel. Le nombre moyen d'enfant parmi cet échantillon était de $2,81 \pm 1,66$ par patient. La moyenne d'âge des enfants était de $20,73 \pm 15,45$ ans.

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques et état de santé des patients du CMS de Villejuif (N=172).

	N	% ou m +/- sd
Sexe (n=172)		
Hommes	65	37,80
Femmes	107	62,20
Âge (n=172)		
Age moyen	172	$49,\!80\pm15,\!80$
Classe d'âge (n=172)		
18-29 ans	15	8,70
30-44 ans	54	31,40
45-64 ans	63	36,60
65 ans et plus	40	23,30
Pays de Naissance (n=172)		
France	80	47,00
Autres	92	53,00
Continent d'origine (n=172)		
Europe (France incluse)	96	55,80
Afrique	66	38,30
Amérique du Sud	1	0,60
Amérique du Nord	2	1,20
Asie	5	2,90
Océanie	0	0,00
Non renseigné	2	1,20

Type de ménage (n=172)		
Seul	46	26,80
Ménage mononucléaire	85	49,40
Ménage mononucléaire élargi	3	1,70
Ménage plurinucléaire	2	1,20
Famille monoparentale	16	9,30
Famille monoparentale élargie	2	1,20
Ménage d'isolés	9	5,20
Autres	9	5,20
Activité actuelle (n=172)		,
Emploi	94	54,70
Apprenti sous contrat ou stage rémunéré	1	0,60
Retraité	39	22,70
Chômeur	10	5,80
Étudiant ou stage non rémunéré	4	2,30
Femme ou homme au foyer	4	2,30
Congé parental	6	3,50
Autres inactifs	14	8,10
Catégories socioprofessionnelles (n=172)		
Agriculteurs, exploitants	0	0,00
Artisans, commerçants	3	1,70
Cadres et professions intellectuelles supérieures	17	9,90
Professions intermédiaires	12	7,00
Employés	43	25,00
Ouvriers	19	11,00
Retraités	39	22,70
Autres personnes sans activité professionnelle	39	22,70
Catégories socioprofessionnelles des actifs (n=94)		
Agriculteurs, exploitants	0	0,00
Artisans, commerçants	2	3,20
Cadres et professions intellectuelles supérieures	17	18,10
Professions intermédiaires	12	12,80
Employés	43	45,70
Ouvriers	19	20,20
Enfants (n=172)		
Oui	62	36,00
Non	110	64,00
Caractéristiques des enfants (n=62)		
Nombre moyen d'enfant par patient	62	$2,81 \pm 1,66$
Age moyen	62	$20,73 \pm 15,45$

3.2.2 Précarité des patients du centre :

La précarité était évaluée par le calcul du score EPICES, en fonction des réponses données par les patients. Un seul score n'a pu être calculé pour manque de réponse. Un patient était considéré précaire lorsque le score EPICES était supérieur à 30,17. Le score moyen EPICES des patients questionnés était de $34,49 \pm 21,28$. Plus de la moitié des patients (55,20 %) étaient considérés comme précaires.

<u>Tableau 4 :</u> Répartition de la précarité en fonction du score EPICES chez les patients du CMS de Villejuif (n=172).

	N	% ou m +/- sd
Scores EPICES (n=172)		
Score moyen	172	$34,49 \pm 21,28$
Non précaires (EPICES <30,17)	76	44,20
Précaires (30,17 ≤ EPICES)	95	55,20
Non calculé	1	0,60

3.3 Couverture maladie:

Les patients inclus dans l'étude devaient indiquer leur type de couverture sociale standard et s'ils détenaient une complémentaire santé. Ils devaient indiquer s'ils bénéficiaient d'une prise en charge à 100 % pour raison médicale. Toutes ces données sont dans le tableau 5. Sur les 172 patients, une large majorité de patients avaient la Sécurité Sociale standard avec 142 réponses (82,60 %) et 22 patients bénéficiaient de la CMU (12,80 %).

125 patients avaient une mutuelle ou une assurance privée en complémentaire santé, soit 72,70 %. 14,50 % des patients n'avait aucune complémentaire santé.

58 patients sur 172 (33,70 %) étaient pris en charge à 100 % pour raison médicale. Un chiffre était surprenant : 13 patients (soit 7,60 %) ne savaient pas s'ils bénéficiaient d'une prise en charge à 100 % pour raison médicale.

<u>Tableau 5 :</u> Les différents types de couverture maladie des patients du CMS P. Rouquès (N=172).

	N	%
Type de couverture maladie standard (n=172)		
Sécurité Sociale standard	142	82,60
CMU	22	12,80
AME	5	2,90
Aucune	0	0,00
Ne sais pas	3	1,70
Type de couverture maladie complémentaire (n=172)		
CMU-C	21	12,20
Mutuelle ou autres	125	72,70
Non	25	14,50
Ne sais pas	1	0,60
Prise en charge à 100% (ALD) (n=172)		
Oui	58	33,70
Non	101	58,70
Ne sais pas	13	7,60

3.4 L'accès aux soins des patients :

Le questionnaire demandait si, au cours des 12 derniers mois, les patients avaient déjà renoncé à des soins pour raison financière, par manque de temps ou pour une autre raison. Les statistiques étudiaient si les patients avaient renoncé aux soins et pour quels soins ce renoncement avait eu lieu. Elles n'étudiaient pas pour quelle raison précise ils avaient renoncé aux soins médicaux. L'étude renseignait si les patients avaient déjà consulté, en dehors des urgences et d'une hospitalisation au cours des 12 derniers mois, un spécialiste autre qu'un médecin généraliste.

3.4.1 Le renoncement aux soins :

67 patients du panel (39,00 %) avaient admis avoir renoncé à des soins médicaux. Le soin dentaire était le principal soin laissé de côté. Plus de la moitié de cet échantillon (53,70 %) avait coché cet item. Puis, c'était la consultation chez le médecin généraliste qui suivait avec 25 réponses cochées soit 37,30 %.

<u>Tableau 6 :</u> Caractéristiques du renoncement aux soins des patients ayant les MT dans le CMS P. Rouquès (N=172).

	N	%
Renoncer aux soins (n=172)		
Oui	67	39,00
Non	105	61,00
Renoncer à la consultation de médecine générale (n=67)		
Oui	25	37,30
Non	42	62,70
Renoncer à la consultation spécialiste (n=67)		
Oui	20	29,90
Non	47	70,10
Renoncer au dentiste (n=67)		
Oui	36	53,70
Non	31	46,30
Renoncer aux soins ophtalmologiques (n=67)		
Oui	14	20,90
Non	53	79,10
Renoncer aux examens complémentaires (n=67)		
Oui	14	20,90
Non	53	79,10

3.4.2 Recours aux spécialistes :

Une large majorité du panel avait consulté au moins un spécialiste hors médecin généraliste durant les 12 derniers mois avec 70,30 % des patients. Sur les 121 patients ayant déclaré avoir consulté aux moins un spécialiste, 1 patient n'avait pas précisé lequel. 33 personnes avaient consulté un cardiologue (27,30 %), 30 un rhumatologue (24,80 %) et 73, soit 60,30 %, avaient répondu avoir consulté une autre spécialité que celles proposées lors de la question. Dans ces « autres spécialités », celles les plus retrouvées était l'ophtalmologie pour 20 patients, puis la gynécologie (17 patients), suivi par l'orthopédie (8 patients). On retrouvait dans les autres spécialités citées la pneumologie, l'anesthésie, l'hématologie, l'allergologie, l'oncologie, la neurochirurgie, la chirurgie viscérale, la phlébologie, la médecine du sport et la médecine antidouleur.

<u>Tableau 7:</u> Les différentes spécialités consultées par les patients ayant leur MT dans le CMS (N=172).

	N	%
Consultation de spécialiste dans l'année (n=172)		
Oui	121	70,30
Non	51	29,70
Consultation de cardiologue (n=121)	<i>J</i> 1	27,10
Oui	33	27.20
		27,30
Non	87	71,90
Non renseigné	1	0,80
Consultation de dermatologue (n=121)		
Oui	19	15,70
Non	101	83,50
Non renseigné	1	0,80
Consultation de rhumatologue (n=121)		
Oui	30	24,80
Non	90	74,40
Non renseigné	1	0,80
Consultation d'endocrinologue (n=121)		
Oui	12	9,90
Non	108	89,30
Non renseigné	1	0,80
Consultation de psychiatre (n=121)		<u> </u>
Oui	17	14,10
Non	103	85,10
Non renseigné	1	0,80
Consultation d'autres spécialistes (n=121)		,
Oui	73	60,30
Non	47	38,90
Non renseigné	1	0,80
<i>5</i>		- ,

3.5 Santé ressentie, santé générale et habitus de vie :

Le questionnaire interrogeait les patients sur plusieurs aspects de leur santé générale. D'abord sur l'état de santé ressenti au niveau général, physique et psychique. Puis les patients devaient indiquer sur une liste de maladies proposées, s'ils en avaient été atteints au cours de l'année écoulée. Le questionnaire demandait aussi aux patients de préciser leur poids et taille, ce qui permettait de calculer leur IMC. Puis une partie était destinée à connaître leur facteurs d'expositions à certaines addictions.

3.5.1 Santé ressentie :

78 patients interrogés sur 172 (45,30 %) considéraient leur état de santé général comme bon et 68 (39,50 %) le trouvaient moyen. 47,70 % estimait que son état de santé physique était moyen et 33,10 % bon. Concernant l'état de santé psychique, 44,80 % des patients le décrivait comme bon, 32,50 % moyen et 5 patients (soit 2,90%) le décrivaient comme très mauvais.

