



ANNÉE 2020

THÈSE

N°20SORUM89

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

SPÉCIALITÉ: MÉDECINE GÉNÉRALE

PAR

Mme MADOUGOU SARIKI Aida

Née le 14 JUIN 1989 à MARSEILLE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 05 NOVEMBRE 2020

TITRE : PROFILS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS DES PATIENTS EN MÉDECINE GÉNÉRALE DANS UN CENTRE MUNICIPAL DE SANTÉ.

Présidente du jury : Professeur IBANEZ Gladys

Membres du jury : Docteur CHASTANG Julie

Docteur MIRAMONT Vincent

Directeur de thèse : Professeur SOARES André

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

À *Madame la Professeure Gladys IBANEZ*, je suis honorée que vous présidiez mon jury de thèse. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

À *Madame la Docteure Julie CHASTANG*, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, je vous en suis très reconnaissante.

À *Monsieur le Docteur Vincent MIRAMONT*, merci d'avoir eu la gentillesse de faire partie de ce jury.

À mon directeur de thèse,

À *Monsieur le Professeur André SOARES*, merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et de m'avoir confié ce travail qui, je le sais, te tient à cœur. Garde ton optimisme et ta zénitude permanente.

À ma tutrice,

À *Madame le Docteur Mady DENANTES*, merci d'avoir accepté d'être ma tutrice jusqu'au bout du chemin.

À l'équipe du Centre Municipal de Santé Marcel Trigon, merci pour votre accueil et votre aide dans la réalisation de cette thèse.

À chaque membre de l'Université de médecine de la Sorbonne qui a permis que je puisse parvenir à mon doctorat, je vous dis merci.

À tous ceux qui m'ont accueillie durant mes stages d'internat, je vous en remercie.

À mes Amis,

À *Ophélie*, merci pour ton sens de l'humour à toute épreuve,

À *Deborah*, merci pour ta sauvage folie qui n'a d'égale que ta douceur,

À *Maeva*, merci d'être si surprenante ma blondinette de toujours,

À *Floriane*, merci pour ta présence ma combattante de tout instant,

À *Romu*, merci pour ton soutien malgré la distance.

À *Christine*, merci pour ton œil de lynx.

À *ma Famille sans qui ce parcours n'aurait pas existé*,

À *Papa*, Monsieur le docteur MADOUGOU Sénior, merci pour ta rigueur. Ton abnégation dans le travail a été une source d'inspiration pour moi.

À *Maman*, notre Mamychou nationale, merci pour ton amour indéfectible. Tu es une vraie force de la nature.

À ma grande sœur *Amy* dont la valeur n'est plus à démontrer, merci d'être toujours présente, sans toi Excel serait toujours mon pire cauchemar.

À ma petite sœur *Fika*, merci pour ta loyauté que je sais à toute épreuve.

À mon petit frère *Jalil* qui survit au pays du grand froid, merci pour ta sérénité et ta simplicité.

À *mon Amour*,

À toi *Landry OBIANG BEYEME* qui a vu en moi une force dont j'ignorais l'existence, merci pour m'avoir supporté au quotidien de la rédaction de cette thèse. Merci pour tes petits mots, pour tes massages et surtout pour m'avoir permis de prendre des pauses sans culpabiliser. J'ai hâte de poursuivre ma route avec toi pour de plus grands fous rires.

Et enfin une pensée pour toi *Grand-maman*, AKPLOGAN HAIDARA SEKOU Mariama qui n'est plus là. Tu avais raison, c'est un chemin très long que j'ai emprunté avec mes études de médecine. Je passe enfin la ligne d'arrivée et j'espère que tu le vois.

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

1	ACAR	Christophe	PU-PH	Chirurgie thoracique	PITIE SALPITRIERE
2	AIT OUFELLA	Hafid	PU-PH	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
3	ALAMOWITCH	Sonia	PU-PH	Neurologie	SAINT ANTOINE
4	AMARENCO	Gérard	PU-PH	Méd. phys. et réadaptation	TENON
5	AMOURA	Zahir	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
6	AMSELEM	Serge	PU-PH	Génétique	TROUSSEAU
7	ANDRE	Thierry	PU-PH	Cancérologie	SAINT ANTOINE
8	ANDREELLI	Fabrizio	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
9	ANTOINE	Jean-Marie	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TENON
10	APARTIS	Emmanuelle	PU-PH	Physiologie	SAINT ANTOINE
11	ARNULF	Isabelle	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
12	ARRIVE	Lionel	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	SAINT ANTOINE
13	ASSOUAD	Jalal	PU-PH	Chirurgie thoracique	TENON
14	ASTAGNEAU	Pascal	PU-PH	Santé publique	PITIE SALPITRIERE
15	AUBRY	Alexandra	PU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
16	AUCOUTURIER	Pierre	PU-PH	Immunologie	SAINT ANTOINE
17	AUDO	Isabelle	PU-PH	Ophtalmologie	15 / 20
18	AUDRY	Georges	PU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
19	BACHELOT	Anne	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
20	BACHET	Jean Baptiste	PU-PH	Gastro entérologie	PITIE SALPITRIERE
21	BALLADUR	Pierre	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	SAINT ANTOINE

22	BARBAUD	Annick	PU-PH	Dermatologie	TENON
23	BARROU	Benoit	PU-PH	Urologie	PITIE SALPITRIERE
24	BAUJAT	Bertrand	PU-PH	ORL	TENON
25	BAUMELOU	Alain	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
26	BAZOT	Marc	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
27	BEAUGERIE	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie	SAINT ANTOINE
28	BELMIN	Joël	PU-PH	Gériatrie	CHARLES FOIX
29	BENVENISTE	Olivier	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
30	BERENBAUM	Francis	PU-PH	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
31	BERTOLUS	Chloé	PU-PH	Stomatologie	PITIE SALPITRIERE
32	BILLETTE DE VILLEMEUR	Thierry	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
33	BOCCARA	Franck	PU-PH	Cardiologie	SAINT ANTOINE
34	BODAGHI	Bahram	PU-PH	Ophtalmologie	PITIE SALPITRIERE
35	BODDAERT	Jacques	PU-PH	Gériatrie	PITIE SALPITRIERE
36	BOELLE	Pierre Yves	PU-PH	Biostatistiques	SAINT ANTOINE
37	BOFFA	J-Jacques	PU-PH	Néphrologie	TENON
38	BONNET	Francis	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	TENON
39	BORDERIE	Vincent	PU-PH	Ophtalmologie	15 / 20
40	BOUDGHENE-STAMBOULI	Franck	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
41	BRICE	Alexis	PU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
42	BROCHERIOU	Isabelle	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
43	BRUCKERT	Eric	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
44	BUOB	David	PU-PH	Anatomie pathologique	TENON

45	CACOUB	Patrice	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
46	CADRANEL	Jacques	PU-PH	Pneumologie	TENON
47	CALMUS	Yvon	PU-PH	Gastro entérologie	PITIE SALPITRIERE
48	CALVEZ	Vincent	PU-PH	Virologie	PITIE SALPITRIERE
49	CARBAJAL	Diomedes	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
50	CARPENTIER	Alexandre	PU-PH	Neuro-Chirurgie	PITIE SALPITRIERE
51	CARRAT	Fabrice	PU-PH	Biostatistiques	SAINT ANTOINE
52	CARRIE	Alain	PU-PH	Biochimie	PITIE SALPITRIERE
53	CATALA	Martin	PU-PH	Histologie embryologie	PITIE SALPITRIERE
54	CAUMES	Eric	PU-PH	Maladies infectieuses	PITIE SALPITRIERE
55	CHABBERT BUFFET	Nathalie	PU-PH	Endocrinologie	TENON
56	CHAMBAZ	Jean	PU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
57	CHAPPUY	Hélène	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
58	CHARRON	Philippe	PU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
59	CHARTIER KASTLER	Emmanuel	PU-PH	Urologie	PITIE SALPITRIERE
60	CHAZOUILLERES	Olivier	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie	SAINT ANTOINE
61	CHERIN	Patrick	PU-PH	Médecine Interne	PITIE SALPITRIERE
62	CHICHE	Laurent	PU-PH	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPITRIERE
63	CHRISTIN-MAITRE	Sophie	PU-PH	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
64	CLARENCON	Frédéric	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
65	CLEMENT	Annick	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
66	CLEMENT LAUSCH	Karine	PU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
67	CLUZEL	Philippe	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE

68	COHEN	Laurent	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
69	COHEN	David	PU-PH	Pédo psychiatrie	PITIE SALPITRIERE
70	COHEN	Aron	PU-PH	Cardiologie	SAINT ANTOINE
71	COLLET	J- Philippe	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
72	COMBES	Alain	PU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPITRIERE
73	COMPERAT	Eva	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologique	TENON
74	CONSTANT	Isabelle	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	TROUSSEAU
75	CONSTANTIN	Jean-Michel	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIE SALPITRIERE
76	CONTI-MOLLO	Filomena	PU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
77	COPPO	Paul	PU-PH	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
78	CORIAT	Pierre	PU-PH	Anesthésiologie	PITIE SALPITRIERE
79	CORNELIS	François	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
80	CORNU	Philippe	PU-PH	Neuro chirurgie	PITIE SALPITRIERE
81	CORVOL	Jean Christophe	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
82	CORVOL	Henriette	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
83	COULOMB	Aurore	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologique	TROUSSEAU
84	CUSSENOT	Olivier	PU-PH	Anatomie/Urologie	TENON
85	DARAI	Emile	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TENON
86	DAVI	Frédéric	PU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPITRIERE
87	DEGOS	Vincent	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIE SALPITRIERE
88	DELATTRE	Jean Yves	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
89	DELHOMMEAU	François	PU-PH	Hématologie bio	SAINT ANTOINE
90	DEMOULE	Alexandre	PU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPITRIERE

91	DERAY	Gilbert	PU-PH	néphrologie	PITIE SALPITRIERE
92	DOMMERGUES	Marc	PU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPITRIERE
93	DORMONT	Didier	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
94	DOUAY	Luc	PU-PH	Hématologie bio	SAINT ANTOINE
95	DRAY	Xavier	PU-PH	Hépatologie	SAINT ANTOINE
96	DUBERN	Béatrice	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
97	DUBOIS	Bruno	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
98	DUCOU LE POINTE	Hubert	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TROUSSEAU
99	DUGUET	Alexandre	PU-PH	Pneumologie Réanimation	PITIE SALPITRIERE
100	DUPONT DUFRESNE	Sophie	PU-PH	Anatomie / SSR	PITIE SALPITRIERE
101	DURR	Alexandra	PU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
102	DUSSAULE	Jean-Claude	PU-PH	Physiologie	SAINT ANTOINE
103	DUVAL	Alex	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire	SAINT ANTOINE
104	DUYCKAERTS	Charles	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
105	ELALAMY	Moulay	PU-PH	Hématologie	TENON
106	FAIN	Olivier	PU-PH	Médecine Interne	SAINT ANTOINE
107	FARTOUKH	Muriel	PU-PH	Réanimation médicale/Pneumo	TENON
108	FAUTREL	Bruno	PU-PH	Rhumatologie	PITIE SALPITRIERE
109	FEVE	Bruno	PU-PH	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
110	FITOUSSI	Frank	PU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
111	FLAMAND ROZE	Emmanuel	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
112	FLEJOU	Jean-François	PU-PH	Anatomie & cytologie patholog.	SAINT ANTOINE
113	FOIX L'HELIAS	Laurence	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU

114	FONTAINE	Bertrand	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
115	FOSSATI	Philippe	PU-PH	Psychiatrie adultes	PITIE SALPITRIERE
116	FOURET	Pierre	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
117	FOURNIER	Emmanuel	PU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
118	FRANCOIS-PRADIER	Hélène	PU-PH	Néphrologie	TENON
119	FREUND	Yonathan	PU-PH	Médecine d'urgence	PITIE SALPITRIERE
120	FUNCK-BRENTANO	Christian	PU-PH	Pharmacologie clinique	PITIE SALPITRIERE
121	GALANAUD	Damien	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
122	GEORGIN-LAVIALLE	Sophie	PU-PH	Médecine interne	TENON
123	GIRARD	Pierre-Marie	PU-PH	Maladies infectieuses	SAINT ANTOINE
124	GIRERD	Xavier	PU-PH	Thérapeutique/Endocrino	PITIE SALPITRIERE
125	GLIGOROV	Joseph	PU-PH	Cancérologie ; Radiothérapie	TENON
126	GONZALEZ	Jésus	PU-PH	Pneumologie	PITIE SALPITRIERE
127	GOROCHOV	Guy	PU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
128	GOSSEC	Laure	PU-PH	Rhumatologie	PITIE SALPITRIERE
129	GOUDOT	Patrick	PU-PH	Stomatologie	PITIE SALPITRIERE
130	GRABLI	David	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
131	GRATEAU	Gilles	PU-PH	Médecine interne	TENON
132	GRIMPREL	Emmanuel	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
133	GUIDET	Bertrand	PU-PH	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
134	HAMMOUDI	Nadjib	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
135	HAROCHE	Julien	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
136	HARTEMANN	Agnès	PU-PH	Diabétologie	PITIE SALPITRIERE

137	HATEM	Stéphane	PU-PH	Physiologie/Cardio	PITIE SALPITRIERE
138	HAUSFATER	Pierre	PU-PH	Thérapeuthique/Urgences	PITIE SALPITRIERE
139	HAYMANN	Jean Philippe	PU-PH	Physiologie	TENON
140	HELFT	Gérard	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
141	HENNEQUIN	Christophe	PU-PH	Parasitologie	SAINT ANTOINE
142	HERTIG	Alexandre	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
143	HOANG XUAN	Khê	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
144	HOUSSET	Chantal	PU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
145	HUGUET	Florence	PU-PH	Radiothérapie	TENON
146	IDBAIH	Ahmed	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
147	IRTAN	Sabine	PU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
148	ISNARD	Richard	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
149	ISNARD BAGNIS	Corinne	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
150	JARLIER	Vincent	PU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
151	JOUANNIC	Jean Marie	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
152	JUST	Jocelyne	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
153	KALAMARIDES	Michel	PU-PH	Neurochirurgie	PITIE SALPITRIERE
154	KARACHI	Carine	PU-PH	Neurochirurgie	PITIE SALPITRIERE
155	KAROUI	Medhi	PU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPITRIERE
156	KAS	Aurélie	PU-PH	Biophysique	PITIE SALPITRIERE
157	KATLAMA	Christine	PU-PH	Maladies infectieuses	PITIE SALPITRIERE
158	KAYEM	Gilles	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
159	KHIAMI	Frédéric	PU-PH	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPITRIERE

160	KLATZMANN	David	PU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
161	KOSKAS	Fabien	PU-PH	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPITRIERE
162	LACAVE	Roger	PU-PH	Cytologie et histologie	TENON
163	LACOMBE	Karine	PU-PH	Maladies infectieuses	SAINT ANTOINE
164	LACORTE	Jean Marc	PU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
165	LAMAS	Georges	PU-PH	ORL	PITIE SALPITRIERE
166	LANDMAN-PARKER	Judith	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
167	LAPILLONNE	Hélène	PU-PH	Hématologie bio	TROUSSEAU
168	LAROCHE	Laurent	PU-PH	Ophtalmologie	15 / 20
169	LAZENNEC	Jean Yves	PU-PH	Anatomie/Chirurgie orthopédique	PITIE SALPITRIERE
170	LAZIMI	Gilles	PU associé	Médecine générale	CABINET
171	LE FEUVRE	Claude	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
172	LE GUERN	Eric	PU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
173	LEBLOND	Véronique	PU-PH	Hématologie clinique	PITIE SALPITRIERE
174	LEENHARDT	Laurence	PU-PH	Endocrino/médecine nucléaire	PITIE SALPITRIERE
175	LEFEVRE	Jérémie	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	SAINT ANTOINE
176	LEGER	Pierre Louis	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
177	LEGRAND	Ollivier	PU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE
178	LEHERICY	Stéphane	PU-PH	Neuro radiologie	PITIE SALPITRIERE
179	LEMOINE	François	PU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
180	LEPRINCE	Pascal	PU-PH	Chirurgie thoracique	PITIE SALPITRIERE
181	LETAVERNIER	Emmanuel	PU-PH	Physiologie	TENON
182	LEVERGER	Guy	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
183	LEVY	Richard	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
184	LEVY	Rachel	PU-PH	Biologie reproduction	TENON

185	LORENZO	Alain	PU MG	Médecine générale	CABINET
186	LORROT	Mathie	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
187	LOTZ	Jean-Pierre	PU-PH	Cancérologie	TENON
188	LUBETZKI	Catherine	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
189	LUCIDARME	Olivier	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
190	LUYT	Edouard	PU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPITRIERE
191	MAINGON	Philippe	PU-PH	Radiothérapie	PITIE SALPITRIERE
192	MANESSE-CONSOLI	Angèle	PU-PH	Pédo psychiatrie	PITIE SALPITRIERE
193	MARCELIN	Anne Geneviève	PU-PH	Virologie	PITIE SALPITRIERE
194	MARTEAU	Philippe	PU-PH	Hépatologie	SAINT ANTOINE
195	MAURY	Eric	PU-PH	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
196	MEKINIAN	Arsène	PU-PH	Médecine interne	SAINT ANTOINE
197	MENEGAUX	Fabrice	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	PITIE SALPITRIERE
198	MENU	Yves	PU-PH	Radiologie	SAINT ANTOINE
199	MESNARD	Laurent	PU-PH	Néphrologie	TENON
200	MEYOHAS	Marie-Caroline	PU-PH	Maladies infectieuses	SAINT ANTOINE
201	MILLET	Bruno	PU-PH	Psychiatrie adultes	PITIE SALPITRIERE
202	MOHTY	Mohamad	PU-PH	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
203	MONTALESCOT	Gilles	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
204	MONTRAVERS	Françoise	PU-PH	Biophysique	TENON
205	MORAND	Laurence	PU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
206	MORELOT PANZINI	Capucine	PU-PH	Pneumologie	PITIE SALPITRIERE
207	MOZER	Pierre	PU-PH	Urologie	PITIE SALPITRIERE
208	NACCACHE	Lionel	PU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
209	NAVARRO	Vincent	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE

