



**DROITS ET SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES  
EN SITUATION DE PRÉCARITÉ :  
QUELLES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES  
PAR LES PROFESSIONNEL-LE-S DE SANTÉ ?**

**METZ - 2023**

**Rapport scientifique**

## Remerciements

Merci à l'ensemble des professionnel-le-s de santé ayant participé à l'enquête pour leurs contributions et leurs témoignages permettant une analyse approfondie des difficultés rencontrées par les professionnel-le-s de santé dans la prise en charge des personnes en situation de précarité sur le territoire messin. Merci à la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de Metz et Environs pour son implication dans la construction de cette enquête, pour le partage du questionnaire à l'ensemble de son réseau et pour la visibilité donnée aux résultats de cette étude. Merci à l'Ordre des Sages-Femmes pour avoir relayé le questionnaire dans son réseau. Enfin, merci aux bénévoles et salarié-e-s de Médecins du Monde investi-e-s aux différentes étapes de cette étude.

## Partenaires financiers

Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Moselle, Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la ville de Metz, Commissariat à la lutte contre la Pauvreté en région Grand Est, Conseil Départemental de Moselle, Direction Départementale de l'Economie, du Travail et des Solidarités (DDETS) de Moselle, Eurométropole de Metz, Fondation MNH.

## Auteure du rapport

Maëva Janvier

## Équipe de rédaction/relecture

Aurore Camier, Catherine Onobele, Émilie Dubuisson, Marion Mottier, Nadège Drouot et Stéphanie Nguengang Wakap.

*Conception graphique et mise en page :*  
Christophe Le Dreaan

# SOMMAIRE

4	Acronymes		
4	Liste des Figures		
4	Liste des tableaux		
<b>5</b>	<b>RÉSUMÉ EXÉCUTIF</b>	<b>25</b>	<b>DISCUSSION</b>
5	Contexte	25	Principaux résultats
5	Méthodes	26	Mise en perspective avec les personnes en situation de précarité
5	Résultats	27	Des solutions identifiées dans la littérature pour améliorer la prise en charge des patient·e·s en situation de précarité et répondre aux difficultés des professionnel·le·s de santé
6	Conclusion		
<b>7</b>	<b>INTRODUCTION</b>	<b>32</b>	<b>LIMITES</b>
7	Contexte de l'étude	32	Échantillonnage
8	Justification	32	Mode et outil de recueil
15	Objectifs	32	Choix méthodologique
<b>16</b>	<b>MÉTHODES</b>	<b>33</b>	<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b>
16	Schéma d'étude		
16	Population d'étude	<b>35</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>
17	Mode et outil de recueil		
17	Analyse des données	<b>38</b>	<b>ANNEXES</b>
17	Aspects réglementaire et éthique		
<b>18</b>	<b>RÉSULTATS</b>		
18	Description des professionnel·le·s de santé interrogé·e·s		
18	Perception du temps de consultation des personnes avec des droits spécifiques		
20	Usage de l'interprétariat lors des consultations		
20	Connaissance et sollicitation des dispositifs sociaux mis en place à Metz pour les personnes en situation de précarité		
21	Difficultés cliniques et non cliniques rencontrées par les professionnel·le·s de santé dans la prise en charge des patient·e·s en situation de précarité		
23	Informations souhaitées pour accompagner les professionnel·le·s de santé dans la prise en charge des personnes en situation de précarité		
24	Suggestions des professionnel·le·s de santé pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité		

## ACRONYMES

<b>ALD</b>	Affection de longue durée
<b>AME</b>	Aide médicale de l'État
<b>APA</b>	Allocation personnalisée d'autonomie
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>CCAS</b>	Centre communal d'action sociale
<b>CLS</b>	Contrat local de santé
<b>CMU-C</b>	Couverture maladie universelle - complémentaire
<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>CPTS</b>	Communauté professionnelle territoriale de santé
<b>CSP</b>	Centre de santé pluridisciplinaire
<b>CSS</b>	Complémentaire santé solidaire
<b>DAC</b>	Dispositif d'appui à la coordination
<b>DES</b>	Diplôme d'études spécialisées
<b>DLS</b>	Diagnostic local de santé
<b>DMP</b>	Dossier médical partagé
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>DU</b>	Diplôme universitaire
<b>EMAMS</b>	Équipe mobile d'appui médico-social
<b>EMPP</b>	Équipe mobile psychiatrie précarité
<b>EPICES</b>	Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'exams de santé
<b>ESSIP</b>	Équipe spécialisée de soins infirmiers précarité
<b>HAS</b>	Haute Autorité de santé
<b>IREPS</b>	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
<b>ISM</b>	Inter service migrants
<b>ISS</b>	Inégalités sociales de santé
<b>LHSS</b>	Lits halte soins santé
<b>MDM</b>	Médecins du Monde
<b>MDPH</b>	Maison départementale des personnes handicapées
<b>MSP</b>	Maison de santé pluridisciplinaire
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PASS</b>	Permanence d'accès aux soins de santé
<b>PRAPS</b>	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
<b>PRS</b>	Projet régional de santé
<b>RESAM</b>	Réseau de solidarité des associations messines
<b>RGPD</b>	Règlement général sur la protection des données