A la question si les gens se considéraient limités dans les activités de la vie courante à cause de leur état de santé, à peine la majorité (51,20 %) ne se sentait pas limitée. En revanche, 62 patients sur 172 (soit 36,00 %) se sentaient limités mais pas fortement.

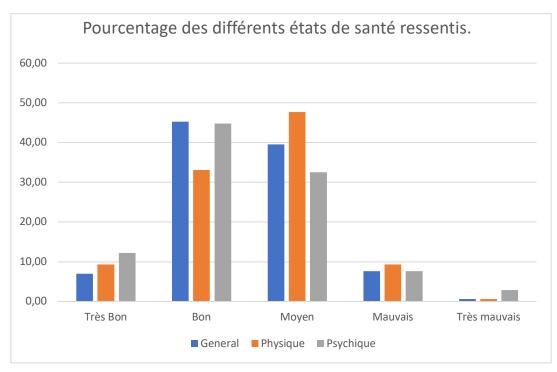


Figure 3 : Histogramme des différents états de santé ressentis par les patients du CMS de Villejuif (N=172).

<u>Figure 4 :</u> Répartition des différentes limitations d'activité de la vie quotidienne dues à l'état de santé des patients du CMS de Villejuif (N=172).

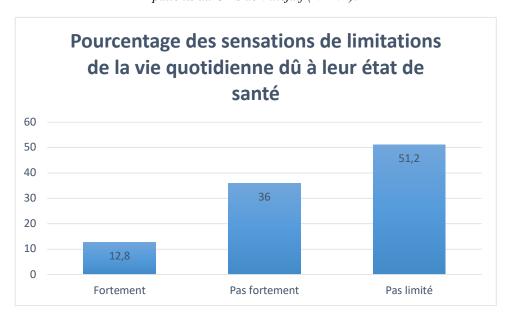


Tableau 8 : États de santé ressentis des patients du CMS de Villejuif (N=172).

	N	%
État de santé général (n=172)		
Très bon	12	7,00
Bon	78	45,30
Moyen	68	39,50
Mauvais	13	7,60
Très mauvais	1	0,60
État de santé physique (n=172)		
Très bon	16	9,30
Bon	57	33,10
Moyen	82	47,70
Mauvais	16	9,30
Très mauvais	1	0,60
État de santé psychique (n=172)		
Très bon	21	12,20
Bon	77	44,80
Moyen	56	32,50
Mauvais	13	7,60
Très mauvais	5	2,90
Sensation de limitation (n=172)		
Oui fortement	22	12,80
Oui mais pas fortement	62	36,00
Non	88	51,20

3.5.2 <u>État de santé général :</u>

3.5.2.1 <u>Indice de Masse Corporelle</u> :

L'étude avait retrouvé un IMC moyen 26,48 ± 5,11 kg/m². Sur les 172 patients, un IMC n'avait pas pu être calculé par manque de données. 71 patients sur 172 avaient un IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m², soit 41,30 % du panel. La figure 5 ci-dessous représente la répartition des différents IMC du panel étudié.

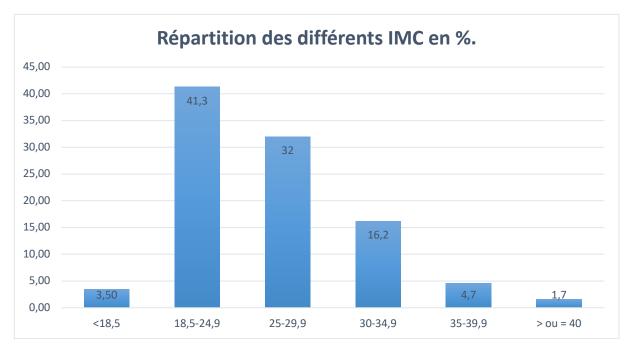


Figure 5 : Répartition des IMC des patients du CMS P. Rouquès (N=172).

3.5.2.2 Les différentes maladies des patients du CMS :

26 personnes interrogées avaient déclaré être invalide ou handicapée (15,10 %). Plus de la moitié du panel (56,40 %) avait des dents à soigner, en mauvais état ou à remplacer. 32,50 % des patients interrogés était atteint d'hypertension artérielle. 113 patients sur 172 (65,70 %) avaient déclaré avoir eu des maux de dos au cours des 12 derniers mois et 36,60 % avait contracté des migraines ou maux de têtes fréquents. 26 patients avaient répondu à l'item « d'autres maladies », soit 15,10 % du panel. Ils pouvaient ensuite préciser de quelles maladies

il s'agissait. Les différentes réponses étaient dysthyroïdie, VIH, endométriose, SAOS, polynévrite, schizophrénie, hypercholestérolémie, hernie discale, chondrocalcinose, panaris, entorse, canal carpien et fibromyalgie. 5 des 26 patients n'avaient pas précisé de quelles maladies ils étaient atteints.

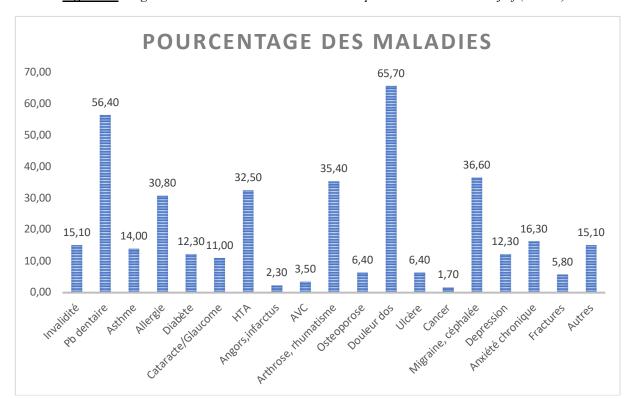


Figure 6 : Diagramme des maladies retrouvées chez les patients du CMS de Villejuif (N=172).

3.5.3 Habitus de vie :

Seulement 29 personnes (16,90 %) étaient fumeuses au cours du recueil. 79,30 % de cet échantillon fumait quotidiennement. Seulement 1 personne avait déclaré fumer la cigarette électronique. Sur les 143 non-fumeurs, 77,60 % n'avait jamais fumé.

Plus de la moitié du panel (56,40 %) avait déclaré ne jamais consommer d'alcool. 5,80 % des patients avait déclaré boire au moins 4 fois par semaine.

Enfin, 87,20 % n'avait jamais consommé de cannabis et 10 patients avaient déclaré en fumer au moins une fois par mois minimum (dont 5 une fois par semaine).

Tableau 9 : Les addictions des patients du CMS P. Rouquès (N=172).

	N	0/0
Tabac (n=172)		
Oui	29	16,90
Non	143	83,10
Type de tabagisme actif (n=29)		
Quotidiennement	23	79,30
Occasionnellement	5	17,20
Cigarette électronique	1	3,50
Non tabagique (n=143)		
N'ayant jamais fumé	111	77,60
Ayant arrêté de fumer	32	22,40
Consommation d'alcool (n=172)		
Jamais	97	56,40
1 fois par mois	39	22,70
2-4 fois par mois	25	14,50
2-3 fois par semaine	8	4,60
4 fois ou plus par semaine	2	1,20
Quotidiennement	1	0,60
Consommation de cannabis (n=172)		
Jamais	150	87,20
1 fois par an ou moins	12	7,00
1 fois par mois	5	2,90
1 fois ou plusieurs fois par semaine	5	2,90

3.6 Santé des femmes du CMS P. Rouquès :

La partie « C4 » du questionnaire était spécifiquement dédiée aux femmes, population nécessitant des soins et actes de prévention spécifiques dès l'âge de 25 ans jusqu'à 74 ans inclus. Cette partie renseignait sur leur suivi gynécologique et sur le fait de suivre les recommandations de dépistage de cancer du col de l'utérus par frottis cervico-vaginal tous les 3 ans et du cancer du sein par mammographies de dépistage tous les 2 ans. Seules les femmes de plus de 50 ans devaient répondre à la partie renseignant sur la mammographie.

Sur les 107 femmes ayant répondu au questionnaire, seulement 2 étaient enceintes.

3.6.1 <u>Le frottis cervico-vaginal:</u>

92,50 % des femmes interrogées avait déjà eu un FCV. Sur les 8 femmes qui n'avaient jamais bénéficié de FCV, 3 avaient moins de 25 ans et n'avaient pas d'indication médicale à en faire. 81 femmes du panel (soit 81,90 %) avaient bénéficié d'un FCV dans les trois dernières années. Sur ce groupe, 2 femmes avaient moins de 25 ans et n'auraient pas dû en avoir selon les recommandations médicales françaises. Sur les 18 femmes ayant eu un frottis supérieur à 3 ans, 12 avaient plus de 65 ans et ne faisaient donc plus réellement partie de la campagne de dépistage.

3.6.2 La mammographie:

Toutes les femmes de plus de 50 ans avaient répondu à la question. Sur les 47 femmes, 5 seulement n'avaient jamais fait de mammographie, dont 4 ayant juste 50 ans donc entrant juste dans le cadre du dépistage. 76,60 % des femmes de plus de 50 ans avait réalisé une mammographie dans les deux dernières années. Sur les 6 femmes n'ayant pas fait de mammographie dans les 2 ans, 5 avaient moins de 74 ans et la dernière, âgée de 76 ans, déclarait ne pas avoir fait de mammographie depuis plus de 5 ans.