210	NETCHINE	Irène	PU-PH	Physiologie	TROUSSEAU
211	NGUYEN	Yann	PU-PH	ORL	PITIE SALPITRIERE
212	NGUYEN KHAC	Florence	PU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPITRIERE
213	NGUYEN QUOC	Stéphanie	PU-PH	Hématologie clinique	PITIE SALPITRIERE
214	NIZARD	Jacky	PU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPITRIERE
215	OPPERT	Jean Michel	PU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
216	PÂQUES	Michel	PU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
217	PARC	Yann	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	SAINT ANTOINE
218	PASCAL MOUSSELLARD	Hugues	PU-PH	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPITRIERE
219	PATERON	Dominique	PU-PH	Thérapeutique/Urgences	SAINT ANTOINE
220	PAUTAS	Eric	PU-PH	Gériatrie	CHARLES FOIX
221	PAYE	François	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	SAINT ANTOINE
222	PERETTI	Charles- Siegrid	PU-PH	Psychiatrie d'adultes	SAINT ANTOINE
223	PETIT	Arnaud	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
224	PIALOUX	Gilles	PU-PH	Maladies infectieuses	TENON
225	PIARROUX	Renaud	PU-PH	Parasitologie	PITIE SALPITRIERE
226	PLAISIER	Emmanuelle	PU-PH	Néphrologie	TENON
227	POIROT	Catherine	PU-PH	Cyto embryologie	SAINT LOUIS
228	POITOU BERNERT	Christine	PU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
229	POURCHER	Valérie	PU-PH	Maladies infectieuses	PITIE SALPITRIERE
230	PRADAT DIEHL	Pascale	PU-PH	Rééducation fonctionnelle	PITIE SALPITRIERE
231	PUYBASSET	Louis	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIE SALPITRIERE
232	QUESNEL	Christophe	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	TENON

233	RATIU	Vlad	PU-PH	Hépatogastro	PITIE SALPITRIERE
234	RAUX	Mathieu	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIE SALPITRIERE
235	REDHEUIL	Alban	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
236	RENARD PENNA	Raphaële	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPITRIERE
237	RIOU	Bruno	PU-PH	Anesthésiologie/Urgences	PITIE SALPITRIERE
238	ROBAIN	Gilberte	PU-PH	Médecine Physique et Réadaptation	ROTHSCHILD
239	ROBERT	Jérôme	PU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
240	RODRIGUEZ	Diana	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
241	RONDEAU	Eric	PU-PH	Néphrologie	TENON
242	ROSMORDUC	Olivier	PU-PH	Hépatogastro-entérologie	PITIE SALPITRIERE
243	ROUPRET	Morgan	PU-PH	Urologie	PITIE SALPITRIERE
244	SAADOUN	David	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
245	SAHEL	José-Alain	PU-PH	Ophtalmologie	15 / 20
246	SAMSON	Yves	PU-PH	Urgences cérébro vasculaires	PITIE SALPITRIERE
247	SANSON	Marc	PU-PH	Histologie/Neurologie	PITIE SALPITRIERE
248	SARI ALI	El Hadi	PU-PH	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPITRIERE
249	SAUTET	Alain	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traum.	SAINT ANTOINE
250	SCATTON	Olivier	PU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPITRIERE
251	SEILHEAN	Danielle	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
252	SEKSIK	Philippe	PU-PH	Gastro entérologie	SAINT ANTOINE
253	SELLAM	Jérémy	PU-PH	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
254	SEROUSSI FREDEAU	Brigitte	PU-PH	Biostatistiques	TENON
255	SIFFROI	Jean-Pierre	PU-PH	Cytologie et histologie	TROUSSEAU

256	SILVAIN	Johanne	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
257	SIMILOWSKI	Thomas	PU-PH	Pneumologie	PITIE SALPITRIERE
258	SIMON	Tabassome	PU-PH	Pharmacologie biologique	SAINT ANTOINE
259	SOKOL	Harry	PU-PH	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
260	SPANO	J-Philippe	PU-PH	Cancérologie	PITIE SALPITRIERE
261	STANKOFF	Bruno	PU-PH	Neurologie	SAINT ANTOINE
262	STEICHEN	Olivier	PU-PH	Médecine interne	TENON
263	STRAUS	Christian	PU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
264	SVRECK	Magali	PU-PH	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
265	TALBOT	Jean Noel	PU-PH	Biophysique	TENON
266	TANKERE	Frédéric	PU-PH	ORL	PITIE SALPITRIERE
267	THABUT	Dominique	PU-PH	Gastro entérologie	PITIE SALPITRIERE
268	THOMASSIN- NAGGARA	Isabelle	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
269	THOUMIE	Philippe	PU-PH	Méd. phys. et réadaptation	ROTHSCHILD
270	TOUITOU	Valérie	PU-PH	Ophthalmologie	PITIE SALPITRIERE
271	TOUNIAN	Patrick	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
272	TOURAINÉ	Philippe	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
273	TOURRET-ARNAUD	Jérôme	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
274	TRAXER	Olivier	PU-PH	Urologie	TENON
275	TRESALLET	Christophe	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	PITIE SALPITRIERE
276	TRUGNAN	Germain	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire	SAINT ANTOINE
277	TUBACH	Florence	PU-PH	Epidémiologie	PITIE SALPITRIERE
278	ULINSKI	Tim	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU

279	UZAN	Catherine	PU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPITRIERE
280	VAILLANT	J-Christophe	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	PITIE SALPITRIERE
281	VERNY	Marc	PU-PH	Gériatrie	PITIE SALPITRIERE
282	VEZIRIS	Nicolas	PU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
283	VIALLE	Raphaël	PU-PH	Chirurgie pédiatrique	TROUSSEAU
284	VIDAILHET	Marie-José	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
285	VIGOUROUX	Corinne	PU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
286	WENDUM	Dominique	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologique	SAINT ANTOINE
287	ARLET	Guillaume	PU-PH	Bactériologie	émérite
288	AUTRAN	Brigitte	PU-PH	Immunologie	émérite
289	BASDEVANT	Arnaud	PU-PH	Nutrition	émérite
290	BERNAUDIN	Jean-François	PU-PH	Histologie et embryologie	émérite
291	BRICAIRE	François	PU-PH	Maladies infectieuses	émérite
292	CAPEAU	Jacqueline	PU-PH	Biologie cellulaire	émérite
293	CAPRON	Frédérique	PU-PH	Anatomie pathologique	émérite
294	CHASTRE	Jean	PU-PH	Médecine intensive réanimation	émérite
295	CORNET	Philippe	PU MG	Médecine générale	émérite
296	EYMARD	Bruno	PU-PH	Neurologie	émérite
297	FERON	Jean-Marc	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traum.	émérite
298	FERRE	Pascal	PU-PH	Biochimie	émérite
299	HANNOUN	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale	émérite
300	JOUVENT	Roland	PU-PH	Psychiatrie adultes	émérite
301	LACAU SAINT GUILY	Jean	PU-PH	O.R.L.	émérite

302	LE BOUC	Yves	PU-PH	Physiologie	émérite
303	MARIANI	Jean	PU-PH	Biologie cellulaire	émérite
304	MASQUELET	Alain	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traum.	émérite
305	MAZIER	Dominique	PU-PH	Parasitologie et mycologie	émérite
306	POYNARD	Thierry	PU-PH	Gastro entérologie	émérite
307	RONCO	Pierre	PU-PH	Néphrologie	émérite
308	ROUBY	Jean-Jacques	PU-PH	Anesthésie réanimation	émérite
309	SEZEUR	Alain	PU-PH	Chirurgie générale	émérite
310	SOUBRIER	Florent	PU-PH	Génétique	émérite
311	STERKERS	Olivier	PU-PH	O.R.L.	émérite
312	UZAN	Serge	PU-PH	Gynécologie obstétrique	émérite
313	WILLER	Jean-Claude	PU-PH	Physiologie	émérite

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS**

1	ALLENBACH	Yves	MCU-PH	Médecine interne gériatrie	PITIE SALPITRIERE
2	ARON WISNIEWSKY	Judith	MCU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
3	ATLAN	Michaël	MCU-PH	Chirurgie plastique	TENON
4	AUBART COHEN	Fleur	MCU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
5	BACHY	Manon	MCU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
6	BARBU	Véronique	MCU-PH	Biochimie	SAINT ANTOINE
7	BASSEZ	Guillaume	MCU-PH	Histologie embryologie	PITIE SALPITRIERE
8	BAYEN	Eléonore	MCU-PH	Rééducation fonctionnelle	PITIE SALPITRIERE
9	BELLANNE CHANTELOT	Christine	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
10	BELLOCQ	Agnès	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
11	BENDIFALLAH	Sofiane	MCU-PH	Gynécologie obstétrique	TENON
12	BENOLIEL	Jean Jacques	MCU-PH	Biochimie	PITIE SALPITRIERE
13	BENUSIGLIO	Patrick	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
14	BIELLE	Franck	MCU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
15	BILHOU NABERA	Chrystèle	MCU-PH	Génétique	SAINT ANTOINE
16	BLONDIAUX	Eléonore	MCU-PH	Radiologie	TROUSSEAU
17	BODINI	Benedetta	MCU-PH	Neurologie	SAINT ANTOINE
18	BOISSAN	Mathieu	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
19	BOUGLE	Adrien	MCU-PH	Anesthésiologie	PITIE SALPITRIERE
20	BOUHERAOUA	Nacim	MCU-PH	Ophthalmologie	15 / 20

21	BOURRON	Olivier	MCU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
22	BOUTOLLEAU	David	MCU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
23	BRIOUDE	Frédéric	MCU-PH	Physiologie	TROUSSEAU
24	BRISSOT	Eolia	MCU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE
25	BUFFET	Camille	MCU-PH	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques	PITIE SALPITRIERE
26	BURREL	Sonia	MCU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
27	CADWALLADER	Jean Sébastien	MCU MG	Médecine générale	CABINET
28	CAMBON BINDER	Adeline	MCU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique	SAINT ANTOINE
29	CAMUS DUBOC	Marine	MCU-PH	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
30	CANLORBE	Geoffroy	MCU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPITRIERE
31	CERVERA	Pascale	MCU-PH	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
32	CHAPIRO	Elise	MCU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPITRIERE
33	CHARLOTTE	Frédéric	MCU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
34	CHASTANG	Julie	MCU associé	Médecine générale	CABINET
35	CHAVANNES	Barbara	MCU associé	Médecine générale	CABINET
36	COULET	Florence	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
37	COUVERT	Philippe	MCU-PH	Biochimie	PITIE SALPITRIERE
38	DANZIGER	Nicolas	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
39	DAVAINE	Jean Michel	MCU-PH	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPITRIERE
40	DECHARTRES	Agnès	MCU-PH	Santé publique	PITIE SALPITRIERE
41	DECRE	Dominique	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
42	DENIS	Jérôme	MCU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
43	DHOMBRES	Ferdinand	MCU-PH	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU

44	DRES	Martin	MCU-PH	Médecine intensive - réanimation	PITIE SALPITRIERE
45	DROUIN	Sarah	MCU-PH	Urologie	TENON
46	DUPONT	Charlotte	MCU-PH	Biologie de la reproduction	TENON
47	ECKERT	Catherine	MCU-PH	Virologie	SAINT ANTOINE
48	FAJAC-CALVET	Anne	MCU-PH	Cytologie et histologie	TENON
49	FEKKAR	Arnaud	MCU-PH	Parasitologie	PITIE SALPITRIERE
50	FERRERI	Florian	MCU-PH	Psychiatrie adultes	SAINT ANTOINE
51	FRERE	Corinne	MCU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPITRIERE
52	GALICHON	Pierre	MCU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
53	GANDJBAKHCH	Estelle	MCU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
54	GARDERET	Laurent	MCU-PH	Hématologie	PITIE SALPITRIERE
55	GAURA SCHMIDT	Véronique	MCU-PH	Biophysique	TENON
56	GAY	Frédéric	MCU-PH	Parasitologie	PITIE SALPITRIERE
57	GAYMARD	Bertrand	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
58	GEROTZIAFAS	Grigoris	MCU-PH	Hématologie	TENON
59	GIRAL	Philippe	MCU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
60	GIURGEA	Irina	MCU-PH	Génétique	TROUSSEAU
61	GOZLAN	Joël	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
62	GUEDJ	Romain	MCU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
63	GUIHOT THEVENIN	Amélie	MCU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
64	GUITARD	Juliette	MCU-PH	Parasitologie	SAINT ANTOINE
65	HABERT	Marie Odile	MCU-PH	Biophysique et méd nucléaire	PITIE SALPITRIERE
66	HAJAGE	Damien David	MCU-PH	Biostatistiques	PITIE SALPITRIERE

67	HERITIER	Sébastien	MCU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
68	HIRSCH	Pierre	MCU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE
69	HUBERFELD	Gilles	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
70	IBANEZ	Gladys	MCU MG	Médecine générale	CABINET
71	JERU	Isabelle	MCU-PH	Génétique	SAINT ANTOINE
72	JOHANET	Catherine	MCU-PH	Immunologie	SAINT ANTOINE
73	JOUVION	Grégory	MCU-PH	Histologie	SAINT ANTOINE
74	KIFFEL	Thierry	MCU-PH	Biophysique	SAINT ANTOINE
75	KINUGAWA BOURRON	Kiyoka	MCU-PH	Médecine interne gériatrie	CHARLES FOIX
76	LAFUENTE-LAFUENTE	Carmelo	MCU-PH	Médecine interne gériatrie	CHARLES FOIX
77	LAMAZIERE	Antonin	MCU-PH	Biochimie	SAINT ANTOINE
78	LAMBERT-NICLOT	Sidonie	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
79	LAMBRECQ	Virginie	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
80	LAPIDUS	Nathanael	MCU-PH	Biostatistiques	SAINT ANTOINE
81	LASCOLS	Olivier	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
82	LAURENT-LEVINSON	Claudine	MCU-PH	Pédo psychiatrie	PITIE SALPITRIERE
83	LAVENEZIANA	Pierantonio	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
84	LE BIHAN	Johanne	MCU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
85	LEBRETON	Guillaume	MCU-PH	Chirurgie thoracique	PITIE SALPITRIERE
86	LOUAPRE	Céline	MCU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
87	LUSSEY-LEPOUTRE	Charlotte	MCU-PH	Biophysique et méd nucléaire	PITIE SALPITRIERE
88	MAKSUD	Philippe	MCU-PH	Biophysique et méd nucléaire	PITIE SALPITRIERE
89	MALARD	Florent	MCU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE
90	MANCEAU	Gilles	MCU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPITRIERE
91	MIRAMONT	Vincent	MCU associé	Médecine générale	CABINET

92	MIYARA	Makoto	MCU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
93	MOCHEL	Fanny	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
94	MOHAND SAID	Saddek	MCU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
95	MONSEL	Antoine	MCU-PH	Anesthésiologie	PITIE SALPITRIERE
96	MORENO-SABATER	Alicia	MCU-PH	Parasitologie	SAINT ANTOINE
97	PEYRE	Matthieu	MCU-PH	Neuro-Chirurgie	PITIE SALPITRIERE
98	PLU	Isabelle	MCU-PH	Médecine légale	PITIE SALPITRIERE
99	QASSEMYAR	Quentin	MCU-PH	Chirurgie plastique	TROUSSEAU
100	RAINTEAU	Dominique	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
101	REDOLFI	Stéfania	MCU-PH	Pneumologie	PITIE SALPITRIERE
102	ROHAUT	Benjamin	MCU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
103	ROOS WEIL	Damien	MCU-PH	Hématologie	PITIE SALPITRIERE
104	ROSENZWAJG	Michelle	MCU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
105	ROSSO	Charlotte	MCU-PH	Neurologie - urgences cérébrales	PITIE SALPITRIERE
106	ROTGE	Jean-Yves	MCU-PH	Psychiatrie adultes	PITIE SALPITRIERE
107	ROUSSEAU ROUSVOAL	Géraldine	MCU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	PITIE SALPITRIERE
108	RUPPERT	Anne Marie	MCU-PH	Pneumologie	TENON
109	SALEM	Joe Elie	MCU-PH	Pharmacologie	PITIE SALPITRIERE
110	SCHMIDT	Mathieu	MCU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPITRIERE
111	SCHNURIGER	Aurélie	MCU-PH	Bactériologie virologie	TROUSSEAU
112	SCHOUMAN	Thomas	MCU-PH	Stomatologie	PITIE SALPITRIERE
113	SOARES	Michel	MCU associé	Médecine générale	CABINET
114	SORIA	Angèle	MCU-PH	Dermatologie	TENON
115	SOUGAKOFF	Wladimir	MCU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE

116	SOUSSAN	Patrick	MCU-PH	Bactériologie virologie	TENON
117	TANKOVIC	Jacques	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
118	TEZENAS DU MONTCEL	Sophie	MCU-PH	Biostatistiques	PITIE SALPITRIERE
119	THELLIER	Marc	MCU-PH	Parasitologie	PITIE SALPITRIERE
120	VALLET	Hélène	MCU-PH	Gériatrie et biologie du vieillissement	SAINT ANTOINE
121	VARINOT	Justine	MCU-PH	Anatomie pathologique	TENON
122	VATIER	Camille	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
123	VAYLET	Claire	MCU-PH	Biophysique	TROUSSEAU
124	VIMONT BILLARANT	Sophie	MCU-PH	ex Vimont dispo conv perso	TENON
125	VOIRIOT	Guillaume	MCU-PH	Médecine intensive - réanimation	TENON
126	WAGNER	Mathilde	MCU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
127	WEISS	Nicolas	MCU-PH	Thérapeutique/réa médicale / neuro	PITIE SALPITRIERE
128	WORBE	Yulia	MCU-PH	Physiologie	SAINT ANTOINE
129	YORDANOV	Youri	MCU-PH	Médecine d'urgence	SAINT ANTOINE