Tableau 10 : Caractéristiques du suivi gynécologique chez les patientes du CMS P. Rouquès (N=107).

	N	%
Femme ayant déjà eu un frottis (n=107)		
Oui	99	92,50
Non	8	7,50
Date du dernier frottis (n=99)		
Un an ou moins	47	47,50
Entre 1 et 2 ans (2 ans exclus)	29	29,30
Entre 2 et 3 ans (3 ans exclus)	5	5,10
Entre 3 et 4 ans (4 ans exclus)	3	3,00
4 ans et plus	15	15,10
Dernière mammographie pour les femmes de plus de 50 a	ans (n=47)	
Jamais	5	10,60
Moins de 1 an	14	29,80
Entre 1 et 2 ans (2 ans exclus)	22	46,80
Entre 2 et 3 ans (3 ans exclus)	3	6,40
Entre 3 et 5 ans (5 ans exclus)	3	6,40
5 ans et plus	0	0

3.7 <u>Les attentes des patients vis-à-vis du Centre de santé :</u>

La dernière partie du questionnaire était destinée à renseigner sur ce que pensaient les patients de l'offre de soins du CMS. Les patients devaient indiquer s'ils ressentaient un manque de médecins généralistes ; si la réponse était positive, ils précisaient la raison de cette sensation de manque d'offre de soins. Une dernière question demandait s'ils ressentaient un manque de spécialistes dans le centre puis pouvaient préciser quelle spécialité.

2 questionnaires n'ont pas été remplis à la question « pensez-vous qu'il manque des médecins généralistes dans le CMS ? » et 3 pour la partie destinée aux spécialistes.

42 patients (soit 24,40 %) ressentaient un manque de médecins généralistes dans le centre. 5 des 42 patients n'avaient pas précisé la raison de cette réponse. Pour 50,00 % de ce groupe la principale raison était que les délais pour voir un médecin étaient trop longs et pour 31,00 % le fait qu'il manquait des créneaux sans rendez-vous que l'on pourrait traduire aussi par le fait d'être vu en urgence.

Plus de la moitié des personnes interrogées (52,30 %) trouvaient qu'il manquait de spécialistes dans le CMS.

Dans ce groupe du panel (n=90), la pédiatrie était la spécialité indiquée le plus souvent avec 45 réponses (50,00 %), suivie par 36 réponses pour la pneumologie (40,00 %), 32 pour la gastro-entérologie (35,60 %) et 31 pour l'endocrino-diabétologie (34,40 %). La mention « autres spécialités » avait été cochée à 29 reprises. Les patients pouvaient préciser de quelles autres spécialités ils souhaitaient disposer dans le CMS. On retrouvait dans les spécialités indiquées : dentiste, neurologie, gériatrie, urologie, addictologie, médecine du sport. Les patients aussi étaient demandeurs de consultations supplémentaires de spécialités déjà offertes dans le CMS (ophtalmologie, dermatologie, cardiologie, gynécologie, et rhumatologie).

Tableau 11: Les attentes des patients du CMS P. Rouquès (N=172).

	N	%
Manque-t-il des médecins généralistes ? (n=172)		
Oui	42	24,40
Non	128	74,40
Non renseigné	2	1,20
Causes du manque de médecins : (n=42)		1,20
Délais de rendez-vous trop long	21	50,00
Manque de créneaux sans rendez-vous	13	31,00
Manque de médecins permanents	3	7,10
Non renseigné	5	11,90
Manque-t-il des médecins d'autres spécialités (n=172) ?		11,90
Oui	90	52,30
Non	90 79	45,90
Non renseigné	3	1,80
De quelles spécialités manque-t-il ? (n=90)	3	1,00
Pneumologue		
Oui	36	40,00
Non	53	58,90
Non renseigné	1	1,10
Non renseigne	1	1,10
Endocrinologue-diabétologue		
Oui	31	34,40
Non	58	64,50
Non renseigné	1	1,10
Pédiatre		
Oui	45	50,00
Non	44	48,90
Non renseigné	1	1,10
Néphrologue	1.5	16.70
Oui	15	16,70
Non	74	82,20
Non renseigné	1	1,10
0 4 4′ 1		
Gastroentérologue	32	35,60
Oui	57	63,30
Non	1	1,10
Non renseigné	1	1,10
Autres		
Oui	29	32,20
	60	66,70
Non	1	1,10
Non renseigné	1	1,10

4 Discussion:

4.1 Résumé des résultats :

Sur les 172 questionnaires, le mercredi a été le jour de la semaine où le plus de questionnaires avaient été recueillis, avec presque un quart des questionnaires. La population de l'étude était constituée d'une majorité de femmes (62,20 %) et un peu plus de la moitié (53,00 %) des répondants n'étaient pas nés en France. L'âge moyen des participants sondés était de 49,8 ans. La moitié des patients occupait un emploi lors de la période du recueil du questionnaire et presque un quart était retraité. Un peu moins de la moitié des patients avait déclaré être en ménage mononucléaire. Un tiers avait des enfants, et le nombre moyen d'enfant par foyer était de 2,81.

Le score EPICES moyen était de 34,49 avec un écart type de \pm 21,28 et 55,20 % des répondants avait un score supérieur au seuil de précarité qui est de 30,17.

Une grande majorité des patients bénéficiait d'une couverture sociale via la sécurité sociale. 12,80 % des patients était couvert par la CMU. 72,70 % des patients bénéficiait d'une complémentaire santé privée et 14,50 % des patients n'avait aucune couverture maladie complémentaire. Un tiers des participants interrogés avait une prise en charge à 100% au titre d'une ALD.

39,00 % des patients sondés avait admis avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois par manque de temps, d'argent ou autres raisons. Pour cet échantillon, le soin dentaire était celui le plus délaissé, ce qui correspondait à 53,70 %. Ensuite suivaient les consultations chez le médecin généraliste, avec 37,30 % de réponses. Plus de deux tiers (70,30 %) des patients interrogés avaient consulté un spécialiste durant les 12 derniers mois. Les spécialités les plus consultées étaient les cardiologues et les rhumatologues.

Un peu moins de la moitié (45,30 %) des personnes interrogées considérait leur état de santé général bon et 39,50 % le ressentait moyen. Très peu de personnes le considéraient très bon,

avec seulement 7,00 % et encore moins très mauvais avec seulement une réponse. Concernant l'état de santé physique, 33,10 % l'avait déclaré bon et 47,70 % moyen. Les chiffres s'inversaient pour l'état de santé psychique avec 44,80 % l'ayant ressenti bon et 32,50 % mauvais. La majorité des répondants ne ressentait pas de limitation dans les actes de la vie quotidienne à cause de son état de santé mais 36,00 % des interrogés se ressentait limité mais pas fortement.

Plus de 40,00 % des patients avaient un IMC dans la norme, cependant 54,60 % des patients avait un IMC supérieur à 25 kg/m². Une large majorité des patients (65,70 %) déclarait souffrir de maux de dos et plus de la moitié de problèmes dentaires. Les autres maladies rapportées le plus fréquemment étaient les allergies, l'hypertension artérielle, les rhumatismes et les migraines/maux de tête.

Une minorité des répondants déclarait fumer (16,90 %), dont la majorité fumait quotidiennement. 56,40 % des patients avait déclaré n'avoir jamais consommé de l'alcool. Très peu de répondants avouaient avoir déjà consommé du cannabis.

À propos de la prévention de la santé des femmes, 92,50 % d'entre elles avait déjà eu un frottis et 81,90 % avait réalisé un frottis dans les trois dernières années. Pour les femmes de 50 ans et plus, 76,60 % avait effectué une mammographie il y a moins de 2 ans.

Presque un quart des patients avait l'impression qu'il manquait de médecins généralistes dans le CMS. Pour la moitié de ce groupe, cette sensation était la conséquence de trop longs délais pour obtenir un rendez-vous. Plus de la moitié des patients (52,30 %) ressentaient un manque de spécialistes dans le CMS, la pédiatrie étant la spécialité la plus citée.

4.2 Interprétation des résultats :

4.2.1 Catégories sociodémographiques :

La population étudiée était composée d'une majorité de femmes, avec 62,20 % de l'effectif. Ce chiffre peut être expliqué par le fait que les femmes auraient plus recours aux médecins généralistes que les hommes et ceci plus fréquemment. Dans une étude de la DREES de 2010, 91,00 % de femmes (contre 84,00 % d'hommes) avait déclaré avoir vu un médecin généraliste lors des 12 derniers mois (23). D'après l'INSEE une femme voit un généraliste 5,6 fois par an contre 4,4 fois pour un homme (24).

L'âge moyen des patients était de 49,80 ans, ce qui est légèrement plus âgé que les patients inclus dans l'étude EPIDAURE (45,40 ans) (25). L'étude EPIDAURE est une étude réalisée dans 21 centres de santé dans 11 communes dont la majorité en Île-de-France (Belfort, Champigny-sur-Marne, Gennevilliers, Grenoble, Ivry-sur-Seine, La Courneuve, Malakoff, Montreuil, Nanterre, Paris-Association pour le développement de la médecine sociale (ADMS) et Vitry-sur-Seine) (25).

La CSP des personnes actives la plus représentée chez les patients du CMS était « employé », (45,70 %), chiffre très supérieur par rapport aux données nationales de l'INSEE qui est de 27,20% (26) et très inférieur à celui de l'étude EPIDAURE (65,60 %) (25). La proportion des ouvriers était similaire, comparée à celle de l'INSEE. La catégorie « profession intermédiaire » est deux fois moins importante au sein du CMS (12,80 %) qu'au niveau national (25,70 %) (26).

Les retraités représentaient presque un quart de la population interrogée (22,70 %), chiffre comparable à l'étude EPIDAURE qui retrouvait 20,40 % de retraités dans les 21 centres de santé. Cette part importante des retraités, qui sont en partie probablement des personnes âgées, est le fait de l'allongement de l'espérance de vie, de l'avancée en âge de la génération babyboom (27) et de l'augmentation de l'utilisation des soins de santé en rapport avec l'âge (28).

Le pourcentage de la population née hors de France représentait une part non négligeable des répondants (53,00 %). En 2015, la part d'étrangers à Villejuif était de 15,90 % (6). On peut supposer que cette part de la population villejuifoise se tourne vers le CMS pour deux raisons. D'une part les médecins libéraux de Villejuif n'acceptent plus de nouveaux patients, du fait de la diminution de la démographie médicale dans Villejuif. D'autre part, depuis l'accord national promulgué le 19 avril 2003 les centres de santé ont été défini comme « une structure se situant au plus près des assurés, pratiquant le tiers payant et s'engageant à respecter les tarifs conventionnels » (29), caractéristiques attrayantes pour les patients et les primo-arrivants bénéficiaires de la CMU et AME.

Le type de ménage le plus représenté était celui qui semble le plus conventionnel dans l'esprit populaire, il s'agissait du « ménage mononucléaire avec ou sans enfant », avec 49,40 % des patients dans cette configuration, chiffre similaire aux données de l'INSEE de 2012. Le second type de ménage le plus fréquent était le ménage « d'isolé » soit un quart de la population sondée (46 personnes). Sur ces ménages isolés, 19 patients ont 65 ans ou plus. Ce sont donc des personnes potentiellement plus fragiles qui peuvent se retrouver dans un contexte d'isolement social.

4.2.2 Précarité :

Le score EPICES moyen des patients interrogés était de 34,49, chiffre supérieur au seuil de précarité défini par le CETAF donc significatif de précarité. Ce résultat est inférieur au score moyen retrouvé dans les 21 centres de l'étude EPIDAURE en 2009 (25), qui est de 38,2, mais supérieur à celui de l'étude ESPS de 2008, qui est de 25,9. L'enquête ESPS est une étude bisannuelle conduite par l'IRDES depuis 1998. Elle explore les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'assurance publique et privée et le statut économique et social

des individus sondés en France métropolitaine. Elle est réalisée par téléphone ou entretien en face-à-face (30).

Le taux de pourcentage au-dessus du seuil de précarité dans notre étude était de 55,20 % contre 63,50 % pour l'étude EPIDAURE. Les patients du CMS Pierre Rouquès semblent moins précaires que les patients de l'étude EPIDAURE, mais plus précaires que les patients de l'étude ESPS 2008, qui retrouvait 38,30 % de patients précaires.

4.2.3 <u>Les différentes couvertures sociales :</u>

Une très grande majorité des personnes sondées était couverte par la Sécurité Sociale standard (82,60 %). 12,20 % des patients du CMS bénéficiait de la CMU-C. En France métropolitaine, en 2016, d'après l'INSEE, plus de 4 millions de personnes bénéficiaient de la CMU-C (31), soit un peu plus de 6,50 % de la population française ; donc la population du CMS semble plus bénéficier de la CMU-C que la population générale. La population de notre étude semble moins bénéficier de la CMU-C que les patients inclus dans l'étude EPIDAURE (15,80 %) mais plus que les patients de l'étude ESPS 2008 (5,70 %) (25).

14,50 %, soit 25 patients, ne possédait pas de complémentaire santé. Sur cet échantillon, 11 bénéficiaient d'une prise en charge à 100% pour raison médicale. On peut supposer qu'ils ne souscrivent pas à une complémentaire santé car ils avancent très rarement les frais du fait de leur ALD. Sur les 14 patients restants, 11 avaient un score EPICES significatif de précarité. On peut émettre l'hypothèse qu'un manque de ressources financières est la raison de l'absence de complémentaire.

Un tiers de la population de l'étude (33,70 %) bénéficiait d'une prise en charge à 100% au titre d'une ALD. C'est un taux deux fois plus important que les chiffres nationaux de 2016 retrouvés sur ameli.fr. Le taux d'ALD dans notre étude est similaire au taux retrouvé dans l'étude du centre de santé Richerand dans le 10^e arrondissement de Paris (32,40 %) (21). C'est un chiffre

non négligeable car les personnes en ALD sont souvent des personnes plus défavorisées et plus âgées et consommant 5 fois plus de soins par an que les personnes ne bénéficiant pas d'ALD (3900 € vs 800 € de soins par an) (32).

4.2.4 Le recours aux soins :

Notre étude interrogeait sur le renoncement aux soins sans en étudier la raison. 39,00 % des patients avait répondu avoir renoncé à des soins au cours de l'année écoulée. C'est un chiffre supérieur à une étude réalisée en région parisienne en 2010 selon laquelle 30,90 % des habitants de l'agglomération parisienne déclarait avoir renoncé à au moins un type de soin de santé au cours des douze derniers mois, quelle qu'en soit la raison (33). Dans cette même étude et dans une autre réalisée en 2007 (34), la principale raison de renoncement à des soins médicaux et dentaires était d'ordre financier. Au vu du taux de patients précaires dans le CMS, on peut supposer que c'est également la principale raison du renoncement aux soins des patients du CMS.

Malgré ce chiffre, une large majorité des patients du CMS avait consulté au moins une fois un spécialiste (autre que le médecin généraliste) aux cours de l'année (70,30 %). La cardiologie (27,30 %) et la rhumatologie (24,80 %) étaient les 2 spécialités les plus consultées par la patientèle du CMS. Il est possible que ce soit les plus consultées car le CMS dispose de ces deux spécialités. Il s'agit également des spécialités correspondant aux comorbidités les plus citées par les patients aux cours des 12 derniers mois (cf. figure 6). En effet, dans une étude de la DREES, les recours au cardiologue et rhumatologue sont le plus souvent pour des pathologies chroniques (36,00 % à 66,00 % des consultations) (35).

4.2.5 <u>L'état de santé :</u>

L'OMS définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité » (36). Le questionnaire interrogeait sur l'état de santé ressenti général, physique et psychique. Ces questions sont cependant des questions très subjectives. Chaque patient peut avoir un ressenti différent dans une situation médicale identique.

Selon les données de l'Enquête Santé Européenne de 2014, en France Métropolitaine, 69,00 % des personnes âgées de 15 ans ou plus se déclarait en « bon » ou « très bon » état de santé, 23,00 % déclarait un état de santé « assez bon » et 7,00 % un état de santé « mauvais » ou « très mauvais » (30).

Dans notre étude, les chiffres sont différents. Seulement 52,30 % des patients se sentait en « très bon » ou « bon » état général. Il y avait 39,50 % des patients qui déclarait un état de santé « moyen » que l'on peut considérer être l'équivalent de l'état de santé « assez bon ». Seuls les chiffres concernant les états de santé « mauvais » et « très mauvais » sont semblables avec 8,40 % dans notre étude. En revanche, nos chiffres sont très semblables aux chiffres des états de santé déclarés chez les patients des 21 centres de l'étude EPIDAURE. Dans l'étude EPIDAURE, 54,40 % des patients déclarait un état de santé « très bon » et « bon », 35,70 % un état de santé « moyen » et 9,20 % un état de santé « mauvais » et « très mauvais ».

L'état de santé psychique de la population de notre étude peut être considéré comme correct car plus de la moitié des patients se considéraient en « très bon » et « bon » état de santé psychique et 32,50 % des patients déclarait un état de santé psychique « moyen ». 10,50 % des patients se sentait en « mauvais » et « très mauvais » état de santé psychique. Ces chiffres sont très similaires à l'état de santé psychique des patients du centre Richerand du 10^e arrondissement de Paris (21). Pour rappel, l'état de santé psychique ou mental ne se résume pas

à l'absence d'une maladie mentale. Différents éléments contribuent à une bonne santé mentale, par exemple une forte estime de soi ou un niveau de stress limité (37).

La moitié des patients ne ressentait aucune limitation dans les activités de la vie quotidienne causée par leur état de santé. Mais on note 22 patients, soit 12,80 %, qui ressentaient une forte limitation dans leurs activités de la vie quotidienne causée par leur état de santé. Sur ces 22 patients, un tiers était âgé de plus de 65 ans. Dans une étude réalisée au Québec en 2001, il avait été retrouvé que le taux d'incapacité augmentait graduellement avec l'âge (38) (39). On note, que sur ces patients très fortement limités, quatorze avaient le statut d'invalide. L'association invalidité et sensation de limitation dans la vie quotidienne semble évidente. Sur les 26 patients invalides, 21 se sentaient limités dans les activités de la vie quotidienne lors de l'étude.