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD	Affection Longue Durée
AME	Aide Médicale d'État
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ARS	Agence Régionale de Santé
CDSS	Commission des Déterminants Sociaux de la Santé
CEREES	Comité d'Expertise pour les Recherches, les Études et les Évaluations dans le domaine de la Santé
CMG	Collège de Médecine Générale
CMS	Centre Municipal de Santé
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
DM	Dossier Médical
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSS	Déterminants Sociaux de Santé
INDS	Institut National des Données de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la santé
IREPS	Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé
ISS	Inégalités Sociales de Santé
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MG	Médecin Généraliste
MT	Médecin Traitant
NR	Non Renseigné
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SAMI	Service d'Accueil Médical Initial
SNP	Soin(s) Non Programmé(s)
ZIP	Zone d'Intervention Prioritaire

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	5
LISTE DES MAÎTRES DE CONFÉRENCES	19
LISTE DES ABRÉVIATIONS	25
TABLE DES MATIÈRES	26
TABLE DES FIGURES	30
TABLE DES TABLEAUX	31
PARTIE 1 : INTRODUCTION	32
1. Les Inégalités sociales de santé (ISS)	32
1.1. État des lieux des ISS	32
1.1.1. Définition des ISS	32
1.1.2. Le gradient social et ses théories	33
1.1.2.1. Modèle de mobilité sociale	33
1.1.2.2. Modèle des déterminants sociaux de la santé (DSS)	33
1.1.2.2.1. Le modèle de Dahlgren et Whitehead	34
1.1.2.2.2. Le modèle de la Commission des Déterminants Sociaux de la santé (CDSS)	35
1.1.3. La santé en France	36
1.1.3.1. Définition de la santé	36
1.1.3.2. Pauvreté en France	36
1.1.3.3. Indicateurs de la santé et ISS	36
1.1.3.3.1. Espérance de vie	37
1.1.3.3.2. Morbidités	37
1.1.3.3.3. Prévention du risque	38
2. Lutte contre les ISS	39
2.1. Problème de santé publique	39

2.2. Révision du système de santé	39
2.2.1. Accès aux soins	40
2.2.2. Recueil des indicateurs des ISS	41
2.2.3. Autres axes de lutte	42
3. Accès aux soins : principal axe de lutte contre les ISS	43
3.1. L'accès aux soins en France : limites	43
3.1.1. Limites financières	43
3.1.2. Limites relationnelles	43
3.1.3. Limites culturelles et psychologiques	44
3.1.4. Limites liées au cabinet	44
3.1.5. Limites de la démographie médicale	45
3.1.6. Limites liées à la littératie en santé	45
3.2. Promotion de l'accès aux soins : loi « Ma santé 2022 »	45
3.3. Lien entre Soins Non programmés (SNP) et ISS	46
4. Centre Médical de Santé (CMS) : rôle clé dans l'accès aux soins	47
4.1. Les CMS : un type de centre de santé	47
4.2. Arcueil et son CMS	49
4.2.1. Arcueil : caractéristiques sociodémographiques de la population	49
4.2.2. Couverture santé et offre de soins à Arcueil	50
5. Objectifs de l'étude	51
PARTIE 2 : MATÉRIELS ET MÉTHODES	52
1. Population de l'étude	52
2. Schéma de l'étude	52
3. Recueil de données	53
4. Analyse de données	55
5. Autorisation	55
6. Quelques précisions	55
PARTIE 3 : RÉSULTATS	57
1. Population de l'étude	57
2. Médecin traitant : domicilié ou non au CMS	57

3. Déterminants sociaux de santé	57
3.1. Indicateurs indispensables	57
3.1.1. Âge	57
3.1.2. Sexe	58
3.1.3. Adresse	58
3.1.4. Assurance Maladie	58
3.1.5. Statut par rapport à l'emploi et professions	59
3.1.6. Capacités de compréhension du langage écrit	61
3.2. Indicateurs utiles	61
3.2.1. Statut en couple	61
3.2.2. Nombre d'enfant (s)	61
3.2.3. Vit seul (e)	62
3.2.4. Pays d'origine	62
3.2.5. Niveau d'études	62
3.2.6. Catégorie socio-professionnelle	62
3.2.7. Statut vis-à-vis du logement	63
3.3. Motifs de consultation	63
 PARTIE 4 : DISCUSSION	 64
1. Analyse du profil sociodémographique	64
1.1. Du profil des patients de l'étude à celle de la population arcueillaise	64
1.2. Du profil des patients de l'étude à celui de la littérature sur les ISS : thèse d'Esther BATSCH	65
1.3. Motifs de consultation	66
2. Limites et forces de l'étude	67
2.1. Limites	67
2.1.1. Schéma de l'étude	67
2.1.2. Recueil des indicateurs indispensables du Collège de Médecine Générale (CMG)	67
2.1.3. Recueil des indicateurs utiles du CMG	68
2.1.4. Épidémie de la COVID-19	70
2.2. Forces	70
2.3. Soins non programmés et ISS	71

3. Renforcement de la lutte contre les ISS : propositions	72
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	74
BIBLIOGRAPHIE	75
ANNEXES	79
Annexe I : Liste des 33 indicateurs du groupe d'experts issus de la bibliographie	78
Annexe II : Modalité de recueil pour chaque indicateur prévu par le Collège Médecine Générale	82
RÉSUMÉ	83

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Les déterminants de la santé, selon Dalghren et Whitehead, 1991	34
Figure 2 : Le "modèle Pathway" de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS	35
Figure 3 : Répartition par tranches d'âge (%)	58
Figure 4 : Répartition par l'Assurance Maladie Complémentaire (%)	59
Figure 5 : Statut par rapport à l'emploi (%)	60
Figure 6 : Répartition de la compréhension du langage écrit (%)	61
Figure 7 : Répartition par catégorie socioprofessionnelle (%)	62

TABLES DES TABLEAUX

Tableau 1 : Critères recueillis dans l'étude	54
Tableau 2 : Motifs de consultation en soin non programmé	63

PARTIE 1 : INTRODUCTION

1. Les Inégalités sociales de santé (ISS)

1.1. État des lieux des ISS

En France, le système sanitaire et médico-social reste encore basé sur une mutualisation des risques de santé garantissant ainsi le droit fondamental pour chacun d'être soigné, quelle que soit sa position économique et sociale. La sécurité sociale a été créée par l'ordonnance du 4 octobre 1945 avec l'objectif de garantir la protection sociale de la population.

Bien que considéré par l'OMS comme l'un des plus performants (1) au niveau international, le système de santé français présente les plus fortes inégalités sociales de l'Europe de l'Ouest face à la morbi-mortalité.

Cela se traduit non seulement par une différence d'espérance de vie mais également par une baisse de la qualité de vie au détriment des plus démunis favorisant l'apparition des inégalités sociales de santé (ISS). Ce constat fait des ISS en France un problème de santé publique depuis les années 2000 dont la réduction est un objectif prioritaire.

1.1.1. Définition des ISS

Les ISS sont définies dans le Glossaire de la promotion de la santé de l'OMS (1) de la façon suivante: « des différences d'état de santé importantes et évitables entre des personnes appartenant à des groupes sociaux différents. Elles concernent toute la population selon un gradient social qui augmente régulièrement des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées. »

Il est essentiel de ne pas confondre les ISS avec les inégalités sociales ou encore les inégalités de santé. D'après L. Potvin (3), les inégalités sociales sont d'ordre sociétal et économique, elles sont à différencier des inégalités de santé qui ne relèvent pas de la justice sociale mais d'autres facteurs pouvant être notamment génétiques ou physiologiques tels que des inégalités liées à l'âge, au sexe. Les ISS résultent donc de la relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale.

1.1.2. Le gradient social et ses théories

Toutefois, les ISS ne sont pas synonymes exclusivement de précarité, de pauvreté, ou d'exclusion sociale, elles existent dans la société à toutes les échelles (1).

Ces inégalités se répartissent selon un gradient social. De ce fait on retrouve ce gradient dans la répartition de la morbi-mortalité entre les différentes classes sociales. L'état de santé s'améliore donc progressivement au fur et à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale (4).

Il existe deux théories expliquant le lien entre ISS et niveau socio-économique décrites par l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) (5) : le modèle de mobilité sociale et celui des déterminants sociaux de la santé.

1.1.2.1. Modèle de mobilité sociale

Le 1^{er} modèle est celui de la mobilité sociale. D'après cette théorie, c'est l'état de santé d'une personne qui détermine sa position sur l'échelle sociale.

On distingue la "sélection directe" qui indique que le mouvement vers le haut ou le bas dans la hiérarchie sociale est la conséquence directe d'un bon ou d'un mauvais état de santé et la "sélection indirecte" supposant que les facteurs déterminant la mobilité sociale influencent également l'état de santé d'une personne à long terme. Le mécanisme de sélection indirecte est confirmé mais sans pour autant être capable d'expliquer les différences de mortalité et de morbidité entre les groupes sociaux.

1.1.2.2. Modèle des déterminants sociaux de la santé (DSS)

Le second modèle est celui des déterminants sociaux de la santé. Les ISS ne relèvent pas seulement de la biologie, mais également de déterminants sociaux. Le concept de déterminants sociaux de la santé explique comment les inégalités sociales deviennent des inégalités de santé (1).

Le lien de cause à effet entre certains comportements à risque (consommation d'alcool, de tabac, sédentarité, alimentation déséquilibrée) et l'apparition de certaines pathologies (cancers, maladies cardio-vasculaires, etc.) est connu. Toutefois, les comportements individuels ne sont pas les seuls facteurs de risque permettant d'expliquer les différences sociales de santé. On peut donc en conclure que d'autres facteurs entrent en ligne de compte : les déterminants sociaux de santé.

Il existe des modèles théoriques décrivant l'interaction des différents DSS entre eux. Nous en exposerons deux : le modèle de Dahlgren et Whitehead et celui de la Commission des Déterminants Sociaux de la santé.

1.1.2.2.1. Le modèle de Dahlgren et Whitehead

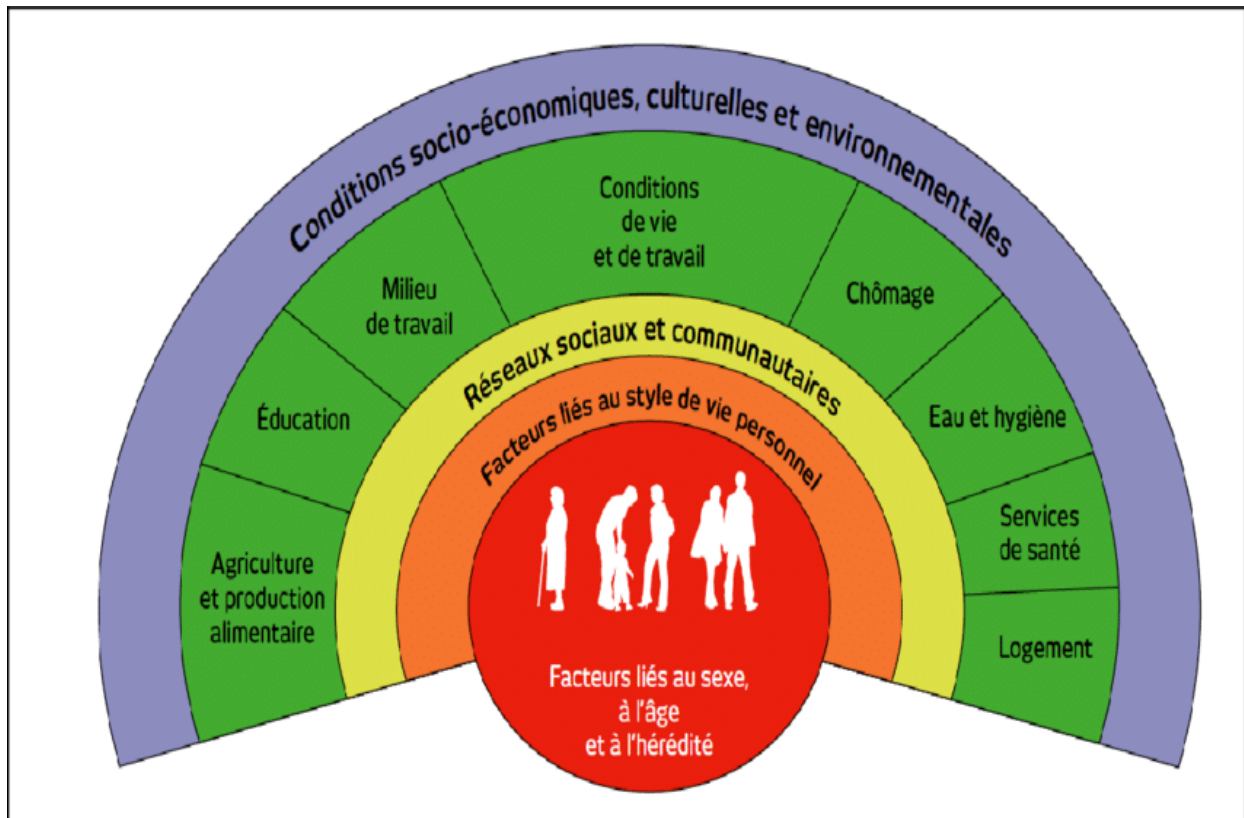


Figure 1 : « Les déterminants de la santé », selon Dahlgren et Whitehead, 1991

Le niveau « Facteurs liés au sexe, à l'âge et à la constitution » concerne les caractéristiques génétiques et biologiques propres à l'individu.

Le niveau « Facteurs liés au style de vie personnel » concerne les modes de vie et les comportements de l'individu sur le plan privé comme public. (Alimentation, tabagisme, activités sportives).

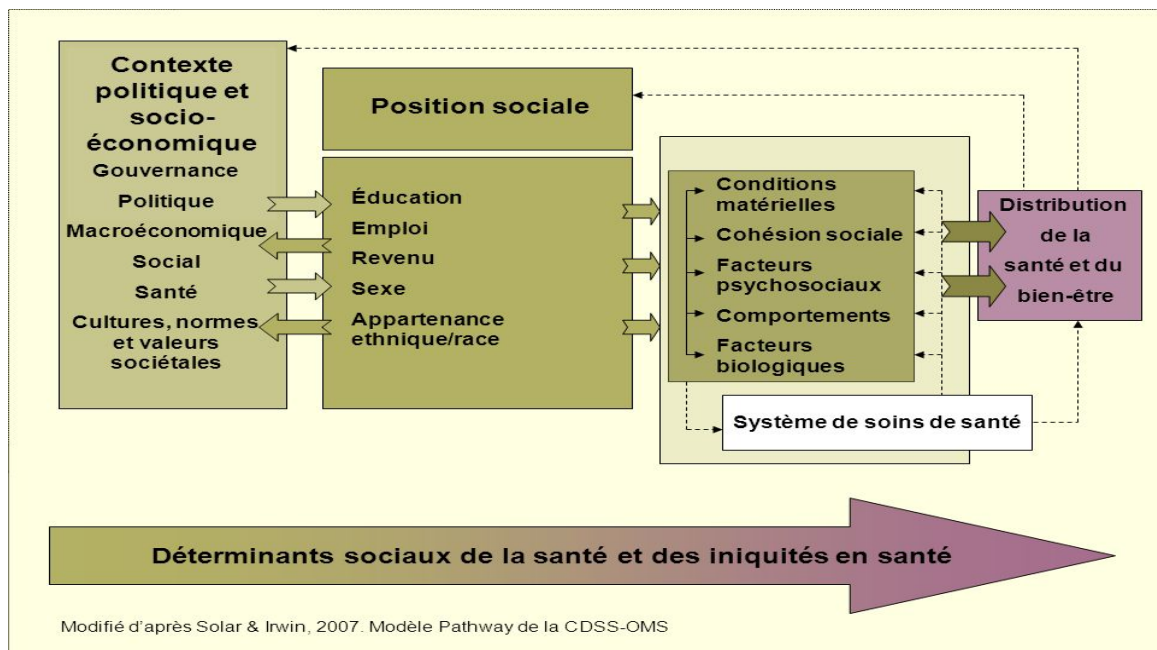
Le niveau « Réseaux sociaux et communautaires » concerne les interactions sociales et collectives en lien avec l'influence des groupes sociaux

Le niveau « Facteurs liés aux conditions de vie et de travail » concerne l'accès au travail, l'accès aux services et aux équipements essentiels : eau, offre alimentaire, habitation, services de santé et accès aux soins, nourriture, l'éducation mais aussi les conditions de travail.

Le niveau « Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales » concernant la société dans son ensemble.

Ces cinq niveaux interagissent tout au long du développement de l'individu aboutissant à définir les ISS.

1.1.2.2.2. Le modèle de la Commission des Déterminants Sociaux de la santé (CDSS)



Ireps de Bourgogne -Dossier technique n° 7Inégalités sociales de santé et promotion de la santé

Figure 2 : Le "modèle Pathway" de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS) de l'OMS

Dans ce modèle conceptuel proposé par la CDSS, le contexte socio-économique et politique est à l'origine des inégalités de santé : on distingue les déterminants structurels et déterminants intermédiaires.

Les déterminants structurels sont liés au contexte socio-économique et politique d'un pays et influencent la distribution inégale des déterminants intermédiaires. Ils regroupent la

gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques fiscales, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture mais également les valeurs de la société.

Les déterminants intermédiaires renvoient aux conditions matérielles (logement, consommation alimentaire, environnement de vie et professionnel, etc.), psychologiques (stress, soutien social, etc.), aux facteurs biologiques et génétiques, aux comportements individuels (nutrition, activité physique, consommation de tabac et d'alcool, etc.) et à l'accès au système de santé. (3)

Aucun de ces modèles n'est exclusif et ils peuvent se révéler complémentaires. La distribution inéquitable des déterminants de la santé serait donc la cause des ISS (6)

1.1.3. La santé en France

1.1.3.1. Définition de la santé

La santé est définie par l'OMS (1) en 1946 comme un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé concerne toutes les dimensions de la vie d'un individu à savoir les dimensions biologiques, psychologiques et sociales : ces dimensions renvoient aux déterminants sociaux de santé qui interagissent dans le cadre des ISS.

1.1.3.2. Pauvreté en France

La définition du seuil de pauvreté (selon l'INSEE) (7) est un revenu inférieur à 60% du revenu médian. En 2018, ce seuil était de 1063 euros par mois, et la France comptait plus de 9,3 millions de personnes pauvres selon cette définition. Le taux de pauvreté monétaire, c'est-à-dire la part de personnes pauvres dans la population, est de 14,8 % en 2018. (10) Ce taux est en constante hausse en France, il était de 13,6 % en 2000 l'année d'émergence des ISS soit une hausse de 1,2% en 10 ans.

1.1.3.3. Indicateurs de la santé et ISS

On peut mesurer l'état de santé d'une population grâce à des indicateurs indirects. Les plus utilisés sont les indicateurs de mortalité, de morbidité et de risque. (8)

- Les indicateurs de mortalité concernent l'analyse des décès d'une population pendant une période donnée. Il s'agit principalement des taux de mortalité (par âge, par sexe ou par cause) et de l'espérance de vie.
- Les indicateurs de morbidité permettent de mesurer l'incidence ou la prévalence d'une maladie dans une population pendant une période donnée.
- Les indicateurs de risque montrent soit le nombre de personnes exposées à un risque, soit la probabilité avec laquelle un risque peut déclencher une maladie. (9)

D'un point de vue global, les français sont en bonne santé par rapport aux pays de richesse équivalente.

On note que ces indicateurs de santé évoluent selon un gradient lié à la catégorie professionnelle ou au niveau d'études au détriment des catégories défavorisées, en particulier les ménages d'ouvriers non qualifiés.

1.1.3.3.1. Espérance de vie

Les hommes de 35 ans ont gagné 7 années d'espérance de vie et les femmes 5,5 années depuis la fin des années 1970.(10). On note que cette amélioration se porte sur les personnes les plus favorisées socialement. Cette ISS se traduit par une différence d'espérance de vie à 35 ans de 47,2 années pour les cadres contre 40,9 ans chez les ouvriers : soit un écart de 6 ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs pour les hommes et de 3 ans pour les femmes. Ces deux catégories bénéficient pourtant d'un emploi, d'un logement et d'insertion sociale. (11)

On observe également que chez les hommes, l'écart d'espérance de vie à 35 ans sans incapacité entre cadres supérieurs et ouvriers est encore plus grand que l'écart d'espérance de vie global. Ainsi, l'espérance de vie en bonne santé à 35 ans des cadres est de 34 ans, contre 24 ans chez les ouvriers, soit un écart de 10 ans.

L'espérance de vie n'est donc pas seulement plus courte, elle n'est également pas comparable en termes de qualité ; les incapacités étant plus fréquentes chez les ouvriers que chez les cadres. (12) Autrement dit, non seulement les cadres vivent plus longtemps, mais aussi en meilleure santé, c'est ce qu'on appelle le concept de «la double peine» (13).

1.1.3.3.2. Morbidités

On retrouve en 2015 (14) une prévalence plus haute pour certaines pathologies chez les individus socialement défavorisés notamment sur le plan professionnel.

La prévalence de l'hypertension artérielle est de 25% dans le tiers de la population dont le niveau d'études est le plus élevé, et de 38% dans le tiers dont le niveau d'études est le plus faible.

Au même âge, la mortalité par cancer du poumon chez les hommes sans diplôme est multipliée par 3,5 par rapport aux hommes qui ont un niveau d'étude « Baccalauréat et plus ». Cet écart est augmenté par 10 en ce qui concerne le cancer du pharynx.

L'enquête EHIS-ESPS (15) a mesuré la présence et l'intensité des symptômes dépressifs en fonction des réponses à huit questions ayant trait à la santé mentale. Les employés déclarent nettement plus fréquemment des symptômes dépressifs que l'ensemble de la population (1,6 pour les employés de commerce contre 1,0 pour l'ensemble de la population), à l'inverse des cadres (0,6).

1.1.3.3.3. Prévention du risque

On observe une inégalité face à la consommation de tabac, d'alcool et les habitudes de santé. En France (15), 28% des personnes fument, dont 22% quotidiennement ; soit un taux de fumeurs supérieur à la moyenne des pays européens. Les ouvriers et employés de commerce sont les catégories les plus concernées par le tabagisme. À l'inverse, les agriculteurs, les cadres et professions intellectuelles supérieures sont moins touchés par le tabagisme quotidien. Par ailleurs, le tabagisme est responsable d'environ 30 % des cancers (16) mais aussi de nombreuses maladies cardio-vasculaires, entraînant de nombreuses dépenses de santé publique ; d'où l'importance de la prévention primaire et secondaire.

Selon l'OMS, l'obésité a atteint les proportions d'une épidémie mondiale. En France, l'excès de poids (10) concerne 46 % des 15 ans ou plus, le surpoids 31 % et l'obésité 15% soit moins que la plupart des autres pays européens participant à l'enquête. Avec 20 % des 15 ans ou plus atteints, les personnes vivant dans des ménages dont la personne de référence est agricultrice sont la catégorie sociale la plus exposée à l'obésité. Les cadres sont les moins concernés.

L'exemple du dépistage (8) du cancer du sein est un bon exemple car sa réalisation est gratuite, les différences ne résultent donc pas d'un obstacle financier. Pourtant, 56% des femmes de plus

de 40 ans ayant un niveau d'étude secondaire ou supérieur ont fait une mammographie au cours des deux dernières années contre 40% de celles ayant un niveau d'étude primaire.

Malgré une amélioration globale des indicateurs de santé en France, on constate une augmentation des ISS dans les milieux socio-économique les plus défavorisées. Cela constitue un réel problème de santé publique. Différents moyens de luttés contre les ISS ont été mis en place.

2. Lutte contre les ISS

2.1. Problème de santé publique

La prise de conscience devant l'émergence des ISS survient via la notion de précarité elle-même décrite par J Wresinski (17) comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut- être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ». Cette définition est adoptée par le Conseil économique et social français en février 1987.

Selon Whitehead & Dahlgren (2006) (18), trois étapes successives sont nécessaires pour réduire les ISS et constituent le seuil d'une politique globale :

- Améliorer l'état de santé des populations les plus défavorisées (focus sur ces populations)
- Réduire les écarts entre les groupes les plus défavorisés et ceux les plus favorisés (les deux extrémités de l'échelle sociale)
- Réduire les disparités de santé systématiques entre tous les groupes de la société (y compris les groupes intermédiaires)

L'amélioration de l'état de santé des populations les plus défavorisées est donc une première étape essentielle qui doit être prioritaire pour le gouvernement dans la lutte contre les ISS. (3)

2.2. Révision du système de santé

L'étude "Welfare state regimes and health inequalities" dans « Social inequalities in health – New evidence and policy implications, Oxford University Press », en 2006, a montré une réduction des ISS dans les pays où la place de l'État dans les domaines de santé est la plus importante. (19)

L'amélioration du système de soins par l'État est donc nécessaire. En France, depuis les années 2000, la politique de santé publique a initié plusieurs plans d'action afin de réduire les ISS.

2.2.1. Accès aux soins

- Création en 2000 de la Complémentaire Médicale Universelle (CMU) à destination des personnes défavorisées et plus spécifiquement la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). Elle leur garantit un accès aux soins et le remboursement des frais engagés. Elle est conditionnée par le fait d'avoir sa résidence en France et un niveau de revenu faible.

- La loi du 9 août 2004 (20) est la première évoquant clairement les ISS : elle crée le parcours de soins coordonné qui consiste à confier à un médecin traitant, les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins. (21)
Ce parcours de soins coordonné remet les soins primaires au centre du soin réduisant ainsi significativement les ISS comme cela a été prouvé dans de nombreux pays : Royaume Unis, Australie, Canada, Suède, Danemark, Japon, Finlande, Pays-Bas, Espagne). (22)

- Depuis le 1^{er} janvier 2016, la création de la PUMA (Protection Universelle Maladie) garantit la continuité de la protection sociale lors d'un changement matrimonial ou professionnel. Chaque français bénéficie de droits ouverts à vie sous conditions de résidence ou de travail en France.(23)

- La Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (23) , crée les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Une CPTS est un collectif d'acteurs de santé, créé à leur initiative, afin de renforcer leur coordination et améliorer la prise en charge de la population de leur territoire. Cela permet une

réorganisation du système de soin en favorisant la collaboration interprofessionnelle pour une approche globale du patient centrée sur ce dernier.

- Généralisation progressive du tiers payant chez le médecin de ville pour tous les assurés (24). En décembre 2016, le tiers payant est devenu un droit pour tous les patients couverts à 100% par l'Assurance Maladie. Puis en décembre 2017, il s'est étendu en tant que droit pour l'ensemble des français. Cela dispense l'avance de la part de l'Assurance Maladie obligatoire (AMO). Plus spécifiquement, le patient bénéficiaire de la CMU-C obtient ainsi la dispense d'avance des frais. Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale.
- Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C a évolué en devenant la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). Elle donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les conditions d'obtention restent inchangées.
- Loi « Ma santé 2022 » que nous aborderons dans la suite de la thèse.

2.2.2. Recueil des indicateurs des ISS

La mise en place d'un plan de lutte efficace nécessite (3) « l'élaboration des outils convenables pour évaluer correctement ces inégalités et l'efficacité des moyens mis en œuvre ». Le collègue de médecine générale (CMG) (25) énonce des recommandations ayant pour but d'aider les acteurs des soins primaires dans le recueil de 16 indicateurs renseignant sur la situation sociale des patients.

Ils sont répartis en deux groupes (25):

- Le groupe A constitué de sept (07) indicateurs indispensables à recueillir pour tous les patients dès la 1^{ère} consultation quel que soit le type de consultation :
 - la date de naissance ;
 - le sexe ;
 - l'adresse ;
 - le type de couverture sociale ;

- le statut par rapport à l'emploi ;
 - la profession éventuelle ;
 - les capacités de compréhension du langage écrit.
- Le groupe B constitués de neuf (09) indicateurs utiles pouvant être recueillis tout au long du suivi :
- le fait d'être en couple ;
 - le nombre d'enfant (s) à charge ;
 - le fait de vivre seul ;
 - le pays de naissance ;
 - le niveau d'études ;
 - la catégorie socioprofessionnelle INSEE ;
 - le fait de bénéficier de minima sociaux ;
 - les conditions de logement ;
 - la situation financière perçue.

Le médecin généraliste par sa position centrale dans le parcours de soin du patient a un rôle primordial dans le recueil de ces indicateurs sociodémographiques concernant le patient.

Le patient est libre de donner ou non ces informations. Elles peuvent être enregistrées par un autre professionnel que le médecin et doivent être mises à jour régulièrement. Il est nécessaire d'en garantir la confidentialité liée au secret professionnel.

Le recueil de ces indicateurs une fois réalisé permet au médecin en identifiant le(s) profil (s) sociodémographiques de sa patientèle d'adapter son travail dans tous les aspects relatifs aux patients : prise en compte de la barrière de la langue (messages ciblés quant aux affiches dans la salle d'accueil), offre de soins (horaires dédiés aux IST ou à la contraception) et le mode d'accès aux soins (secrétariat présentiel ou à distance).

2.2.3. Autres axes de lutte

- Mise en place d'actions de prévention au niveau national (lutte contre le tabagisme) ou local, généralisées (dépistage cancer colorectal,) ou ciblées (dépistage du cancer du col de l'utérus ; documents multilingues ou traducteurs pour les populations précaires). (8)

- Une formation spécifique des professionnels de santé, des responsables politiques, des parties prenantes aux questions des déterminants sociaux de la santé afin de les sensibiliser en amont. (26)

3. Accès aux soins : principal axe de lutte contre les ISS

3.1. L'accès aux soins en France : limites

En règle générale, quand un « problème de santé » survient, il est logique de se rendre chez le médecin afin d'y remédier par les soins de ce dernier. La 1^{ère} barrière est alors l'accès aux soins ou « comment voir le médecin ». Le patient doit, pour ce faire, tenir compte de ses réalités sociales, économiques et culturelles qui sont autant de limites potentielles. Ces limites peuvent empêcher ou retarder la prise en charge médicale accroissant alors les ISS. Quelles sont-elles ?

3.1.1. Limites financières

Des revenus absents, bas ou irréguliers constituent un frein avec pour conséquence de relayer la santé à un second ou à un troisième plan en comparaison d'autres besoins tels que l'alimentation, le logement. Ainsi le chômage, des emplois précaires (intérim, contrats à durée déterminées (CDD)) ne favorisent pas un état d'esprit où la santé est une priorité.

Une enquête de Santé et protection sociale, publiée en 2017, (27) portant sur la part de la population française renonçant à se soigner faute d'argent aboutit à un taux de renoncement déclaré pour raisons financières sur 12 mois de 17 % pour les soins dentaires chez les 18 ans et plus en 2014, 10 % pour l'optique, 5 % pour les médecins généralistes et 4,5 % pour les autres types de soins.

Selon les données de l'INSEE sur « le renoncement aux soins pour raison financière » (27) en 2010 à structures d'âges et sexes comparables, les bénéficiaires de la CMU-C sont 20,4 % à renoncer, quand ceux protégés par une couverture privée sont 14,7 %.

La partie la plus pauvre de la population reste donc mal couverte, ces inégalités se ressentent sur les soins très coûteux qui demeurent mal remboursés à savoir les soins dentaires ou encore les soins optiques.

3.1.2. Limites relationnelles

Hormis le facteur économique, le facteur relationnel dans l'accès aux soins est important. Dans sa thèse en 2001, Fabienne Bazin (28) a montré « qu'il existait une association significative

entre renoncement aux soins pour raison financière et événements de vie traumatiques, même après ajustement statistique en fonction des revenus, la profession et la couverture maladie ».

Ce résultat nous amène à penser que les patients interrogés mettent les difficultés financières au premier plan, ce qui leur permet de nier que l'obstacle est aussi psychosociologique. L'inégalité d'accès aux soins n'est donc pas seulement un problème financier. Un événement traumatique survenant chez un patient avec un revenu suffisant pourrait suffire à le faire renoncer aux soins.

3.1.3. Limites culturelles et psychologiques

La représentation de la santé varie d'un individu à l'autre mais également d'une culture à une autre. Le professionnel de santé doit intégrer cette représentation culturelle dans son schéma de soins afin que le patient et lui trouvent un terrain d'entente favorisant la prise en charge de ce dernier. Dans « Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants », Olivier Bouchaud (29) invite le professionnel de santé à mieux savoir intégrer ces différences pour savoir s'adapter.

Par ailleurs, « la vulnérabilité psychologique peut aussi être mise en cause, que ce soit dans l'accès aux soins ou dans les atteintes de la santé » (8). On la retrouve dans de nombreux domaines du quotidien tels que le stress lié au travail, le stress lié au logement, le stress lié aux démarches administratives (pour avoir des papiers, etc.), le stress de vivre dans la rue.

3.1.4. Limites liées au cabinet

L'accès aux soins est un des axes indispensables et essentiels dans la lutte contre les ISS afin d'obtenir une équité dans la santé. Dans sa thèse, (8) Esther Batsch énumère plusieurs éléments liés au cabinet qu'elle considère comme des limites à l'accès aux soins.

Certains freins à l'accès aux soins ont été énoncés :

- la sectorisation constitue un frein à l'égalité des soins à cause de l'obligation de l'avance des frais. On observe (30) dans la patientèle des médecins libéraux qu'avec tous les autres critères égaux par ailleurs, les patients bénéficiaires de la CMU-C sont moins présents.
- le refus de soins : il arrive que malgré le caractère illégal de cette pratique, certains médecins refusent l'accès à leur consultation aux bénéficiaires des aides sociales. Une

étude de l'IRDES a été faite en 2009 (31) auprès d'échantillons représentatifs de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues). Le résultat montre un quart de refus dans la ville de Paris pour toutes les spécialités médicales avec 20% de refus chez les généralistes (9% en secteur 1, 31% en secteur 2).

- le secrétariat (à distance ou présentiel) et les horaires : ces éléments peuvent dans certains cas et selon le type de patientèle constituer un frein à l'accès aux soins.

3.1.5. Limites de la démographie médicale

En 2018, les chiffres de l'INSEE montrent une disparité dans la répartition de l'offre médicale.

A l'échelle nationale, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) bénéficie de la démographie en médecine générale la plus importante en France métropolitaine avec une densité de 179 médecins généraliste pour 100 000 habitants contre 124 en région Centre-Val de Loire.

À l'échelle régionale, l'Île de France bénéficie d'une densité de 145 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Plus précisément, on se rend compte qu'à échelle départementale, cette répartition est très inégalitaire. On observe ainsi des zones de fortes pénuries comme en Seine et Marne avec 100 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre une densité de 248 à Paris.

3.1.6. Limites liées à la littératie en santé

La littératie en santé est définie comme (25) : la capacité des individus à obtenir, traiter et comprendre les informations de base et les services requis pour prendre des décisions appropriées en termes de santé.

Connaître cette information permet d'évaluer en amont si le patient comprend l'ordonnance prescrite ainsi que les autres recommandations médicales pouvant lui être adressées.

3.2. Promotion de l'accès aux soins : Loi « Ma santé 2022 »

Le projet de loi visant à reformer l'organisation du système de santé français a été voté en juillet 2019. Ce projet de loi « Ma santé 2022 » (32) repose sur 3 grands axes ayant pour objectif commun un accès au soin optimal :

1. Préparer les futurs soignants aux besoins du système de santé de demain

La suppression du numerus clausus à la rentrée 2020 signifie que les effectifs d'étudiants seront fixés par les universités, en accord avec les ARS, selon les capacités et les besoins des territoires. L'objectif est d'augmenter de 20% environ le nombre de médecins formés, tout en diversifiant leurs profils, grâce à des passerelles entre les cursus.

2. Créer, dans tous les territoires, un collectif de soins au service des patients

- Les hôpitaux de proximité permettront de répondre aux besoins de la population avec de la médecine générale, de la gériatrie et de la réadaptation ou encore les activités de soins palliatifs.
- Libérer du temps médical avec la mise en place des CPTS et le recrutement des assistants médicaux auprès des médecins dans les zones où la densité médicale est faible.