Parmi les pathologies citées par les patients ces 12 derniers mois, la « douleur de dos » était celle le plus fréquences à vaguée (65 70 %). Pare l'étude « l'état de senté de le population

Parmi les pathologies citées par les patients ces 12 derniers mois, la « douleur de dos » était celle le plus fréquemment évoquée (65,70 %). Dans l'étude « l'état de santé de la population en France » de 2017, les rachialgies et cervicalgies réunies étaient les plaintes les plus déclarées pour chaque tranche d'âge. Les patients de plus de 65 ans déclaraient, pour 60,60 % d'entre eux, souffrir de ces maux (40). Ce chiffre est expliqué par les données de l'IRDES de 2004 qui précisaient que les rachialgies étaient la 2° cause de consultation chez le médecin généraliste, représentaient 7,00 % des arrêts de travail et étaient la première cause d'invalidité avant 45 ans (41). Le 2° problème de santé rencontré par les patients du CMS était les problèmes dentaires : 56,40 % d'entre eux avait déclaré en souffrir durant l'année passée. En 2014, pour la France entière, un peu plus de 43,00 % des patients avait eu au moins une fois recours à un chirurgiendentiste, chiffre légèrement inférieur par rapport à celui de notre étude. Ce chiffre, plus important dans notre étude, peut s'expliquer par le fort taux de personnes précaires dans le CMS (55,20 %). L'étude « problèmes dentaires et précarité » de février 2002 retrouve une forte association entre les deux composantes, aussi bien en raison des conditions de vie plus difficiles

que connaissent et/ou ont connu les personnes en situation précaire que du manque d'accès aux soins correspondants (42).

La catégorie « céphalée et migraine » est la 3^e morbidité dont les patients de notre étude se plaignaient le plus (36,60 %). Ce chiffre est inférieur à celui retrouvé dans une étude de décembre 2006 de la DREES qui retrouvait, parmi la population de France métropolitaine âgée de 15 ans et plus, près d'une personne sur deux souffrant de maux de tête (43).

Le taux d'HTA dans le CMS était de 32,50 %. Selon la recommandation de l'HAS, une HTA est définie comme une élévation de la pression artérielle, comprenant une pression artérielle systolique ≥ 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg mesurées au cabinet médical et confirmées sur plusieurs consultations (44). Les maladies cardiovasculaires sont une des principales causes de décès en France. L'HTA est l'un des facteurs de risque le plus important et le plus fréquent (40). La prévalence d'HTA dans notre étude est similaire à celle retrouvée dans l'étude nationale Nutrition Santé réalisée en 2006-2007 qui retrouve une prévalence à 31,00 % pour la population âgée de 18 à 74 ans (45).

4.2.6 <u>L'IMC</u>:

Le surpoids et l'obésité constituent un facteur de risque de morbidité (maladies cardio-vasculaires, diabète, troubles musculo-squelettiques, en particulier l'arthrose, et certains cancers) et de mortalité (40). La France connait une augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité observée chez les adultes depuis le début des années 1980. Les résultats de notre étude retrouvaient des chiffres interpellants. Selon les seuils de l'OMS, 54,60 % des patients du centre de santé était considéré en surpoids (IMC ≥ 25 kg/m²) dont 22,60 % était obèse (IMC ≥ 30 kg/m²). Ces chiffres sont très proches des données de l'étude ENNS de 2006-2007 qui retrouvent 49,30 % d'adultes en surpoids dont 16,90 % en situation d'obésité (40) (45). L'étude ESTEBAN, plus récente, retrouve des chiffres stables de la prévalence du surpoids (obésité

incluse) de l'ordre de 49,00 % et celle spécifique de l'obésité s'est maintenue à 17,00 % (46). L'étude ESTEBAN (Étude de Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition) a été réalisée sur un échantillon d'enfants et d'adultes résidant en France, par tirage au sort. Les participants étaient pesés et mesurés avec un matériel spécifique par des professionnels de santé.

L'IMC des patients du CMS semble très semblable à la population française en générale et doit donc rester un point clef de la prise en charge des patients du centre.

4.2.7 Les addictions :

4.2.7.1 Le tabac :

Le tabac constitue la première cause de décès prématuré évitable. En France, il entraine chaque année plus de 75000 décès. Dans notre étude, 16,90 % des patients interrogés déclarait fumer et 13,40 % fumer quotidiennement. C'est un chiffre très inférieur aux résultats du baromètre santé 2016, où l'on retrouve près de 28,70 % de fumeurs quotidiens en France, parmi les 15-75 ans (47). On pouvait s'attendre à un chiffre plus important au vu des CSP les plus représentées chez les participants. En effet, la prévalence de tabagisme est plus élevée chez les ouvriers ou les employés (48) qui sont les deux CSP les plus présentes chez les participants considérés actifs.

Le pourcentage d'ex-fumeurs est inférieur dans notre étude à celui du baromètre santé 2016 (18,50% vs 29,60 %). Cette différence peut être expliquée par le maintien des inégalités sociales en matière de tabagisme : les fumeurs les moins favorisés sont aussi nombreux que les fumeurs favorisés à vouloir arrêter de fumer. Ils sont, en revanche, moins nombreux à avoir recours à Internet ou aux informations pour arrêter de fumer, Internet étant un recours important dans l'information pour l'arrêt du tabac (48). Dans nos résultats, seulement une personne fumait la cigarette électronique alors que, selon le baromètre de la santé 2016, il y avait 2,50 % de

vapoteurs. C'est donc une manière de fumer peu répandue. De plus l'utilisation de la E-cigarette est en diminution depuis 2013 (47) (49).

4.2.7.2 <u>L'alcool</u> :

D'après les estimations de l'OMS, la France se situe au 10° rang du classement des pays de l'Union Européenne ayant la plus forte consommation d'alcool (40). Les classifications pharmacologiques font apparaître l'alcool parmi les substances psychoactives les plus nocives en termes de dommages physiques, sociaux et de dépendances (50). Selon le baromètre de santé 2014, 86,00 % des personnes âgées de 15 à 75 ans déclarait avoir bu de l'alcool au cours des douze derniers mois avec un nombre déclaré de verres bus par semaine estimé à 5,5 en moyenne (51). Dans notre étude, plus de la moitié des patients (56,40 %) déclaraient ne jamais consommer d'alcool et seulement 6,40 % admettait consommer de l'alcool de façon hebdomadaire ou plus. D'une part, ces résultats très différents pourraient être expliqués par une sous-déclaration de la consommation d'alcool par peur d'être jugé. D'autre part, c'est peut-être aussi le fait d'une importante population d'immigrés fréquentant le CMS (53,00 %), notamment une forte proportion d'africains et maghrébins qui sont de confession musulmane.

4.2.7.3 <u>Le cannabis :</u>

Le cannabis est la substance illicite la plus fréquemment consommée en France. On évalue à 4,6 millions le nombre de personnes qui en consomment dans l'année et à 1,4 millions les usagers réguliers (consommation d'au moins 10 fois dans le mois) (40). Le baromètre santé 2016 retrouve 11,00 % de consommateurs de cannabis sur une année (52) alors que dans notre étude, le pourcentage était légèrement supérieur (12,80 %). D'après ce même baromètre de la santé, la consommation de cannabis est plus importante dans la population des 18-25 ans avec

un chiffre de 28,00 % (52). Nos résultats étaient concordants avec ce chiffre (28,60 % de consommateur de 18-25 ans dans notre étude).

4.2.8 Prévention et santé des femmes :

La population féminine bénéficie, en France, de deux campagnes de prévention. Une est destinée au dépistage du cancer du col de l'utérus et l'autre à celui du sein. Le cancer du col de l'utérus touche chaque année environ 3000 femmes et est responsable de 1100 décès. Dans près de 100% des cas, il est attribuable à une infection par un HPV (53).

A partir de l'âge de 25 ans et jusqu'à 65 ans les femmes peuvent bénéficier d'un dépistage du cancer du col de l'utérus par réalisation d'un FCV tous les 3 ans, faisant suite à deux FCV normaux à un an d'intervalle (53).

Pour le dépistage du cancer du sein, la campagne de prévention débute à partir de l'âge de 50 ans et jusqu'à 74 ans, par réalisation d'une mammographie tous les 2 ans (54).

4.2.8.1 Le frottis :

Dans notre étude, 92,50 % des femmes déclarait avoir déjà eu un frottis au cours de leur vie dont 81,90 % dans les 3 dernières années. Cela signifie que les patientes du centre se font dépister et bénéficient d'un bon suivi de prévention. Ce chiffre est très supérieur à celui des données nationales déclarées par la Sécurité Sociale : 50,80 % des femmes avait réalisé un FCV dans la période de 2012-2014 (40). Il est également supérieur aux résultats d'une campagne réalisée entre 2010-2012 dans 13 départements, qui incitait les femmes n'ayant pas réalisé spontanément de FCV au cours des 3 dernières années à se faire dépister. En tenant compte de l'ensemble des femmes ayant réalisé un dépistage, que ce soit sur invitation ou spontanément, le taux de couverture du dépistage dans les 13 département atteignait 62,30 % (40).

On peut supposer que ce fort taux de couverture du FCV, dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus est la conséquence de la présence de deux médecins généralistes du CMS

pratiquant des FCV et de deux gynécologues dans le CMS, ce qui favorise l'accès à cet examen de dépistage.

4.2.8.2 <u>La mammographie :</u>

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus diagnostiqué en France. En 2012, 49000 nouveaux cas de cancer « invasif » ont été découverts (40). C'est un cancer de bon pronostic. La survie nette à 5 et 10 ans après le diagnostic du cancer est respectivement de 86,00 % et 76,00 % (54).