3. Faire du numérique un atout pour le partage de l'information en santé et l'évolution des pratiques

- D'ici au 1er janvier 2022, tous les patients auront leur propre espace numérique de santé, pour accéder notamment à leur dossier médical partagé. L'objectif étant de simplifier le parcours de santé de chacun, de fluidifier les échanges et la transmission d'informations entre professionnels.

3.3. Lien entre Soins Non Programmés (SNP) et ISS

Dans son rapport « Assurer le premier accès aux soins, organiser les soins non programmés dans les territoires » remis en mai 2018 à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé, le député Thomas Mesnier dresse un état des lieux alarmant. On observe en effet un écart croissant entre une demande importante de SNP et l'offre ambulatoire.

Cette demande de SNP est chiffrée à 12% du total des consultations annuelles en médecine de ville (généralistes et spécialistes confondus) et se rapporte deux fois plus aux enfants et jeunes adultes que les personnes âgées avec des pics en fin de matinée et en fin d'après-midi.

Selon une enquête de l'URPS Île-de-France de juin 2015 à laquelle 2 822 professionnels toutes spécialités confondues ont répondu, 26 % de ces professionnels acceptent des demandes de

soins non programmés. Les plus sollicités (6 à 10 demandes par jour) sont les pédiatres et les généralistes. La hausse de cette demande s'inscrit dans le vieillissement de la population, l'augmentation des polyopathologies et maladies chroniques mais aussi par « l'aspiration à l'immédiateté ».

Face à une offre de soin ambulatoire en décroissance ou mal répartie et des jeunes médecins présentant une problématique d'installation, l'accès aux soins est un réel enjeu sanitaire.

En France, peu d'études font état du lien entre soins non programmés et les ISS. En médecine libérale, l'aménagement des horaires et la gestion des SNP sont laissés au libre choix du médecin généraliste.

Dans son étude portant sur la comparaison des profils sociodémographiques des patients venant en consultation sur rendez-vous et ceux qui venaient en consultation sans rendez-vous en médecine générale libérale, Esther BATSCH (8) conclut que les patients venant en SNP étaient plus souvent de nationalité et d'origine étrangères et bénéficiaient plus souvent d'aides sociales.

Les SNP semblent à priori être un moyen de favoriser l'accès aux soins à une partie socialement plus défavorisée de la population en cabinet médical. Ce lien est-il présent en centre municipal de santé ?

L'implication des centres municipaux de santé dans la permanence des soins est liée à leur positionnement dans le système de soins de proximité et à leur localisation. Indépendamment de ce qu'il est convenu d'appeler la permanence des soins (sur la période 20H/8H et les fins de semaine), les centres de santé se sont organisés la plupart du temps pour assurer des consultations sans rendez-vous. La réponse aux demandes de soins non programmés est une obligation conventionnelle pour les centres municipaux de santé. Cependant le choix de sa gestion est propre à chaque centre.

4. Centre de Santé Municipal (CMS) : rôle clé dans l'accès aux soins

4.1. Les CMS : un type de centre de santé

L'article L6323-1(33), en vigueur jusqu'au 1^{er} Avril 2018 donne cette définition du centre de santé :

« Les Centres de Santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients, des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1(34) du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2(35) et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10.»

Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé. Ils peuvent soumettre à l'Agence régionale de santé et appliquer les protocoles définis à l'article L. 4011-2 dans les conditions prévues à l'article L. 4011-3. (33).

Dans une enquête publiée par la CNAM en 1995, on appelle centre de santé l'ensemble des centres de soins médicaux, les centres de soins dentaires, les centres de soins infirmiers puis les centres de soins polyvalents (absence d'auxiliaire médicale).

Les centres de santé doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné qu'ils transmettent à l'Agence régionale de santé (ARS) en même temps que leur règlement intérieur.

On compte plus de 1600 centres de santé (dont 320 centres polyvalents en France. (36) Un quart des centres de santé propose des consultations de médecine générale. Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales.

On distingue ainsi deux classes de centre de santé (37) :

- La Classe 1 : celle des centres de santé plus souvent associatifs, avec une coopération pluri professionnelle et une coordination plus fréquente que dans les centres « municipaux ».
- La Classe 2 : des centres de santé majoritairement municipaux, plus anciens, où l'étendue des rôles et fonctions des professionnels non-médecins est plus forte que dans les centres de santé « associatifs ».

Les médecins qui y exercent sont salariés. Les centres de santé municipaux présentent la particularité de ne proposer qu'un salariat à l'heure et non un pourcentage à l'acte.

À ce jour, peu d'études ont été menées sur les CMS, leur mode de fonctionnement particulier et leur apport pour la population.

Les centres de santé, qui contribuent également à la prise en charge des SNP, sont cependant très inégalement répartis sur le territoire. « Cinq régions concentrent plus de 60 % des centres de santé. Il s'agit de l'Île-de-France, l'Auvergne-Rhône-Alpes, la région Grand Est, les Hauts-de-France et l'Occitanie. Ces spécificités tiennent à l'histoire des centres de santé, à forte vocation sanitaire et sociale ».(38)

4.2. Arcueil et son CMS

Depuis 1928, la Ville d'Arcueil dispose d'un centre de santé. Dans le cadre de son programme de santé, elle a ouvert le 11 Septembre 2019 un nouveau centre de santé : le Centre Municipal et Universitaire de Santé Marcel Trigon. Ce dernier est situé dans le quartier du Chaperon Vert, quartier correspondant à une zone d'intervention prioritaire (ZIP).

4.2.1. Arcueil : caractéristiques sociodémographiques de la population

La population arcueillaise en 2017 (1) selon l'INSEE était de 21 501 habitants avec un taux de variation annuelle moyenne de la population de +1,9% de 2012 à 2017. Elle est majoritairement jeune (80% de moins de 60 ans) et équilibrée dans sa mixité femmes-hommes (53% de femmes).

On dénombre une proportion de 37,5% de personnes célibataires et 35,3% de personnes mariées. En ce qui concerne la composition des familles, les couples avec enfant(s) représentent la majorité (44,2 %) et il y a 25% de familles monoparentales.

Sur la population arcueillaise en âge de travailler, les actifs représentent presque 78% avec pour les 15 à 64 ans, un taux d'actif ayant un emploi de 64,3%. Leur taux de chômage est de 10,7%. Les taux d'activité et d'emploi des femmes et des hommes arcueillais sont inférieurs aux moyennes départementales et régionales (entre - 0.3 point et -1.3 points).

Ainsi, l'accès à l'emploi est légèrement plus faible dans la population arcueillaise en âge de travailler et les arcueillaises sont surexposées à une situation d'inactivité.

En termes de catégorie socioprofessionnelle, 45,5 % de la population arcueillaise est constituée de cadres et de professions intellectuelles supérieures puis de professions intermédiaires (23,1%).

La part des ménages fiscaux imposés en 2017 est légèrement plus faible à Arcueil (61%) que dans le département (62,3%) et dans la région (63,9%), de même que pour la médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2017.

Le taux de pauvreté est défini par l'INSEE par la proportion d'individus dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à 60 % du niveau de vie médian. Dans la ville d'Arcueil, il est légèrement supérieur (17%) à la moyenne départementale (16,3%) et régionale (15,3%).

Ces paramètres sociodémographiques font de la population d'Arcueil une population non précaire.

4.2.2. Couverture santé et offre de soins à Arcueil

Les droits à la santé de la population d'Arcueil selon les données de la CPAM au 31/12/2018 sont les suivants :

- 18 342 habitants protégés au régime général sur une population totale de 21 710 habitants, soit 84,5 % ;
- 2,2% bénéficiant de l'AME ;
- 9,5% bénéficiant de la CSS ;
- 14,8 % en ALD ;
- 71,1% ayant un médecin traitant déclaré.

L'offre de soin médical à Arcueil est essentiellement représentée par la médecine générale puisqu'on dénombre en mars 2019 uniquement deux spécialistes à savoir un dermatologue et un ophtalmologue sur le territoire. Toujours selon les données de la CPAM en 2018, on dénombre à Arcueil une densité de médecins généralistes de 46,06 pour 100 000 habitants contre 62,24 à Gentilly ou encore 50,17 Villejuif.

Le CMS a plusieurs objectifs qui sont :

- L'amplification de l'offre de soin grâce à la présence de cinq (05) postes de médecins généralistes tous Maîtres de Stages Universitaires et deux (02) maîtres de conférences (Sorbonne Université) consultant avec et sans rendez-vous avec accueil des SNP et effectuant des visites à domiciles.
- La prévention et l'éducation à la santé au service de tous les patients : le CMS est également un centre de Planification et d'éducation Familial, un centre de vaccinations, un centre de lutte anti tuberculeuse, avec des ateliers d'éducation thérapeutique (ETP) diabétique et diététique.
- Former et contribuer à la recherche avec sa labellisation universitaire renforçant ainsi le rôle de ses enseignants dans la formation des soignants et dans la réalisation de recherches ambulatoires en soins primaires. Le CMS accueille (actuellement) 8 internes et 20 externes par an.

5. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail était de décrire le(s) profil(s) sociodémographiques des patients ayant recours aux soins non programmés que leur médecin traitant soit déclaré ou non au Centre Municipal de Santé à l'aide des indicateurs énoncés par le Collège de Médecine Générale.

L'objectif secondaire consistera à recueillir et analyser les motifs de recours aux soins non programmés. Le degré d'urgence ressenti par le patient n'a pas été abordé dans l'étude.

PARTIE 2 : MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Population de l'étude

Afin de respecter l'objectif principal portant sur les profils sociodémographiques de la population de l'étude, le recueil des indicateurs a concerné toutes les premières consultations pour des soins non programmés par patient sur la période de l'étude. Aussi, un patient consultant sans rendez-vous deux fois ou plus durant la période de l'étude n'est pris en compte qu'une fois.

En plus de ces critères, la population cible de l'étude consultant en SNP est retenue sans tenir compte de la déclaration du médecin traitant dans le CMS ou non, quel que soit l'âge du patient et le motif de sa consultation.

2. Schéma de l'étude

L'étude est descriptive, mono centrique et rétrospective, elle a été réalisée au Centre municipal et universitaire de santé Marcel Trigon d'Arcueil. Elle a inclus des patients consultants en soins non programmés du lundi au samedi matin pendant 3 mois, soit du 1^{er} janvier 2020 au 31 mars 2020 inclus.

Le Centre municipal et universitaire de santé Marcel Trigon est installé depuis septembre 2019 dans ses nouveaux locaux. Il comptait au moment de l'étude cinq (05) médecins généralistes tous maîtres de Stage Universitaires dont deux (02) ayant des diplômes complémentaires dans le domaine de la gynécologie.

Le centre est ouvert toute l'année au public de 8h40 à 12h30 et de 13h30 à 19h30 du lundi au vendredi et de 8h40 à 12h00 le samedi.

En dehors de ces horaires un répondeur téléphonique informe sur les numéros d'urgence et la permanence des soins est assurée par le SAMI de Villejuif.

En ce qui concerne les SNP, des possibilités de consultations non programmées sont mises en place dans le cadre de l'étude. Une plage de SNP est prévue par praticien par demi-journée : ce créneau, non visible en ligne, est attribué directement par les personnels d'accueil aux personnes venues sur place. En moyenne six (06) créneaux de SNP étaient disponibles par jour.

En l'absence de créneau disponible, les personnes sont orientées vers le service infirmier. Une évaluation du degré d'urgence par le binôme infirmier/médecin permet de décider ou non de la nécessité du SNP.

L'équipe du CMS été informée de la mise en place de l'étude de ses objectifs 2 mois avant le début de celle-ci.

430 créneaux théoriques pour les soins non programmés étaient disponibles pendant les 3 mois de l'étude.

3. Recueil de données

Tout patient ayant consulté sans rendez-vous en médecine générale du 1^{er} janvier au 31 mars 2020 aura été inscrit sur le logiciel de gestion de rendez-vous Doctolib* sur le créneau dédié au SNP avec création d'un dossier médical (DM) dans le logiciel métier Crossway*.

Aucun changement n'a été apporté au mode habituel de recueil dans le DM du patient pour l'équipe médicale et paramédicale particulièrement dans le domaine sociodémographique. L'équipe n'a pas été informée en amont de la liste des critères à recueillir pour ce travail.

Malgré la pandémie de COVID 19 et le confinement en France du 17 mars au 11 mai 2020, nous avons maintenu le recueil des données jusqu'au 31 mars 2020. Le CMS a dû réorganiser son accès aux soins avec la mise en place de créneaux dédiés « COVID-19 » avec un dispositif de rappel des patients en cas de nécessité ainsi que la téléconsultation.

Le recueil des DSS dans le CMS a été effectué de juin à juillet 2020 de la manière suivante :

- identification des patients ayant eu une demande de SNP sur le logiciel de rendez-vous Doctolib* dont l'accès est nominatif puis
- recueil via Crossway* dans le dossier médical informatisé du patient des données nécessaires à cette étude.

Les identités des patients ont été anonymisées et les critères recueillis dans un questionnaire de saisie sous forme de tableur Excel®.

Le recueil a été effectué à partir d'un ordinateur fixe du CMS dont l'accès est sécurisé par des identifiants nominatifs.

Le recueil des données au CMS pour l'étude concerne les critères suivants :

Tableau 1 : Critères recueillis dans l'étude

Médecin traitant (MT) :	déclaré ou non au CMS
Indicateurs indispensables :	
	date de naissance
	sexe
	adresse
	assurance maladie
	statut par rapport à l'emploi
	profession
	capacités de compréhension du langage écrit
Indicateurs utiles :	
	est en couple
	nombre d'enfant(s)
	vie seul(e)
	pays d'origine
	niveau d'études
	catégorie socio-professionnelle INSEE
	statut vis-à-vis du logement
Motifs de consultation	

Ce recueil se base sur ce qui est écrit explicitement dans le DM mais également de ce qui peut être déduit de ce dernier : à l'exemple du niveau d'étude en fonction de la profession.

La profession était recueillie en texte libre puis recodée selon la catégorie socio professionnelle de l'INSEE en 8 groupes : agriculteurs, exploitants, artisans, commerçants et chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés intermédiaires, ouvrier retraité et autres personnes sans activité professionnelle. Pour une analyse plus homogène, ce groupe sera réduit à 4 groupes : agriculteurs/ouvriers/artisans, professions intermédiaires, cadres et sans profession.

Concernant le critère « Médecin Traitant », il a été recueilli par la consultation de la liste

officielle des patients ayant domicilié leur MT au CMS d'Arcueil sur le site Amelipro* de l'Assurance Maladie.

Le motif de consultation a été recueilli en texte libre puis codé en se basant sur la classification internationale des soins primaires (CISP) élaborée par l'Organisation Mondiale des Médecins Généraliste.(40) Enfin, ils ont été regroupés en 8 groupes comme dans l'étude d'Esther BATSCH (8) qui sont: la douleur aiguë, le moral, le renouvellement d'ordonnance, l'arrêt maladie, le certificat médical, le conseil, le vaccin et la gynécologie.

4. Analyse de données

La saisie des données a été effectuée à l'aide d'un tableau Excel® sur Microsoft Excel 2020 version 16 et sur le site Biostatgv*.

Les résultats descriptifs ont été exprimés avec leur effectif en pourcentage.

Un test du Chi-2 ou un test de Fisher a été réalisé lorsque l'effectif le permettait afin de comparer la population de notre étude à celle d'Arcueil ainsi qu'à celle du groupe consultant en médecine libérale sans rendez-vous dans l'étude d'Esther BATSCH (8). Le seuil significatif est défini par $p < 0,05$ (5%)

5. Autorisation

Après consultation de l'Institut National des Données de Santé, l'étude répond à la méthodologie MR 004.

La CNIL a publié en date du 13 juillet 2018 une méthodologie de référence intitulée « MR-004 » destinée à encadrer les traitements de données à caractère personnel à des fins d'étude, évaluation ou recherche n'impliquant pas la personne humaine. Il s'agit d'une procédure d'accès simplifié aux données à caractère personnel de santé permettant d'éviter une demande d'autorisation (INDS-CEREES-CNIL) sans pour autant contourner la nécessité pour l'étude, l'évaluation ou la recherche de présenter un intérêt public.(1)

6. Quelques précisions

Dans le cadre du recueil des critères nécessaires à l'étude, on a fait certains choix :

- l'absence d'information d'un des critères dans le dossier médical a été notifiée en non renseigné ;

- sur Excel, le calcul des pourcentages des effectifs portant sur certains indicateurs (l'emploi, la compréhension du langage écrit, d'être en couple, le fait de vivre seul, les études, logement) a été réalisé en excluant la population mineure ;
- concernant le critère « nationalité » en l'absence de précision et hors AME nous avons fait le choix de mettre la nationalité française.
- le critère du nombre d'enfant (s) porte sur le nombre d'enfant (s) du patient et non le nombre d'enfant (s) à charge.

PARTIE 3 : RÉSULTATS

1. Population de l'étude

Du 1^{er} janvier au 31 mars 2020, il y a eu 146 dossiers dans le cadre d'une demande de soin non programmé, dont 10 concernant des patients ayant consulté plus d'une fois.

L'objectif principal portant sur la description du profil sociodémographique de chaque patient, tout soin non programmé par patient au-delà du premier, survenant pendant la durée de notre étude a été exclu. La population cible de l'étude est donc de 134 patients différents.

2. Médecin traitant : domicilié ou non au CMS

La majorité des patients (78 %) consultant pour des SNP n'a pas de médecin traitant déclaré au centre municipal de santé.

3. Déterminants sociaux de santé

3.1. Indicateurs indispensables

3.1.1. Âge

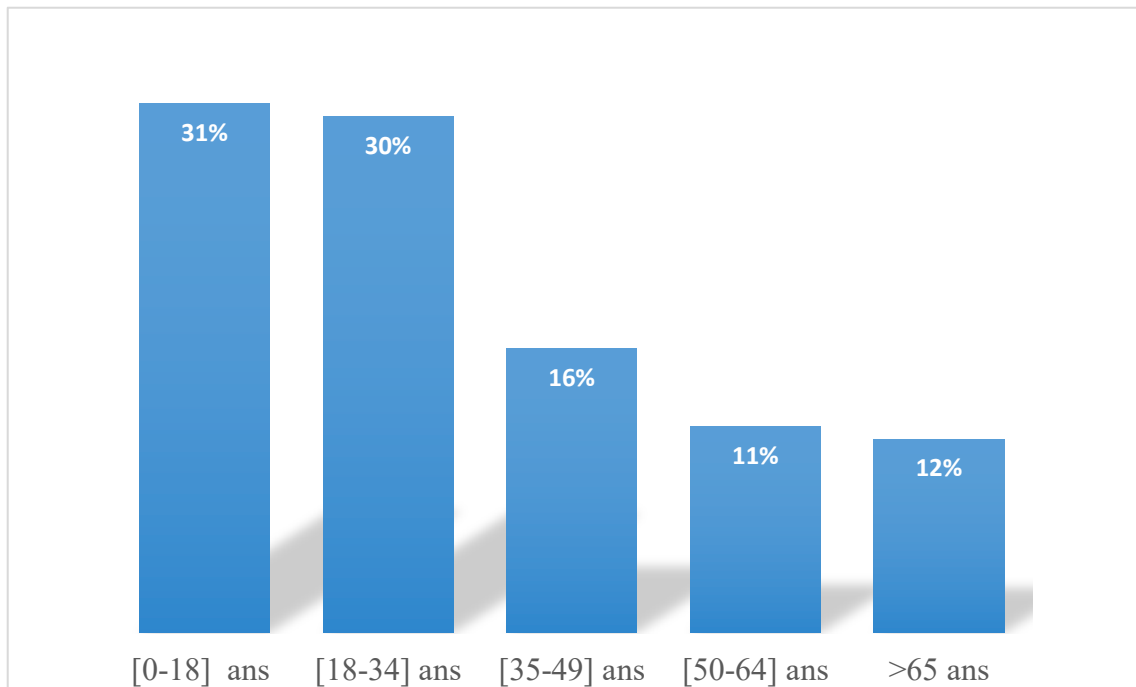


Figure 3 : Répartition par tranches d'âge (%)

La majorité des patients consultant sans rendez-vous était représentée à 31% par les moins de 18 ans et à 30 % par les 18-34 ans. Les plus de 50 ans sont les moins représentés dans les SNP.

3.1.2. Sexe

Les femmes représentent 67 % de la population étudiée, les hommes 31 %, les personnes transgenres 1%. Le sexe est non renseigné pour 2 personnes.

3.1.3. Adresse

Sur les 88 % domiciliés dans le Val de Marne (94), la majorité (69 %) des patients consultant pour SNP sont résidents d'Arcueil, la commune du CMS. En ce qui concerne les autres départements, par ordre décroissant : 4 % de l'Essonne (91), 3 % des Hauts De Seine (92) et de Paris, 1% du Val d'Oise (95). L'adresse est non renseignée pour une personne.

Il est à préciser que l'accès aux patients est ouvert à tous sans sectorisation.

3.1.4. Assurance Maladie

La quasi-totalité des patients (99 %) consultant dispose d'une couverture maladie de base (AMO).

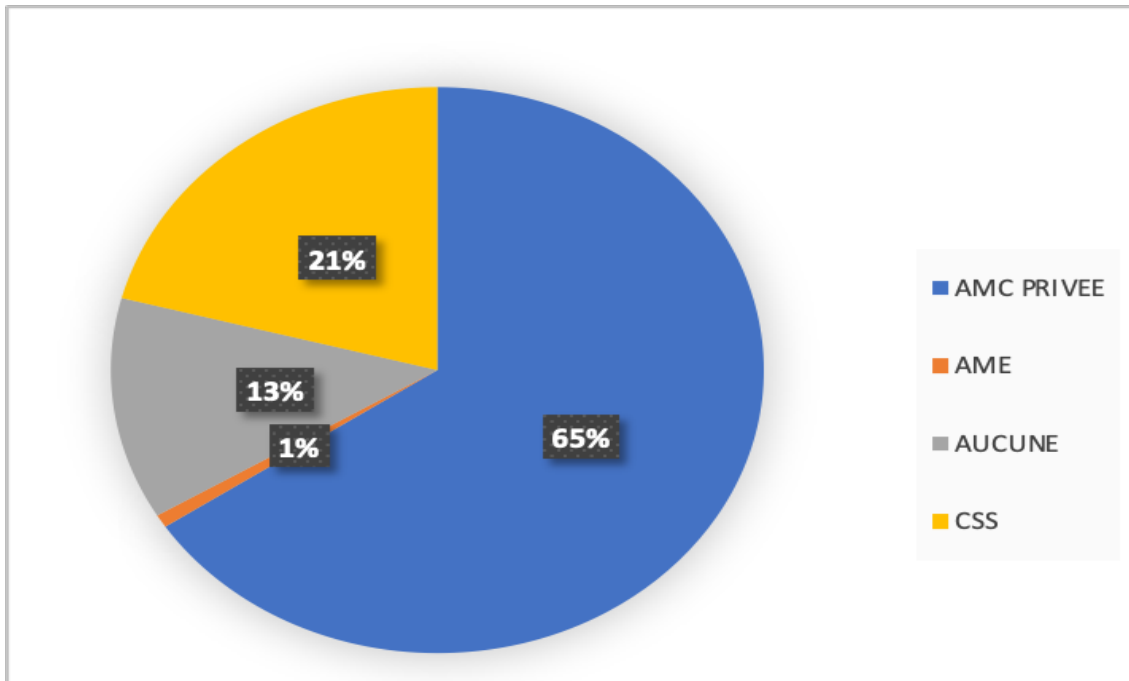


Figure 4 : Répartition par l'Assurance Maladie Complémentaire (%)

La couverture complémentaire est à 65 % majoritairement une mutuelle privée et à 21% une CSS. Les bénéficiaires de l'AME représentaient 1% de la population de l'étude et ceux bénéficiant d'ALD 7 %.

3.1.5. Statut vis à vis de l'emploi et professions

Sur la population en âge de travailler, la majorité soit 55 % était dans la catégorie « actif avec un emploi » et 18 % était au chômage. On retrouve 9 % de retraités et l'absence d'information pour 8 % des patients. Les étudiants représentaient 11 % de la population étudiée.

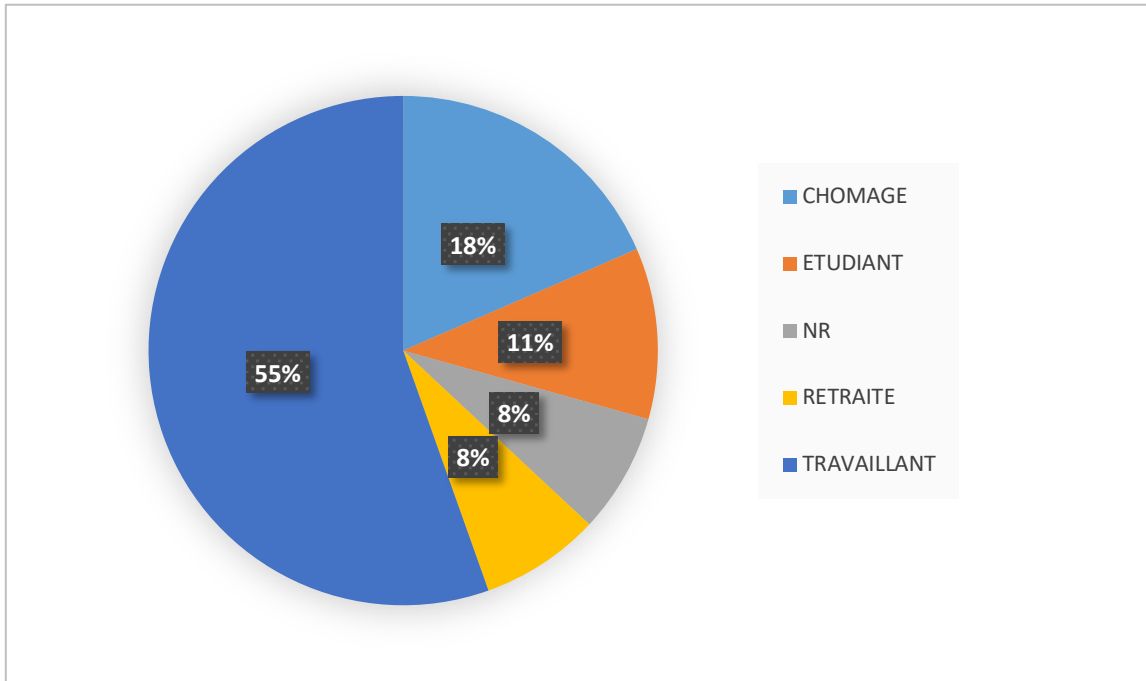


Figure 5 : Statut par rapport à l'emploi (%)

Les professions, en accord avec les recommandations du CMG (25), ont été recueillies sous forme de liste exhaustive. Ensuite les informations ont été regroupées en catégorie socioprofessionnelle selon la classification de l'INSEE que nous aborderons dans le paragraphe sur les indicateurs utiles.

On note que 11 % de la population n'a pas sa profession renseignée dans le dossier médical.

3.1.6. Capacités de compréhension du langage écrit

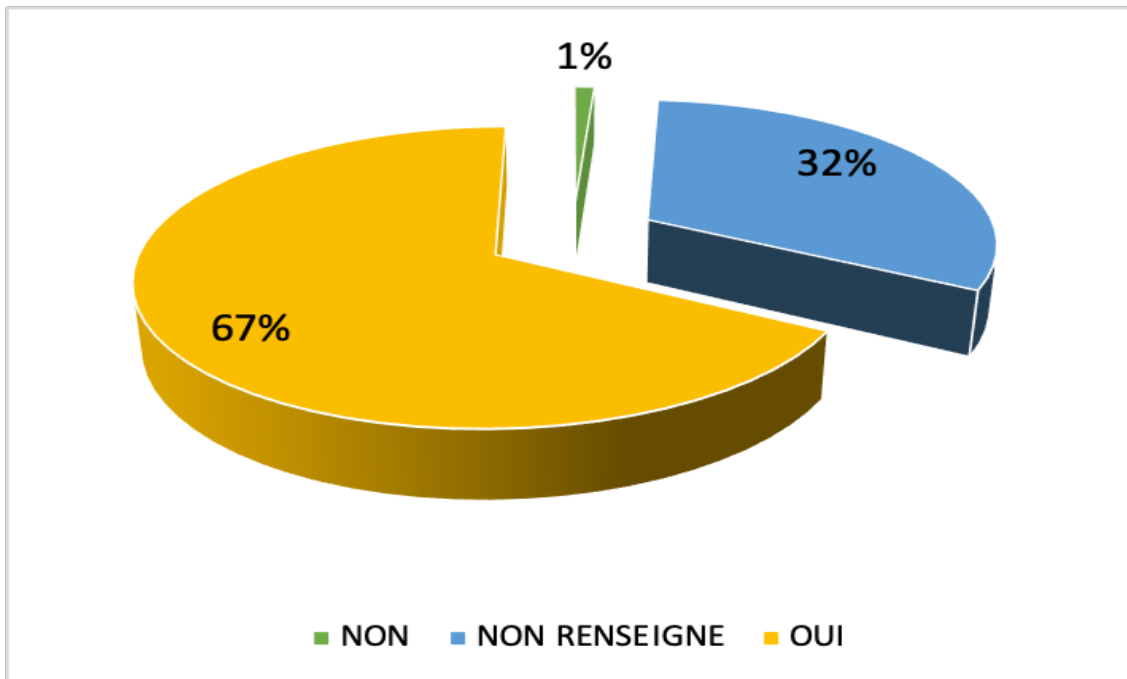


Figure 6 : Répartition de la compréhension du langage écrit (%)

Parmi la population, 67 % des patients étudiés comprenait le langage écrit. Pour 32 % des patients ce critère n'est pas renseigné dans leur dossier médical. Seul 1 % de la population étudiée ne comprenait pas le langage écrit.

3.2. Indicateurs utiles

3.2.1. Statut en couple

L'item « vivre en couple » n'est pas renseigné pour 42 % de la population. Lorsque l'item est renseigné, on retrouve 35 % de personnes vivant en couple.

3.2.2. Nombre d'enfant (s)

Pour 36 % des personnes, le critère « nombre d'enfants » n'est pas renseigné. Lorsque l'item est renseigné, on retrouve 30 % ne déclarant pas d'enfant.

3.2.3. Vit seul(e)

Pour la majorité des patients (42 %), l'item «Vit seul(e)» n'est pas rempli. Lorsque l'item est renseigné, on compte 20 % des patients qui vivent seul contre 38 % vivant avec quelqu'un. Ces chiffres sont superposables à ceux portant sur le statut en couple.

3.2.4. Pays d'origine

La majorité des patients de l'étude (92 %) était considérée comme d'origine dite française lorsque aucun autre pays d'origine n'était mentionné dans leur DM. Les autres patients (5 %) étaient déclaré comme étant originaire d'un pays d'Afrique.

3.2.5. Niveaux d'études

60 % de la population étudiée déclare une formation au moins égale au Baccalauréat et 5 % présente un niveau d'étude secondaire (collège /lycée). L'item n'est pas renseigné dans 35 % des cas.

3.2.6. Catégorie socioprofessionnelle

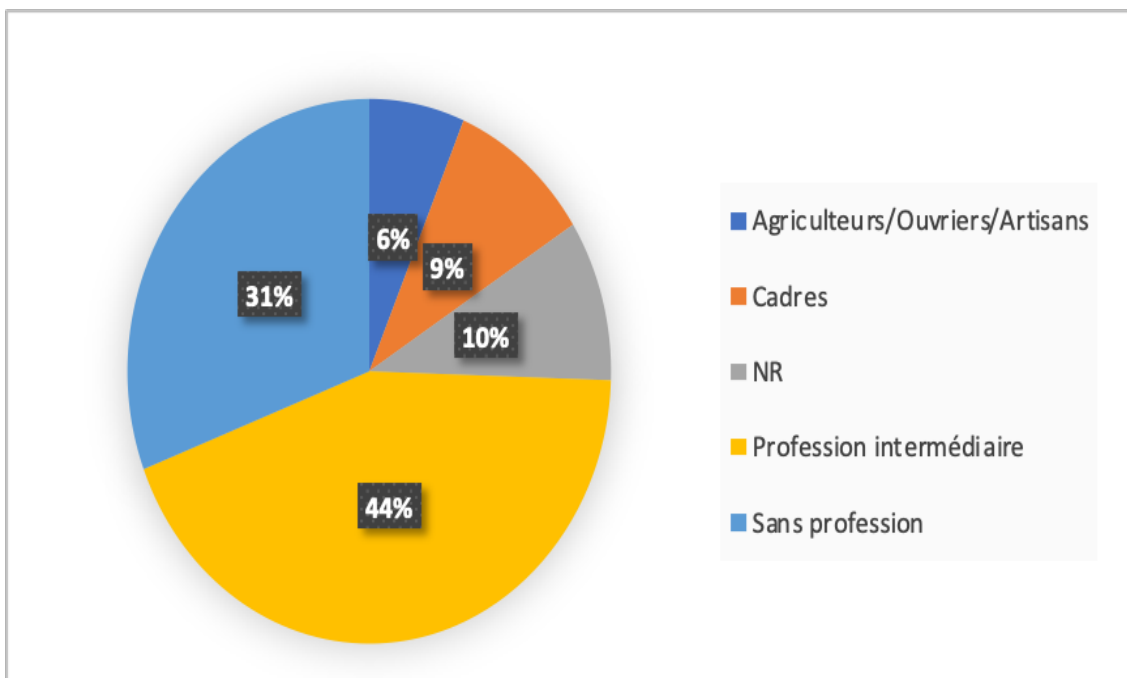


Figure 7 : Répartition par catégorie socio-professionnelle (%)

La majorité de la population qui travaille exerce à 44% dans une profession intermédiaire : à savoir (41) des professions telles qu'agents de maîtrise, techniciens, professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises et professions intermédiaires de l'enseignement, de la formation, de la santé et du social. On retrouve 31 % de la population sans profession, 9% de cadres et 6% pour les métiers du groupe « agriculteurs, ouvriers et artisans ».

3.2.7. Statut vis-à-vis du logement

La grande majorité des patients soit 93% vit dans « son propre logement » en tant que propriétaire ou locataire.

3.3. Motifs de consultation

Tableau 2 : Motifs de consultation en soin non programmé

Motifs de consultation	Nombre de SNP (%)
Douleur aiguë	94 (70%)
Gynécologique	26 (19%)
Moral	5 (4%)
Certificat médical	3 (2%)
Renouvellement d'ordonnance	3 (2%)
Arrêt maladie	2 (2%)
Résultat d'examen	1 (1%)
TOTAL	134 (100 %)

En ce qui concerne le motif de consultation, la douleur aiguë reste le motif le plus fréquent de recours aux SNP (70%) suivi des « motifs gynécologiques » avec 19%.

PARTIE 4 : DISCUSSION

Cette thèse s'inscrit dans un contexte sanitaire difficile lié à la pandémie de la COVID-19. Une pandémie qui a souligné en France, l'importance de l'organisation du système de santé et de l'accès aux soins pour tous, quelle que soit sa condition sociale.

Différents types études sur la dernière décennie ont porté sur les façons de lutter contre les Inégalités Sociales de Santé. Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans l'accès aux soins. Ce rôle est d'autant plus important qu'il s'inscrit au sein d'un des lieux qui se proposent de contribuer à l'accueil des personnes défavorisées : un centre de Santé.

Afin d'atteindre cet objectif d'accès aux soins des plus empêchés, la bonne connaissance de cette patientèle cible est une nécessité impérieuse.

Les recommandations du Collège de la Médecine Générale de mars 2014 (25) proposent un moyen opérationnel de terrain pour repérer les personnes les plus fragiles afin de mobiliser suffisamment de ressources pour que les soins proposés soient pertinents et efficaces.