Dans notre étude, 76,60 % des femmes de plus de 50 ans avait réalisé une mammographie de dépistage dans les deux dernières années. C'est un meilleur pourcentage que celui des données de l'Assurance Maladie où 51,10 % des femmes de 50 à 74 ans avait fait une mammographie de dépistage dans la période de 2015-2016 (55). Cette très bonne participation au dépistage est probablement en rapport avec le fait que le centre de santé dispose d'un appareil de mammographie et donc que les patientes savent directement où s'adresser.

4.2.9 Le manque d'offre de soins au sein de CMS :

Les patients interrogés étaient dans l'ensemble satisfaits de l'offre de soins de médecine générale (74,40 %). Pour les patients qui ressentaient un manque de médecins généralistes dans le CMS, la principale raison évoquée était des délais de rendez-vous trop longs, la seconde raison était le manque de créneaux sans rendez-vous. Dans les 2 cas, il s'agit d'une volonté des patients d'être vus rapidement, ce qui semble évident quand une personne ressent le besoin de voir un médecin. Pourtant le CMS organise le planning de consultation des médecins généralistes pour interposer des consultations d'urgences en plus des créneaux sans rendez-vous. Le délai d'attente pour avoir un rendez-vous avec un médecin généraliste est de 48h-72h, d'après les données fournies par le service de secrétariat en ligne utilisé par le CMS.

Plus de la moitié des patients (52,30 %) ressentaient un manque d'offre de médecins spécialistes au sein du CMS. La moitié d'entre eux trouvait qu'il manquait un pédiatre. En effet, dans Villejuif, seulement 3 pédiatres exercent, dont un avec dépassement d'honoraires. En 2013, la majorité du département du Val-de-Marne était considérée comme à faible densité de pédiatres (56). Par ailleurs, la tendance d'évolution du nombre de pédiatre entre 2013 à 2018 était en faveur d'une diminution de 1,90 % en Ile-de-France (56).

Les patients étaient demandeurs de consultations supplémentaires de spécialité déjà présentes dans le centre, probablement parce que les délais de rendez-vous sont longs et car l'offre de spécialité en secteur 1 est limitée à Villejuif. En effet la pratique du tiers-payant et les tarifs conventionnés sont deux des raisons qui poussent les patients à consulter au CMS.

4.3 <u>Les limites de l'étude :</u>

Notre étude présente des points faibles qui limitent la validité des résultats.

- Notre étude présente un biais de sélection.
 - Nous n'avons pas inclus les personnes ne parlant pas français pour éviter les erreurs de traduction et les réponses inadaptées. Au vu du taux de personnes nées hors de France dans l'étude, on peut supposer que ce nombre aurait pu être plus important. Pour les inclure, il aurait fallu avoir un traducteur ou utiliser les applications de traduction de type « Google traduction » ou « Mediglotte ». Mais cela aurait pu entrainer des refus de participation car le recueil du questionnaire aurait été plus long. Pourtant ces patients sont une source d'informations précieuses.
 - Le fait de ne pas inclure les mineurs est aussi une limite; nous n'avons pas pu aborder certains points de prévention importants comme l'obésité chez les

enfants, la contraception, les MST ou encore les vaccinations, qui sont des sujets d'actualité en ce moment.

- Il y a probablement un biais de mémorisation. Des questions sur la santé étaient des questions rétrospectives sur les 12 derniers mois ou plus, notamment pour les questions sur le FCV et la mammographie. On peut envisager que certains patients avaient oublié certaines informations.
- On peut aussi supposer que l'étude présente un biais d'information concernant les questions sur la consommation d'alcool, tabac et cannabis. Les participants ont pu minimiser leur consommation ou même ne pas la déclarer par peur d'un quelconque jugement. Il en est de même pour les questions du score EPICES qui interrogent sur des questions très personnelles.

4.4 Les points forts de l'étude :

Notre étude présente également des points forts.

- Le questionnaire.
 - Son élaboration : il a été réalisé à partir d'un questionnaire déjà utilisé dans une autre étude du même type dans un centre de santé. Il a été modifié après discussions avec le Dr Antoine sur certains thèmes abordés. Nous avons également inclus au questionnaire le score EPICES, créé et validé par le CETAF.
 - Les thèmes abordés étaient nombreux et ont permis de recueillir de multiples informations sur la patientèle du CMS. Nous avons abordé les caractéristiques sociodémographiques, de santé, le mode de vie, le suivi médical et aussi la précarité qui est un thème peu abordé dans les études.

- Se limiter aux patients ayant leur médecin traitant dans le centre permet d'éviter l'inclusion de patients ponctuels car leurs médecins sont en vacances ou indisponibles, et les patients en vacances dans la région.
- Le taux de participation : l'objectif initial était de récolter entre 150 et 175 questionnaires. Sur les 198 sollicitations, nous en avons récolté 177, soit un taux de 89,40 % de participation. Nous n'avons pu analyser que 172 questionnaires, 5 questionnaires n'ayant pas été terminés par les participants.

5 Conclusion:

La ville de Villejuif est en plein essor démographique. Parallèlement, sa démographie médicale est en baisse depuis plusieurs années. Le CMS P. Rouquès a donc un rôle majeur à jouer dans la santé des Villejuifois et Villejuifoises.

Cette étude a permis de mieux connaître les patients ayant leur médecin traitant dans le centre. Le premier constat est qu'un grand nombre de patients fréquentant le CMS est né à l'étranger, qu'ils sont plus précaires que la population générale mais semblent moins précaires que dans d'autres centres de santé. Plus de patients bénéficiaient de la CMU que dans la population générale et beaucoup de patients renonçaient à des soins. Parallèlement, il a été mis en évidence que les patients du centre se sentaient en bon état général et que les femmes avaient un très bon suivi de dépistage. L'étude a également constaté un fort taux de surpoids ou d'obésité dans la patientèle du centre de santé. Les participants de l'étude sont plutôt satisfaits des soins primaires proposés mais beaucoup sentaient un manque de spécialité, en particulier de pédiatrie.

Grâce à toutes ces données, le centre de santé va pouvoir adapter les soins proposés aux patients.

- Il pourrait être envisagé le recrutement d'un pédiatre ou d'un médecin généraliste avec un DU de pédiatrie. Le CMS pourrait également mieux informer les patients sur le fait que les médecins généralistes sont formés en pédiatrie et reçoivent les enfants.
- Le CMS pourrait mettre en place un partenariat avec des spécialistes conventionnés en secteur 1 de Villejuif ou des villes limitrophes pour adresser les patients en cas de besoins pour éviter le renoncement aux soins. Le CMS pourrait mettre en place des consultations avancées en lien avec l'hôpital pour recruter des spécialistes.
- Bien que la ville de Villejuif organise des ateliers pour lutter contre l'obésité infantile, cette étude montre qu'il serait envisageable de développer plus d'actions de santé publique pour prévenir l'obésité et de généraliser les ateliers à toute la population et ne pas la limiter aux enfants.

- Le CMS pourrait augmenter les consultations sans rendez-vous pour faire face aux attentes des patients du CMS et recruter d'autres médecins généralistes pour diminuer les délais de rendez-vous.

En connaissant mieux les patients du centre de santé, le CMS va pouvoir améliorer les soins déjà proposés et revoir son organisation pour optimiser la prise en charge médicale des patients et pour mieux répondre à leurs attentes.

Définitions:

- 1 <u>Taux de pauvreté</u>: pourcentage de la population dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté.
- 2 <u>Seuil de pauvreté</u> : correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population. En 2014 il s'établissait à 1 008 euros mensuels.

Annexes:

<u>Annexes 1 : Le questionnaire :</u>

INFORMATION:

Chère patientèle du Centre médical de Pierre Rouquès et de l'annexe Pasteur, voici un questionnaire à remplir dans le cadre d'une étude vous concernant.

Je suis jeune médecin, et réalise cette étude pour valider la fin de mes études médicales. Cette étude a pour but <u>de mieux</u> vous connaître, et identifier vos attentes au sein du centre médical. Ainsi nous pourrons modifier et adapter l'offre de soins du centre médical Pierre Rouquès. Nous vous remercions de répondre de façon le <u>plus honnête et appliqué</u> possible aux questions posées.

Toutes les informations recueillies sur ce questionnaire sont **confidentielles et anonymes**, et ne serviront qu'à la réalisation de cette étude.

Évidemment vous êtes libre de ne pas répondre à ce questionnaire, cette décision ne modifiera en aucun cas votre prise en charge médicale dans le centre.

Le centre médical Pierre Rouquès et moi-même vous remercions de votre disponibilité et de votre participation.

Maxime Rozes.