1. Analyse du profil sociodémographique

1.1. Du profil des patients de l'étude à celle de la population arcueillaise

- En matière d'âge, aucune différence significative n'est retrouvée ($p=0,171$). La population de l'étude est composée pour 88% personnes de moins de 65 ans et la population arcueillaise quant à elle est composée pour 80% de moins de 60 ans.
- En matière de ratio hommes/femmes, on observe une différence significative entre les deux populations ($p = 0,0002$). La proportion de femmes est plus importante dans la population de la thèse. On note dans notre étude 67% de femmes contre 31% d'hommes et dans la population d'Arcueil 53% de femmes contre 47% d'hommes. Effectivement, ce sont les femmes qui consultent le plus souvent le système de santé. En 2004, la DREES(42) retrouvait que 55% des consultations de médecine générale sont demandées par les femmes.

Concernant les autres indicateurs (catégorie socioprofessionnelle, activités), aucune comparaison n'a pu être faite essentiellement par manque de données dans les dossiers médicaux de notre thèse.

Au total on peut conclure que la population d'Arcueil et celle de la thèse ne présentent aucune différence significative en matière d'âge mais sont différentes statistiquement en matière de ratio hommes/femmes avec plus de femmes dans la population de notre étude.

1.2. Du profil des patients de l'étude à celui de la littérature sur les ISS: Thèse d'Esther BATSCH (8).

Dans sa thèse, Esther BATSCH a conclu que « les patients ayant recours aux soins non programmés en médecine libérale étaient plus souvent de nationalité et d'origine étrangères et bénéficiaient plus souvent d'aides sociales ».

Une différence significative est retrouvée entre sa population et celle de l'étude pour les indicateurs suivants :

- l'âge ($p = 9,68.10^{-10}$) : la proportion d'enfants âgés de moins de 18 ans est plus importante dans notre étude (31% contre 1,9%). Cette faible proportion d'enfants dans son étude pourrait s'expliquer par le fait que (8) le nombre de questionnaires diffusés mercredi pendant l'étude était restreint,
- la nationalité ($p = 7,88.10^{-8}$) : l'effectif de patient d'origine étrangère est plus importante dans son étude (43,4 %) que dans notre thèse (92 %),
- le statut du médecin traitant ($p = 8,345$) : notre étude a un taux de médecin traitant déclaré moins important (22 %) que dans son étude (82,4 %),
- la part de la population bénéficiaires d'ALD ($p = 0,0001$) : notre étude retrouve 7% de patients bénéficiaires d'ALD contre 23% dans la thèse d'Esther BATSCH.

On ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre sa population et celle de notre étude pour ce qui est de :

- du ratio hommes /femmes ($p = 0,630$),
- de l'activité ($p = 0,098$),
- des patients bénéficiaires d'aides sociales (CMU-C+AME) ($p = 0,373$).

Concernant les autres indicateurs (le statut vit seul (e), le statut en couple, la catégorie socioprofessionnelle et la compréhension du langage écrit), aucune comparaison n'a pu être réalisée du fait de données non renseignées dans notre thèse.

Au total, la population consultant en médecine générale sans rendez-vous dans l'étude d'Esther BATSCHE présentait un taux de personnes en ALD et, un taux de médecin traitant déclaré sur le lieu de consultation plus importants.

On constate dans notre étude moins de patients d'origine étrangère et une population d'enfants plus importante. Aucune différence significative n'est retrouvée en ce qui concerne les patients bénéficiaires d'aides sociales entre les deux populations.

Ces résultats confortent le « profil jeune » des patients de notre étude. Par ailleurs, la majorité de notre population cible consultant en SNP le fait hors du parcours de soin coordonné.

2. Motifs de consultation

Selon l'enquête menée par la DREES (43) en octobre 2004 auprès de 1 400 médecins de ville, les recours urgents ou non programmés concernent une douleur à soulager dans près de 40 % des cas avec près de 80 % de ces recours concernant une affection aiguë.

Dans cette étude le motif de consultation principal est la douleur aiguë (70%) suivi par la prise charge gynécologique (19 %) avec une grande majorité d'IVG (13%). L'importance des motifs gynécologiques est en lien avec le rôle de planification et d'Éducation Familiale du CMS permettant la réalisation d'IVG médicamenteuses et sous anesthésie locale.

Mais quand on s'intéresse à la population des 104 patients sans médecin traitant déclaré dans le CMS de notre étude, la douleur reste toujours le motif principal de recours aux SNP pour 73 d'entre eux soit 70%. La sphère gynécologique reste le second motif pour 21 patients soit 20% avec 13% d'IVG. Le rôle de centre planification et d'Éducation Familiale du CMS a probablement impacté le profil des patients consultant en SNP : un profil féminin avec une part importante d'IVG.

A noter, dans son étude en médecine libérale (8), Esther BATSCHE retrouve comme principal motif également la douleur aiguë sans que l'on puisse comparer les deux populations ou en tirer une conclusion. Elle y recueille tous les motifs de SNP par patient. Au contraire, dans notre

étude, seul le diagnostic se rapportant au motif principal de consultation en soins non programmés est recueilli. Cette différence de modalité de recueil ne permet pas de réaliser un test de Chi-2.

2. Limites et forces de l'étude

2.1. Limites

2.1.1. Schéma de l'étude

Une des limites qu'on peut identifier dans l'étude réside dans l'absence de mention du nombre de consultations en SNP pour un même patient. L'étude des motifs répétés aurait pu donner un éclairage particulier. De même, je n'ai pas exploré l'ancienneté de suivi dans le centre de santé des patients de l'étude. Avaient-ils déjà consulté auparavant ? Étaient-ils régulièrement suivis auparavant ? Je n'ai pas intégré cette information dans le tableau Excel utilisé pour l'analyse de départ. Autrement dit, il s'agissait de préciser si le patient lors de ce soin non programmé avait déjà consulté dans le CMS et si cette consultation avait eu lieu dans le cadre d'un SNP. Auquel cas, son DM aurait pu être plus informatif quant aux différents indicateurs grâce aux nombres multiples de consultation.

Toutefois, on peut supposer que le DM est moins bien complété quand le MT n'est pas déclaré au CMS. Ce qui pourrait expliquer en partie la faible part d'indicateurs utiles renseignés dans l'étude. (78% des patients avaient un MT hors du CMS)

2.1.2. Recueil des indicateurs indispensables du Collège de Médecine Générale (CMG)

L'évaluation du recueil des déterminants sociaux de la santé par les MG ne faisait pas parti des objectifs de cette thèse. Toutefois, on peut remarquer que dans le groupe des 7 indicateurs indispensables, la compréhension du langage écrit a été analysée « par défaut ». En effet, la question de la compréhension n'était pas directement évaluée par le médecin auprès du patient comme préconisé par le Collège de Médecine Générale. («Avez-vous besoin que quelqu'un vous aide pour comprendre des ordonnances ou des documents d'information médicale remis par votre médecin ou votre pharmacien ?» avec pour modalité de réponse « oui ou non ») (9).

Ce sont des éléments indirects tels que la profession ou le niveau d'étude qui ont pu m'aider à valider l'indicateur de la compréhension de langage écrit. Quand on ne pouvait statuer au vu des éléments du DM, la réponse était codée comme «NR » c'est-à-dire non renseigné.

La part importante de patients (32%) pour laquelle la compréhension du langage écrit n'était pas renseignée ne nous permet pas d'évaluer la littératie en santé de notre population. Dans la pratique quotidienne du médecin généraliste, évaluer la littératie en santé de sa patientèle permet d'identifier les patients ayant des difficultés dans leur parcours de soin et donc d'optimiser sa prise en charge.

D'après la thèse d'octobre 2014 de Céline ERNST et de Charlotte NOLLET sur le recueil de la situation sociale des patients et la prise en charge des inégalités sociales de santé: perspectives en médecine générale (44), «les médecins réagissent sur l'évaluation des capacités de compréhensions au sens large et reconnaissent être souvent confrontés à cette difficulté, mais recueillent peu cette information de manière active : ils utilisent plutôt leur ressenti, ou les difficultés exprimées par le patient pour évaluer cette information.»

On peut supposer que les médecins de l'étude ont très certainement fonctionné de la même façon.

2.1.3. Recueil des indicateurs utiles du CMG

Ce manque d'information se chiffre respectivement à 42% pour le fait de vivre seul et le statut en couple, à 36% pour le nombre d'enfant et 35% pour le niveau d'étude. Il s'agit de chiffres importants illustrant un déficit de recueil de certains critères par les professionnels de santé.

Il est vrai que les déterminants sociaux de santé de ce groupe nécessitent comme le précise le CMG, « un investissement supplémentaire ». Toutefois l'effectif pour lequel ces informations sont indisponibles reste relativement important et souligne la nécessité de sensibiliser les professionnels de santé sur leurs rôles clés dans la lutte contre les ISS par le biais de l'identification de ces déterminants sociaux de santé. Il faut pour cela que le professionnel de santé soit informé du rôle et de l'impact de ces derniers sur le parcours de santé du patient.

Pour ce qui concerne le statut vis-à-vis du logement, on dispose de l'information pour tous les patients de l'étude mais la précision du statut propriétaire ou locataire n'est pas indiquée. A contrario les patients sans domicile fixe ou encore hébergé chez un tiers, en hôtel 115 ou équivalent ont été notifiés. Cette situation illustre une tendance, peut être implicite, d'identification par le MG des situations à risques. Il semble que même si les MG identifient la portée sociale d'avoir un logement, le fait d'en être le propriétaire ou le locataire ne semble pas être une information primordiale soit parce que le MG ignore la nature de cette recommandation

soit parce qu'il juge qu'elle n'est pas utile. Le statut vis-à-vis du logement (44) est reconnu comme important, mais « l'information propriétaire/locataire ne semble pas intéressante ni discriminante».

Le pays d'origine a été également recueilli « par défaut ». Aussi, était considérée comme personne d'origine française tout patient dont le DM ne mentionnait pas une origine autre. Ce mode de recueil a sans doute participé à sous-estimer la population d'origine étrangère.

Au total sur le groupe d'indicateurs utiles, beaucoup d'entre eux ne sont pas renseignés. Et quand ils le sont c'est par un recueil indirect (nationalité) ou alors l'information est partielle (logement).

La question peut se poser de savoir si cela est dû à un manque de temps lors d'une consultation non programmée. Pour les patients régulièrement suivis (ayant déclaré leur médecin traitant dans le centre), les différentes consultations permettent-elles de compléter les informations sur la position sociale ? S'agit-il d'une méconnaissance des soignants de l'intérêt du recueil systématique de ces informations ?

Dans leur thèse, Céline ERNST et de Charlotte NOLLET (44) expliquent que la systématisation de recueil est assimilée à une stigmatisation d'une certaine catégorie socio-économique pour de nombreux médecins de par le caractère « intrusif » de certains critères tels que la compréhension du langage écrit, la situation financière ou encore le bénéfice de minima sociaux.

Le médecin est toutefois conscient que pour soigner au mieux sa patientèle, il convient de soigner avec équité et non avec égalité. Il le fait par ailleurs souvent intuitivement.

L'objectif final est l'équité en matière de soins et non l'égalité, on parle alors de justice sociale. (44) « Ainsi, une prise en charge équitable ne cherche pas une stricte égalité dans l'accès aux soins ou encore dans l'utilisation des services de santé. Il est nécessaire d'introduire d'autres dimensions telles que le niveau de besoin individuel, la facilité à payer ou, plus généralement, les caractéristiques socioéconomiques, démographiques et de santé individuelles, pour adapter sa prise en charge en fonction de ces besoins ».

L'équité en santé amène le MG à faire des différences selon le profil du patient pour le bien de ce dernier. Toutefois le frein réside dans le ressenti que ce recueil peut induire auprès du patient et de sa conséquence sur la relation médecin malade.

Pour l'OMS (45) l'objectif à atteindre est l'équité en santé, c'est -à-dire « l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques ». Il est donc essentiel de mettre en avant la notion d'équité plus que celle de justice afin de réduire les ISS.

Sur les 16 indicateurs du CMG, seul 2 n'ont pas été étudiés car jamais renseignés (le bénéfice de minima sociaux et la situation financière perçue). On rappelle qu'il n'y a pas eu de formation au recueil des données préalable à cette étude.

2.1.4. Épidémie de la COVID-19

Le recueil des DSS s'est déroulé pendant la période hivernale et le début du printemps, périodes pendant lesquelles les besoins en santé sont plus importants. Choisir cette période de l'année peut induire un effectif plus important de soins non programmés non représentatif de l'ensemble du reste de l'année.

Sans compter que le contexte pandémique a pu modifier les motifs de recours. En effet, du 1^{er} au 31 mars, on décompte 18 cas de suspicions d'infection par la COVID-19 sur les 42 SNP du mois de mars. Les patients concernés consultaient pour des symptômes évocateurs de la COVID-19 tels que fièvre, toux, diarrhées syndrome pseudo grippaux ou anosmie. Cela correspond à 13% des SNP de la totalité de l'étude. Nous avons décidé d'inclure ces patients car ils consultaient sur des plages de consultation en SNP dédiés aux suspicions d'infection par la COVID- 19.

2.2. Forces

Cette étude est la 1^{ère} portant sur les déterminants sociaux dans un CMS : jusqu'à présent les études qu'elles soient qualitatives (44) ou observationnelles (46) se déroulaient en médecine de ville. Elle est également la première à décrire la population en soins non programmés après l'édition des recommandations du CMG portant sur les indicateurs sociaux de santé en 2014.

Par ailleurs, ce recueil des déterminants sociaux de santé par les professionnels de santé s'est fait sans qu'aucune instruction ne leur ait été donnée en amont. Cela permet d'avoir un retour

en « temps réel » autrement dit, aucun effet Hawthorne ou expérience Hawthorne (47) n'est observable. Aussi les médecins n'ayant reçu en amont aucune liste exhaustive de tous les DSS nécessaires à l'étude, les résultats observés sont dus aux facteurs expérimentaux et non au fait que les sujets avaient conscience de participer à une étude même si l'objectif de cette dernière n'était pas de les évaluer.

Cette étude n'avait pas pour objectif d'évaluer le recueil des DSS par les MG mais au vu des nombreux indicateurs non renseignés, elle fait ressortir la nécessité pour les professionnels du CMS d'améliorer leur pratique professionnelle pour les patients vulnérables en termes d'ISS. Le CMS est une structure qui a pour rôle de favoriser l'accès aux soins des populations les plus défavorisées. Son rôle médico-social justifie que tous les professionnels de cette structure soient sensibilisés à l'identification des DSS afin d'avoir une prise en charge ciblée et adaptée au patient.

2.3. Soins non programmés et ISS

Pendant la durée de l'étude, environ 370 plages de SNP étaient théoriquement disponibles (en théorie avec tous les médecins présents chaque jour, sans congés, sans absence) mais seul un tiers des consultations ont été pourvues. La question se pose de savoir pour quelle(s) raison(s) une si grande part des créneaux de SNP n'a pas été pourvue alors que l'insuffisance d'offre médicale a fait d'Arcueil une ZIP.

On peut citer le caractère nouvellement implanté du CMS qui a pu contribuer à limiter le nombre de personnes informées de son existence. En effet, le CMS était installé depuis trois mois lors de la mise en place de l'étude. Sans compter qu'un grand nombre de patients de l'ancien CMS qui était dans un tout autre quartier d'Arcueil ont vraisemblablement choisi un autre lieu soin et n'ont pas nécessairement poursuivi avec le nouveau CMS pour des raisons pragmatiques.

Pour de nombreux patients, la réponse au besoin de soins non programmés réside dans les structures d'urgence tels que les services d'accueil des urgences dans les hôpitaux, ou le Service d'Accueil Médical Initial (SAMI). Dans le val de Marne, douze (12) SAMI sont effectifs (48). Les médecins généralistes libéraux y assurent leurs gardes et reçoivent les patients pour toute urgence médicale. Les patients ont l'habitude d'y avoir recours à cause de la facilité d'accès et la certitude pour l'hôpital de trouver un plateau technique à tout instant malgré le risque de l'attente.

Les CMS pourraient à terme par leur offre de SNP être une alternative en journée pour les patients notamment pour ceux sans MT déclaré.

La problématique de la diffusion de l'information médicale est essentielle : à savoir comment les populations sont informées de l'existence du CMS. On peut supposer que certaines classes sociales défavorisées n'ont pas accès à internet ou ne savent pas comment rechercher l'information. Les autres acteurs du soins (médecins libéraux, infirmiers, autres paramédicaux libéraux, pharmacie) peuvent être un canal de diffusion de cette information.

La population doit être informée de l'existence du Centre Municipal de Santé de façon continue et les soins non programmés doivent être maintenus et renforcés à long terme. En effet, en plus de faciliter l'accès aux soins, ils constituent le premier contact avec le CMS permettant de poursuivre, pour les personnes qui le souhaitent, la prise en charge classique avec déclaration de médecin traitant.

3. Renforcement de la lutte contre les ISS : propositions

Cette étude permet d'explorer les moyens pour mettre en place des actions visant à réduire les ISS. L'identification des profils des patients par le biais du recueil des indicateurs du CMG joue un rôle à plusieurs niveaux dans l'organisation du CMS. En effet ce recueil permet(25):

- de soigner en prenant en compte la situation sociale du patient
- de mieux connaître la patientèle du CMS pour mieux organiser sa pratique
- de produire des connaissances pour mettre en place des actions visant à réduire les ISS.

Comme le porte le projet « Ma loi santé 2022 », il est crucial de poursuivre la création de lieux de soins regroupés tels que les CMS, maisons de santé ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) afin de lutter contre le problème de démographie médicale.

Sur le plan professionnel, la lutte contre les ISS nécessite des professionnels de santé informés et sensibilisés sur ce sujet. L'intégration des inégalités sociales de santé dans les formations médicales initiales continues des médecins généralistes doit se poursuivre et se généraliser.

Dans sa thèse Sybille Le Cour Grandmaison (46) caractérise le fait que les médecins généralistes qui ont une activité psychosociale recueillent plus d'informations indispensables. Elle en déduit que les médecins sensibilisés ou formés aux ISS recueillent plus de déterminants

sociaux de santé. Il conviendrait d'inclure dans la formation médicale dès le 1^{er} et 2^{ème} cycle des formations médicales visant à sensibiliser les futurs professionnels de santé aux inégalités sociales de santé et à ses déterminants sociaux de santé.