Questionnaire:

Numéro d	u dossier médical :
Date et he	ure de votre consultation :
Votre méd	lecin traitant est-il dans le Centre de Santé Pierre Rouquès ?
Oui : 🗆	Non : □
A)	FICHE MENAGE:
, A 1	
<u>A1</u>	<u>1. Sexe</u> : Vous êtes Un Homme : □ Une Femme : □
A 2	2. Année de naissance :
<u>A3</u>	3. Mensuration :
-	Taille en cm:
-	Poids en Kg:
Pour les fem	nmes enceintes, mettez le poids avant la grossesse.
	IMC (v).
-	IMC (ne pas remplir):
<u>A</u> 4	4. Pays de Naissance :
-	France:
-	☐ Autre : ○ Si autre, précisez le pays d'origine :
A5	5. Type de ménage :
. \square Vit set	
. Ménag	ge mononucléaire : 1 couple avec ou sans enfant
. 🗆 Ménag	ge mononucléaire élargi : 1 couple (avec ou sans enfant) avec d'autre personne
. 🗆 Ménag	ge pluri- nucléaire (élargi ou non) : plusieurs couple (avec ou sans enfants)
☐ Famili	le monoparentale : 1 parent avec enfant(s) de moins de 30 ans

. □ Famille monoparentale élargie : 1 parent avec e . □ Ménage « d'isolés », plusieurs personnes ne vir plus de 30 ans) . □ Autre	•
Si vous avez des enfants, indiquez leur âge s'il vou - Enfant 1 : - Enfant 2 : - Enfant 3 :	Enfant 4 : Enfant 5 :
A6. Votre activité professionnelle (olusieurs réponses possibles) :
Cochez-la ou les cases correspondantes. 	cours)
. Uvous êtes apprenti sous contrat ou en stage rém	
. Uvous êtes retraité ou retiré des affaires ou en pr	éretraite
. UVous êtes chômeur(se)	, , ,
. U Vous êtes étudiant, en formation ou en stage no	on rémunéré.
. U Vous êtes femme ou homme au foyer	
. U Vous êtes en congé parental à temps plein	
. ∐ Autres : <i>personne handicapée</i> …	
Si vous avez un emploi actuellement ou si verification réponses cochées ci-dessus), précisez leque Écrivez ci- contre : Et cochez ci-dessous :	<u>1?</u>
- Agriculteurs, exploitar	nte
- Agriculturs, exploitar	
<u>_</u>	ntellectuelles supérieures
- Professions intermédia	•
- \square Employés	
- Ouvriers	
A7 : Activité professionnelle du che	
référence de la famille, ou de l'homme le si vous n'êtes pas le chef du ménage :	pius age, ou actii ie pius age) Repondez
Indiquez si contre la profession : Et cochez la case ci-dessous :	
. \square Agriculteurs, exploitants	
. \square Artisans, commerçant et chefs d'entreprise	

. Cadres et professi	ions	s intellectuelles supérieures
. Professions intern	néd	liaires
. 🗆 Employés		
. 🗆 Ouvriers		
A8: Votre	co	uverture maladie :
. Actuellement, avez-	vou	us une couverture maladie ?
	-	☐ La Sécurité Sociale standard :
	-	☐ La Sécurité Sociale par la Couverture Maladie Universelle (CMU)
	-	☐ L'Aide Médicale d'État (AME)
	-	☐ Non, aucune couverture maladie
	-	☐ Je ne sais pas
. Bénéficiez-vous d'un	ne (couverture maladie complémentaire ?
	-	☐ Oui, par la CMU (Couverture Maladie Universelle)
	-	☐ Oui, par une mutuelle ou une assurance privée
	-	☐ Non, aucune
	-	☐ Je ne sais pas
. Êtes- vous pris en ch	ıarg	ge à 100% pour raison médicale par la Sécurité Sociale ?
	-	□ Oui
	-	□ Non
	-	☐ Je ne sais pas
B)Vos habi	tu	des de vies (Cochez les réponses correspondantes):
B1. Est-ce qu		<u>. </u>
Oui : □		Non : □
	-	Si oui: Vous fumez quotidiennement \square
		Vous fumez occasionnellement □
		Vous fumez la cigarette électronique □
	_	Si non : Vous ne fumez plus □
		Vous n'avez jamais fumé □

B2. Par rapport à votre consommation d'alcool au cours de l'année écoulée, combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?
- 🗆 Jamais
- □ 1 fois par mois
- \(\subseteq 2 \text{ à 4 fois par mois} \)
- 2-3 fois par semaine
- ☐ 4 fois ou plus par semaine
- Quotidiennement
B3. Avez- vous déjà consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois ; si oui
à quelle fréquence ?
- 🗆 Jamais
- □ 1 fois par an ou moins
- 🛘 1 fois par mois
- ☐ 1 fois ou plusieurs fois par semaine
B4. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?
- □ Oui - □ Non
B5. Êtes-vous allé voir un spectacle au cours des 12 derniers mois ?
- □Oui - □ Non
B6. Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?
- □ Oui - □ Non
B7. Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, autres)?
- Oui - Non
B8. Êtes-vous propriétaire de votre logement ?
- □ Oui - □ Non B9. Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés
financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, factures)?
- □ Oui - □ Non
B10. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres
de votre famille autre que vos parents ou vos enfants ?
- 🗆 Oui - 🗆 Non
B11. En cas de difficultés, avez-vous dans votre entourage des personnes sur qui
vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?
- Oui - Non
B12. En cas de difficultés, avez-vous dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez comptez pour vous apporter une aide matérielle ?
- Dui - Non

C) <u>Parlons de votre santé maintenant ?</u> <u>C1 : Votre santé :</u>

1)	Comment ressentez-vous votre état de sa	nté général	?
- 🗆	Très bon - ☐ Bon - ☐ Moyen - ☐ 1	Mauvais -	☐ Très mauvais
2)	Comment ressentez-vous votre état de sa	nté physiqu	e ?
- 🗆	Très bon - ☐ Bon - ☐ Moyen - ☐ 1	Mauvais -	☐ Très mauvais
3)	Comment ressentez-vous votre état de sa émotionnel) ?	nté psychiq	ue (psychologique et
	bon - ☐ Bon - ☐ Moyen - ☐ Ma Ressentez-vous une limitation dans les a 6 derniers mois à cause de votre état de s	ctivités de la	
- 🗆 Oui fortement	limité - □ Oui limité, mais pas for	tement	- ☐ Non, pas limité
5)	Êtes-vous invalide ou handicapé?		
	- 🗌 Oui	- □ No	n
6)	Avez- vous certaines dents à soigner, en	mauvais éta	at ou à remplacer?
	- 🗌 Oui	- □ No	n
	Pour chacun des problèmes de santé que eu l'un d'entre eux, au cours des 12 dern correspondantes)	•	

Maladie	Oui	Non	Ne sais pas
Asthme			
Allergie			
Diabète			
Cataracte, glaucome			
Hypertension artérielle			
Angors, infarctus du			
myocarde			
Attaque cérébrale,			
Hémorragie cérébrale			
Arthrose, rhumatisme			
Ostéoporose			
Douleur de dos			
Ulcère de l'estomac			
Cancer			
Migraine, et maux de			
tête fréquents			
Dépression			
Anxiété chronique			
Fracture			
Autres			

Si réponse oui à « autres » coché, précisez : _____

C2: Vos recours aux soins:

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà renoncé à des soins que ce soit pour des raisons financières, manque de temps ou autre.

□ Oui □ Non
- Si oui, cochez pour quels soins :
■ ☐ Consultation médecine générale
■ ☐ Consultation de spécialiste
■ ☐ Soins dentaires :
■ ☐ Soins ophtalmologiques (lunettes, lentille)
■ ☐ Examens complémentaires (bilan, imagerie)
En dehors de consultations aux urgences ou en hospitalisations, au cours des 12 derniers mois avez-vous déjà consulté au moins une fois un médecin spécialiste ?
□ Oui □ non
- Si oui, cochez les spécialités correspondantes ci-dessous (plusieurs
réponses possibles).
■ ☐ Cardiologue
■ □ Dermatologue
■ □ Rhumatologue
■ ☐ Endocrinologue-diabétologue
■ □ Psychiatre
■ ☐ Autre (précisez) :
<u>C3 : Santé des femmes (si vous êtes un homme, passez directement au chapitre « vos attentes » : Cochez les réponses correspondantes.</u>
. Êtes-vous actuellement enceinte?
. Avez-vous eu déjà un frottis ?
OUI NON . Si vous avez déjà eu un frottis, à quand remonte-t-il?
- Un an ou moins
_
- Entre 1 et 2 ans (2 ans exclus)
- Lentre 2 et 3 ans (3 ans exclus)
- Lentre 3 et 4 ans (4 ans exclus)
- \square 4 ans et plus ?
. Pour les femmes de 50 ans ou plus : à quand remonte votre dernière mammographie ?
- 🗆 Jamais
-

- Entre 2 et 3 ans (3 ans exclus)
- Entre 3 et 5 ans (5 ans exclus)
- \Box 5 ans et plus
D) Vos attentes par rapport au centre Pierre
Rouquès ?
Cochez les réponses correspondantes.
Pensez-vous qu'il manque des médecins généralistes dans le centre ?
□ Oui □ non
- Si oui, précisez pourquoi ?
Pensez-vous qu'il manque certains spécialistes dans le centre ?
□ Oui □ non
- Si oui lesquels ? Cochez les réponses correspondantes (plusieurs réponses possibles).
■ □ Pneumologue
■ ☐ Endocrinologue-diabétologue
■ ☐ Pédiatre
■ □ Néphrologue
■ ☐ Gastro-entérologue
■

 \square Entre 1 et 2 ans (2 ans exclus)

FIN DU QUESTIONNAIRE, en vous remerciant de votre participation.