Sur le plan administratif, on peut également envisager « un partage de tâche » avec une participation active du patient dans le processus de recueil des indicateurs. On pourrait si le niveau du patient le permet remettre avant son rendez-vous une fiche « type » à remplir lors de tout 1^{er} rendez-vous avec les indicateurs à renseigner. Le secret médical serait garanti et le patient compléterait éventuellement les informations manquantes avec le MG en consultation. Toutefois, les modalités pour rendre le formulaire accessible à tous resteraient à préciser.

En matière de logiciel de santé, on pourrait envisager d'y intégrer des modules types avec les déterminants sociaux de santé manquant à ce jour sur le modèle du CMG en collaboration avec les autorités de santé. Une fois les DSS du patient identifiés dans son dossier médical, une gradation du « degré de risque d'ISS » selon une échelle préalablement définie pourrait servir d'outil afin d'adapter en aval la prise en charge de ce dernier. (SNP à la demande pour les plus défavorisés ou ordonnances simplifiées)

L'intégration automatique dans le DMI de la couverture santé des patient(e)s avec une éventuelle alerte de vulnérabilité serait également une aide (49).

Les pistes permettant de lutter contre ISS vont de l'augmentation de la démographie médicale pour un accès aux soins plus simple à l'identification de tous les freins limitant le recours aux soins des catégories sociales les plus défavorisées.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Cette étude a permis de préciser les profils sociodémographiques des personnes en demande de soins non programmés au Centre municipal de Santé d’Arcueil lors du premier trimestre 2020. Les critères utilisés sont ceux recommandés par le Collège de Médecine Générale en 2014.

On s’attendait à une majorité de patients consultant en soin non programmé de niveau socio-économique défavorisé, d’origine étrangère avec une prédominance des aides sociales. Toutefois le profil est tout autre : si l’on devait dégager un profil type de la personne en demande de soins non programmés ce serait plutôt une femme française ayant fait des études supérieures, ou un nourrisson avec une couverture santé complète. Ce profil oriente plutôt vers une classe moyenne ayant recours aux soins non programmés du Centre Municipal de Santé d’Arcueil. Le type d’offre de soins à forte orientation gynécologique a sûrement généré cette demande.

Qu’en est - il alors de l’accès aux soins des plus défavorisés ? Compte tenu des caractéristiques sociodémographiques de la ville, ce travail invite à une réflexion sur les renoncements aux soins des plus vulnérables, à savoir pourquoi ne se présentent-ils pas au centre municipal de santé ? Est-ce lié à la nouveauté de son implantation ? Est-ce lié à la méconnaissance de l’existence des soins non programmés au centre municipal de santé ? Les soins non programmés sont - ils synonymes d’urgences et donc de recours à l’hôpital, au SAMI ? Ou encore sont-ils synonymes d’un renoncement aux soins ?

Cela invite à une communication à mettre en place vis à vis des plus vulnérables afin qu’ils se sentent légitimes à recourir à ce lieu de soin dont le projet est d’être un lieu citoyen d’intégration sociale.

Cette thèse soulève un questionnement important sur l’adaptation de l’outil de promotion de l’accès aux soins pour les plus vulnérables que constitue les centres municipaux de santé afin qu’ils puissent servir à ceux qui en ont le plus besoin. Pour se faire, il est nécessaire de rechercher les obstacles auxquels cette population cible fait face. Sur la question du recueil des déterminants sociaux de santé, il est souhaitable qu’elle devienne une compétence à part entière de tout médecin généraliste.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 24 sept 2020]. Disponible sur : https://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/
2. Glossaire | Inégalités de santé [Internet]. [cité 24 sept 2020]. Disponible sur : <http://www.inegalitesdesante.be/glossaire.php>
3. Potvin L, Jones CM, Moquet M-J, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis (Paris) : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; 2012.
4. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. :101.
5. Inégalités sociales de santé et promotion de la santé [Internet]. Ireps Grand Est. [cité 30 sept 2020]. Disponible sur : https://www.ireps-grandest.fr/index.php/content_page/item/53-inegalites-sociales-de-sante-et-promotion-de-la-sante
6. La Santé de l'homme - n° 414 - Juillet-Août - 2011. :52.
7. Définition - Pauvreté monétaire / Seuil de pauvreté / Seuil de pauvreté | Insee [Internet]. [cité 22 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1653>
8. Batsch E. Profils sociodémographiques et motivations des patients venant avec et sans rendez-vous en consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France] : Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie ; 2013.
9. Données de cadrage : Indicateurs d'état de santé : Définitions - IRDES [Internet]. [cité 25 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/IndicateursEtatSante/Definitions.htm>
10. État de santé de la population en France : rapport 2017 [Internet]. [cité 25 sept 2020]. Disponible sur : </liste-des-actualites/etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
11. Les inégalités d'espérance de vie entre les catégories sociales se maintiennent [Internet]. Observatoire des inégalités. [cité 25 sept 2020]. Disponible sur : https://www.inegalites.fr/Les-inegalites-d-esperance-de-vie-entre-les-categories-sociales-se-maintiennent?id_theme=19
12. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent - Insee Première - 1372 [Internet]. [cité 25 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280972#consulter>
13. Cambois E, Laborde C, Robine J-M. La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. Rev D'épidémiologie Santé Publique. oct. 2008 ;56(6) : S367.
14. Les inégalités sociales de santé - Déterminants sociaux et modèles d'action [Internet]. [cité 25 sept 2020]. Disponible sur : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article241>

15. Pisarik J, Rochereau T, Célant N. État de santé des Français et facteurs de risque. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale 2014. 2014 ;8.
16. SPF. Baromètre cancer 2010. [Internet]. [cité 25 sept 2020]. Disponible sur : [/import/barometre-cancer-2010](#)
17. Grande pauvreté et précarité. [Internet]. Joseph Wresinski FR. 2007 [cité 25 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite141/>
18. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up. Part 1 | National Collaborating Centre for Determinants of Health [Internet]. [cité 25 sept 2020]. Disponible sur : <https://nccdh.ca/fr/index.php?/resources/entry/concepts-and-principles-for-tackling-social-inequities-in-health>
19. Social Inequalities in Health: New evidence and policy implications [Internet]. Social Inequalities in Health. Oxford University Press; [cité 25 sept 2020]. Disponible sur: <https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780198568162.01.0001/acprof-9780198568162>
20. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1) - Légifrance [Internet]. [cité 25 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000787078/2020-09-25/>
21. Masson E. Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution [Internet]. EM-Consulte. [cité 25 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/824792/article/les-inegalites-de-recours-aux-soins -bilan-et-evol>
22. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. 2012 ;8.
23. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 25 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/>
24. Tous LFP. Loi santé : le tiers payant généralisé à fin 2017 [Internet]. La finance pour tous. 2016 [cité 25 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.lafinancepourtous.com/2016/01/04/loi-sante-le-tiers-payant-generalise-a-fin-2017/>
25. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale du patient dans le dossier de médecine générale ? [Internet]. CMG. 2018 [cité 25 sept 2020]. Disponible sur : <https://lecmg.fr/pourquoi-et-comment-enregistrer-la-situation-sociale-du-patient-dans-le-dossier-de-medecine-generale/>
26. OMS | Commission des déterminants sociaux de la santé - rapport final [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 25 sept 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
27. Quelle part de la population renonce à se soigner faute d'argent en France ? [Internet]. Centre d'observation de la société. [cité 27 sept 2020]. Disponible sur : <http://www.observationsociete.fr/revenus/pauvrete/qui-renonce-a-se-soigner-faute-dargent-en-france.html>

28. Bazin F, Parizot I, Chauvin P. Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la Région parisienne en 2001. *Sci Soc Sante*. 2006 ; Vol. 24(3) :11-31.
29. SPF. Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants. [Internet]. [cité 27 sept 2020]. Disponible sur : [/notices/integrer-les-representations-culturelles-dans-la-prise-en-charge-des-migrants](#)
30. Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux ? - Association Africaine d'Économie et Politique de la Santé [Internet]. [cité 27 sept 2020]. Disponible sur : <https://afhea.org/fr/2014-02-11-15-47-44/dissemination-de-la-recherche/2014-07-22-11-43-34/38-equite/1043-comment-expliquer-les-fortes-disparites-de-clientele-cmuc-des-praticiens-liberaux>
31. Desprès C. une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens. :99.
32. Ma Santé 2022 : les grandes mesures inscrites dans la loi [Internet]. [cité 27 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-les-grandes-mesures-inscrites-dans-la-loi>
33. Section 1 : Principes communs (Articles L6323-1 à L6323-9) - Légifrance [Internet]. [cité 27 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000033023569/2017-01-01/>
34. Chapitre III : Centres de santé. (Article L6323-1) - Légifrance [Internet]. [cité 28 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000031928744/2016-01-28/>
35. Chapitre II : Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse. (Articles L2212-1 à L2212-11) - Légifrance [Internet]. [cité 28 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000031930136/2016-01-28/>
36. DGOS. Les centres de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 27 sept 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-centres-de-sante-211965>
37. Mousquès J. L'exercice regroupé pluri professionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). 2015 ;6.
38. Valougeorgis G. Les centres municipaux de santé, une offre de soins particulière. :68.
39. Comparateur de territoire – Comparez les territoires de votre choix - Résultats pour les communes, départements, régions, intercommunalités... | Insee [Internet]. [cité 21 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-94003>
40. CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES SOINS PRIMAIRES (CISP) - Eska [Internet]. [cité 2 oct. 2020]. Disponible sur : <https://eska-publishing.com/fr/medecine/717-classification-internationale-des-soins-primaires-cisp.html>

41. Cadet J-P, Delanoë A, Guitton C. Les professions intermédiaires dans les entreprises : une catégorie dynamique, en prise directe avec les transformations du travail et du management. *Regards*. 5 nov. 2019 ; N° 55(1) :27-38.
42. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 22 oct. 2020]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-consultations-et-visites-des-medecins-generalistes-un-essai-de-typologie>
43. L'enquête sur les recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 22 oct. 2020]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/article/l-enquete-sur-les-recours-urgents-ou-non-programmes-a-la-medecine-generale-de>
44. Ernst Toulouse C, Nollet C. Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé : perspectives en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales ; 2014.
45. OMS | Équité [Internet]. [cité 22 oct. 2020]. Disponible sur : <https://www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/>
46. Le Cour Grandmaison Hervouët S. Recueil des déterminants sociaux de santé par les médecins généralistes : étude observationnelle en consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales ; 2018.
47. Gillespie R. *Manufacturing Knowledge: A History of the Hawthorne Experiments*. Cambridge University Press ; 1993. 304 p.
48. Tout savoir sur les SAMI | Conseil départemental du Val de Marne de l'Ordre des médecins [Internet]. [cité 15 oct. 2020]. Disponible sur : <https://conseil94.ordre.medecin.fr/content/tout-savoir-sur-les-sami>
49. Sass C, Guéguen R, Moulin J-J, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. *Sante Publique (Bucur)*. 2006 ; Vol. 18(4) :513-22.
50. Glossaire | Inégalités de santé [Internet]. [cité 24 sept 2020]. Disponible sur : <http://www.inegalitesdesante.be/glossaire.php>

ANNEXES

Annexe I : Liste des 33 indicateurs du groupe d'experts issus de la bibliographie

Intitulé	Groupe A Indicateurs indispensables	Groupe B Indicateurs utiles	Groupe C Indicateurs retenus	non
Date de naissance	X			
Sexe	X			
Adresse	X			
Assurance maladie	X			
Statut par rapport à l'emploi	X			
Profession	X			
Capacités de compréhension du langage écrit	X			
Est en couple		X		
Nombre d'enfants à charge		X		
Vit seul(e)		X		
Pays de naissance		X		
Niveau d'études		X		
Catégorie socio-professionnel INSEE		X		
Bénéficie de minima sociaux		X		
Statut vis-à-vis du logement		X		
Situation financière perçue		X		
IRIS (mesure écologique du niveau socio-économique du lieu de résidence)			Nom utilisable en consultation	
Plus haut diplôme obtenu			Moins pertinent que le niveau d'études	
Type de contrat de travail (CDD, CDI)			Question considérée comme trop intrusive et pertinence non	

			supérieure à celle du statut par rapport à celle du statut par rapport à l'emploi.
Temps de contrat de travail (temps complet, temps partiel)			Manque de pertinence (difficulté d'interprétation)
Revenu du ménage			Question considérée comme trop intrusive et pertinence non supérieure à la situation financière.
Nombre d'enfants			Moins pertinent que le nombre d'enfants à charge
Nationalité			Moins pertinent que le pays de naissance
Origine ethnique			Moins pertinent que le pays de naissance
Ancienneté de résidence en France			Pertinence non évidente selon la bibliographie
Situation administrative par rapport à l'immigration			Pertinence inférieure à celle de l'assurance maladie
Langue maternelle			Pertinence inférieure à la compréhension du langage écrit
Capacités de compréhension du langage oral			Difficulté d'évaluation et pertinence non supérieur à celle de la compréhension du langage écrit

Analphabétisme			Difficulté d'évaluation et pertinence non supérieur à celle de la compréhension du langage écrit
Littératie en santé (« health literacy »)			Concept complexe, difficulté d'évaluation en pratique courante
Salubrité du logement			Difficulté à évaluer de manière standardisée, pertinence surtout pour les risques d'exposition à des toxiques, redondance partielle avec l'adresse pour ce qui est de la situation sociale
Réseau social			Pertinence non supérieure à la question « vivre seul »
Score EPICES, version complète (11 questions) ou version courte (enquête ESPS 2004, 4 questions)			N'est pas un indicateur mais un score. Non faisable au quotidien en consultation

Annexe II : Modalité de recueil pour chaque indicateur prévu par le Collège Médecine Générale

Critères	Modalité de recueil
Date de naissance	Format JJ/MM/AAAA
Sexe	Homme ou femme
Adresse	Numéro et type de voie, commune, code postal
Assurance maladie	3 champs d'informations à renseigner : -Assurance Maladie Obligatoire : oui/non -Assurance Maladie Complémentaire : aucune, complémentaire santé privé, CMU-C ou AME -Exonération du ticket modérateur : aucune, accident de travail/maladie professionnelle, ALD, invalidité, article 115, « anciens combattants »
Statut par rapport à l'emploi	Menu déroulant : actif travaillant actuellement, au chômage, retraité (e) /pré-retraité (e) /congé de fin d'activité, étudiant, au foyer, invalidité avec pension, autre situation
Profession	Texte libre
Capacités de compréhension du langage écrit	Évaluées par la question « Avez-vous besoin que quelqu'un vous aide pour comprendre des ordonnances ou des documents d'information médicale remis par votre médecin ou pharmacie ? » oui /non
La situation de famille, devenue dans les recommandations finales « le fait d'être en couple »	Vit seul, vit en couple marié, vit en couple non marié Devenu Oui/non
Le nombre d'enfants à charge	Champs numérique
Le fait de vivre seul	Oui/non
Le pays de naissance	Saisie semi-automatisée
Le niveau d'études	Menu déroulant : niveau primaire, secondaire (collège/lycée), supérieur, aucun cursus scolaire

La catégorie socioprofessionnelle INSEE	Menu déroulant à deux nouveaux emboîtés : -niveau 1 (8 codes) : Agriculteurs exploitants ; Artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; Cadres et professions intellectuelles supérieures ; Professions Intermédiaires ; Employés ; Ouvriers ; Retraités ; Autres personnes sans activité professionnelle. - niveau 2 (24 codes) description plus précise
Le fait de bénéficier de minima sociaux	Oui/non
Le statut vis-à-vis du logement	Menu déroulant : propriétaire, locataire, vit dans un foyer, est hébergé ou est sans abri
La situation financière perçue	Évaluée par la question « En ce qui concerne la situation financière de votre foyer, diriez -vous que 1) vous n'avez pas de problème particulier 2) c'est juste, il faut faire attention ; 3) vous avez du mal à y arriver ; 4) c'est très difficile ? »

RÉSUMÉ

Introduction : En France, l'accroissement des inégalités sociales de santé (ISS) constitue un problème de santé publique. Les axes principaux de lutte contre ces inégalités sont l'accès aux soins et l'identification des catégories sociales à risque. En 2014, le Collège de Médecine Générale (25) a recommandé le recueil de 16 déterminants sociodémographiques (DSS) par le médecin général. L'objectif principal de cette thèse était de décrire le(s) profil(s) sociodémographiques des personnes ayant recours aux soins non programmés (SNP) dans le centre médical de santé (CMS) d'Arcueil à partir du recueil des du Collège de Médecine Générale. L'objectif secondaire consistera à recueillir et analyser les motifs de recours aux SNP.

Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, mono centrique et rétrospective sur 134 patients consultant en SNP au CMS d'Arcueil du 1^{er} janvier 2020 au 31 mars 2020 inclus. Pour chaque patient les DSS seront recueillis dans son dossier médical afin d'en décrire le profil. Le statut du médecin traitant : déclaré ou non sera également recueilli ainsi que le motif de consultation.

Résultats: La population du CMS en demande de soins non programmés est : à 92% de nationalité française, âgée à 88% de moins de 65 ans, composée à 67 % de femme, à 55 % active avec un emploi en profession intermédiaire majoritairement (62%), bénéficiaire d'une couverture santé complète avec mutuelle privée à 65% et de la CSS à 21%. Le motif de consultation majoritaire est à 70% la douleur aiguë. Seul 22% de la population étudiée à son médecin traitant déclaré au CMS.

Conclusion : La population de l'étude à un niveau social moyen mais non défavorisée. Le profil est celui féminine d'origine française, jeune, ayant fait des études supérieures, active avec un emploi et une mutuelle santé privée. La population « attendue » était plus vulnérable que celle qui a été observée. Cette différence peut être liée à la récente implantation du CMS ou soulève la nécessité d'outils d'informations plus spécifiques des populations défavorisées afin de favoriser leur accès aux soins.

MOTS-CLÉS : Inégalités sociales de santé, Soins non programmés, Médecine générale, accès aux soins.