Bibliographie:

- Druais P-L. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé [Internet].
 mars p. 91. Disponible sur: http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport Druais Mars 2015.pdf
- 2. BOUET DP, MOURGUES J-M, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : Profils comparés : 2007/2017-Les territoires au coeur de la réflexion. janv 2017;323.
- 3. Base permanente des équipements : fonctions médicales et paramédicales. Insee; 2017.
- 4. Dossier complet Commune de Villejuif (94076) | Insee [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-94076#chiffre-cle-1
- 5. Argouarc'h J, Boiron A. Le niveau de vie en 2014. Insee Prem. sept 2016;4.
- 6. BAUDOT V, BOURGEOIS I. Réalisation d'un diagnostic santé dans le cadre d'un contrat local de santé sur la ville de Villejuif. juin 2015;22.
- 7. Labbe E, Moulin JJ, Gueguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES: L'expérience des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie. Rev Ires. 2007;53:3-49.
- 8. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale [Internet]. Conseil Economique et Social; 1987 févr p. 113. Disponible sur: http://www.joseph-wresinski.org/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf
- 9. SPIRA A. Précarité, pauvreté et santé. Académie Nationale de Médecine; 2017 juin p. 24.
- 10. Abrantes P, Sabatier S, Guenot C. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examens de Santé de l'Assurance Maladie. Saint-Etienne: Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de Santé; 2005 janv p. 18.
- 11. Sass C, Dupré C, Giordanella JP, Girard F, Guenot C, Labbe É, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. BEH. 4 avr 2006;(14/2006):8.
- 12. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé.
- 13. Vigneron E. Les centres de santé, une géographie rétro prospective. In Paris; 2014.
- 14. Circulaire CIR 12-2015 de l'assurance maladie [Internet]. Améli; 2015. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5315/document/circulaire-cir-12-2015 assurance-maladie.pdf
- 15. GARREC M-AL, BOUVET M, KOUBI M. Les Comptes nationaux de la santé en 2011.

- sept 2012;(809):8.
- 16. Georges P, Waquet C, Part J. Les centres de santé: Situation économique et place dans l'offre de soins de demain [Internet]. 2013 juill. Report No.: RM2013-119P. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf
- 17. Colin M-P, Acker D. Les centres de santé: une histoire, un avenir. Santé Publique. 2009;21(hs1):57.
- 18. Guyot J-C, Hérault B. La santé publique. Un enjeu de politique municipale. [Internet]. Bordeaux: Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine; 2001. 283 p. Disponible sur: http://mouvement-social.univ-paris1.fr/document.php?id=740
- 19. Le projet de santé de Villejuif. 2013.
- 20. COPIL CLS de Villejuif. Contrat Local de Santé de Villejuif. 2018.
- 21. Altervain Y. Etude de l'état de santé et de la couverture sociale d'une population consultant le centre médical rue Richerand, dans le 10eme arrondissement parisien. [Paris]: Université Pierre Marie Curie; 2017.
- 22. Neergaard MA, Olesen F, Andersen RS, Sondergaard J. Qualitative description the poor cousin of health research? BMC Med Res Methodol [Internet]. déc 2009;9(1). Disponible sur: http://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-9-52
- 23. Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. Etudes RésultatsDREES. févr 2010;(717):8.
- 24. Aliaga C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. Insee Prem. oct 2002;(869):4.
- 25. Afrite A, Bourgueil Y, Dufournet M, Mousquès J. Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? 2011;8.
- 26. Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l'âge en 2017 [Internet]. Insee; 2018. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546#tableau-Donnes
- 27. Bosson L, Lanièce I, Moheb B, Lapouge-Bard V, Bosson J-L, Couturier P. Difficulties encountered by the general practitioner in the management of the elderly people in complex medical and psycho-social condition: role of mobile teams. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement. mars 2016;14(1):23–30.
- 28. Beard J, Officer A, Cassels A, Bustreo F, Worning A-M, Asamoa-Baah A. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé; 2016 p. 296. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf;jsessionid=A CFADF888CB55F5E40E39E91811FECB5?sequence=1

- 29. Avis portant approbation de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie. JORF, 135 avr 19, 2003 p. 7080.
- 30. Célant N, Rochereau T, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). L' Enquête santé européenne: enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. 2017.
- 31. Bénéficiaires de la CMU au 30 juin 2017 en France métropolitaine. [Internet]. Améli; 2017. Disponible sur: https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/couverture-maladie-universelle-cmu.php
- 32. Dourgnon P, Or Z, Sorasith C. L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008. Quest Déconomie Santé. janv 2013;(183):6.
- 33. Chauvin P, Renahy E, Parizot I, Vallée J. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010. DREES. mars 2012;(120):72.
- 34. Chaupain-Guillot S, Guillot O, Jankeliowitch-Laval É. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. Econ Stat. 2014;469(1):169-97.
- 35. Gouyon M. Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale. DREES. oct 2009;(704):8.
- 36. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. 2006.
- 37. Équipe de Surveillance de la Direction de santé publique du Bas Saint Laurent. Fiche santé mentale et bien-être psychologique [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/fiche sante mentale et bien-etre psycho.pdf
- 38. Berthelot M, Office des personnes handicapées du Québec, Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux, Institut de la statistique du Québec. L'incapacité et les limitations d'activités au Québec: un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA). [Internet]. Québec, Qué.: Institut de la statistique Québec; 2006. 157 p. Disponible sur: http://www.deslibris.ca/ID/250613
- 39. Bouvier G. L'approche du handicap par les limitations fonctionnelles et la restriction globale d'activité chez les adultes de 20 à 59 ans. 13 nov 2009;18.
- 40. Fourcade N, Von Lennep F, Grémy I, Bourdillon F, Luciano L, Rey S, et al. L'état de santé de la population en France : rapport 2017 [Internet]. DREES; 2017 p. 436. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf
- 41. INPES. Mal de dos: un nouvel outil destiné aux médecins généralistes. 27 janv 2004;7.

- 42. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France), Beynet A, Menahem G. Problèmes dentaires et précarité. Paris: CREDES; 2002 févr p. 140. Report No.: 509.
- 43. Moisy M. Prévalence des céphalées à travers l'enquête décennale Santé 2002-2003. Etudes RésultatsDREES. déc 2006;(542):8.
- 44. Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. 2016 sept p. 150.
- 45. Castetbon K, Hercberg S. Etude nationale nutrition santé. Institut de la veille sanitaire; 2006.
- 46. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence. juin 2017;43.
- 47. Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R, Richard J-B, Nguyen-Thanh V. Tabac et E-cigarette en France: Niveaux d'usage d'après les premiers résultats du baromètre santé 2016. BEH 12. 20 mai 2017;9.
- 48. Guignard R, Beck F, Richard J-B, Lermenier A, Wilquin J-L, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014: caractéristiques et évolutions récentes. janv 2015;(31):10.
- 49. Goldberg M, Hourani I, Cyr D, Gugéguen A, Zins M. Utilisation de la cigarette électronique et du tabac : premières données de la cohorte Constances, France, 2014. Bull Epidémiologique Hebd. 25 mai 2016;8.
- 50. Costes J-M, Palle C. Drogues et toxicomanies : Indicateurs et tendances. Observatoire Français des drogues et des Toxicomanies; 1999 p. 137.
- 51. Richard J-B, Palle C, Guignard R, Nguyen- V. La consommation d'alcool en France en 2014. avr 2015;(32):6.
- 52. Beck F, Spilka S, Nguyen-Thanh V, Gautier A, Le Nézet O, Richard J-B. Cannabis : usages actuels en population adulte. Résultats de l'enquête Baromètre santé 2016. Tendances. juin 2017;119:4.
- 53. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps format2clic kc col uterus 2013-30-08 vf mel.pdf
- 54. Dépistage et prévention du cancer du sein [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
- 55. Santé publique France Données de participation au programme de dépistage organisé

du cancer du sein, 2015-2016 [Internet]. Santé Publique. 2017. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Donnees-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2015-2016

56. Rault J-F, Le Breton-Lerouvillois G. La démographie médicale en région Ile-de-France. Situation en 2013 [Internet]. Ordre National des Médecins; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/idf_2013.pdf

RESUME

Contexte. Les centres municipaux de santé (CMS) sont primordiaux dans l'accès aux soins primaires. La population fréquentant ces CMS est souvent considérée comme défavorisée et de ce fait en moins bonne santé.

Objectif. L'objectif est de mieux connaître les caractéristiques sociodémographiques et médicales des patients ayant leur médecin traitant dans le CMS de Villejuif.

Méthodes. C'est une étude quantitative transversale observationnelle par auto ou hétéro questionnaire avec questions fermées et ouvertes. Le questionnaire s'est inspiré d'une étude réalisée dans un centre de santé du 10^e arrondissement de Paris, enrichi du score EPICES (score de précarité) et de questions sur les attentes des patients.

Résultats. Le recueil de données a été réalisé de décembre 2017 à février 2018. 172 personnes ont été incluses. La population était majoritairement féminine. L'âge moyen était 49,8 ans. La majorité des patients était née en Europe. Le scores EPICES moyen des patients était 34,49 (significatif de précarité). La majorité des patients bénéficiait de la sécurité sociale standard. Près de 40% des personnes avait renoncé à des soins durant l'année. La majorité considérait son état de santé bon ou moyen. Plus de la moitié des répondants était en surpoids ou obèses. Les dépistages gynécologiques étaient bien suivis par les femmes. Les personnes interrogées attendaient des délais de rendez-vous (RDV) moins longs avec le médecin généraliste et la présence d'un pédiatre.

Conclusion. Le CMS pourrait adapter les soins proposés en augmentant les consultations sans RDV, en mettant en place des actions de prévention sur l'obésité et en instaurant des consultations de pédiatrie.

Mots clés : Précarité, pauvres, centres de santé, soins de santé primaire, caractéristiques sociodémographiques, Score EPICES.