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Difficultés cliniques rencontrées par le médecin généraliste pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale.....	11
Figure 2 : Difficultés non cliniques rencontrées par le médecin généraliste pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale .....	11
Figure 3 : Carte du territoire de la CPTs de Metz et environs.....	16
Figure 4 : Professionnel-le-s de santé ayant participé à l'enquête (n = 100).....	19
Figure 5 : Répartition des professionnel-le-s de santé interrogé-e-s selon leur lieu d'exercice (n = 100) .....	19
Figure 6 : Part des professionnel-le-s de santé estimant avoir suffisamment de temps à consacrer à leurs patient-e-s (n = 100).....	19
Figure 7 : Part des professionnel-le-s de santé estimant que prendre en charge une personnes avec des droits de santé spécifiques type AME ou CSS demande plus de temps (n = 100).....	19
Figure 8 : Raisons pour lesquelles les professionnel-le-s de santé considèrent que la prise en charge de patient-e-s avec des droits type AME ou CSS demande plus de temps (n = 42)...	19
Figure 9 : Part des professionnel-le-s de santé ayant eu recours à des mécanismes d'interprétariat (n = 100).....	21
Figure 10 : Dispositifs d'interprétariat utilisés par les professionnel-le-s de santé (n = 27).....	21
Figure 11 : Niveau de connaissances des professionnel-le-s de santé concernant les dispositifs sociaux mis en place à Metz pour les personnes en situation de précarité (n = 100) .....	21
Figure 12 : Fréquence de contact des professionnel-le-s de santé avec les dispositifs sociaux face à des situations de précarité (n = 100) .	21
Figure 13 : Synthèse des principales difficultés cliniques et non-cliniques .....	22
Figure 14 : Part des professionnel-le-s de santé ayant déjà reçu des formations en lien avec la précarité (n = 100) .....	22
Figure 15 : Informations souhaitées pour accompagner les professionnel-le-s de santé dans la prise en charge des personnes en situation de précarité .....	22
Figure 16 : Synthèse des suggestions des professionnel-le-s de santé pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité .....	24

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Informations souhaitées pour accompagner les professionnel-le-s de santé dans la prise en charge des personnes en situation de précarité, selon la profession de santé.....	22
---	----

# RÉSUMÉ EXÉCUTIF

## CONTEXTE

Face au fractionnement des accompagnements des personnes en situation de précarité et aux difficultés d'accessibilité à l'offre de soins à Metz, un projet multipartenarial de plateforme d'accueil et d'accompagnement médico-psycho-social qui s'inscrit dans les objectifs du plan régional de santé et du contrat local de santé est en cours de développement. Il s'agit de créer un point d'ancrage en centre-ville intégrant un dispositif d'accès aux droits et aux soins de droit commun, quelle que soit la situation des personnes, doublé d'un maillage territorial entre professionnels de santé pour une prise en charge globale et faciliter l'autonomie des personnes dans leur parcours de santé. L'un des aspects du projet porte sur la constitution d'un réseau de professionnel-le-s de santé libéraux-ales coordonné et animé par la Communauté professionnelle territoriale de santé de Metz et environs. La littérature fait état de nombreuses difficultés rencontrées par les professionnel-le-s de santé concernant la prise en charge des personnes en situation de précarité en France (repérage des personnes concernées, difficultés médicales et non médicales, manque d'information sur les liens entre la santé et la précarité, manque de connaissances des ressources sociales et médico-sociales du territoire, interprétariat). Afin d'identifier les difficultés et les besoins des professionnel-le-s de santé sur le territoire pour adapter au mieux la gestion de ce réseau, une enquête a été réalisée.

## MÉTHODES

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale et quantitative. Le questionnaire auto-administré a été diffusé par mail auprès des 1895 professionnel-le-s de santé du réseau de la Communauté professionnelle territoriale de santé de Metz et environs au cours de janvier 2023.

## RÉSULTATS

Au total, 100 questionnaires ont été collectés, couvrant l'ensemble des professions de santé libérales en dehors des laboratoires d'analyses médicales et des centres d'imagerie médicale. Les résultats mettent en évidence de multiples difficultés liées à la communication et à la compréhension des attentes et des situations, au temps disponible pour les consultations, à l'absence d'interlocuteur-ric-e-s dédié-e-s, à la coordination des acteur-ric-e-s pour le suivi médical et médico-social, à l'absence de formation/d'information sur les sujets liés à la santé et la précarité, à la méconnaissance des dispositifs sociaux et médico-sociaux et aux difficultés de paiement des consultations en l'absence de carte vitale. Cette étude a également permis d'identifier des besoins en accompagnement qui répondent aux difficultés rencontrées comme une amélioration de la coordination des acteur-ric-e-s (via des interlocuteur-ric-e-s dédié-e-s, le travail en réseau, la connaissance des structures et des dispositifs pertinents), la facilitation du recours à l'interprétariat, l'accompagnement des patient-e-s lors des rendez-vous, la diffusion d'informations sur les liens entre la santé et la précarité ou encore la simplification de la gestion de la facturation pour les patient-e-s sans carte vitale (ex : bénéficiaires de l'aide médicale de l'État).

## CONCLUSION

Les éléments de l'enquête confirment les besoins des professionnel·le·s de santé en matière d'information, d'appui et de coordination sur les questions de précarité. Les données confortent des pistes d'actions telles que la création de cycles d'information et de sensibilisation sur des thématiques inhérentes à la précarité (dont l'interprétariat professionnel), l'amélioration de la coordination des acteur·rice·s médico-sociaux, le recours au dispositif d'appui à la coordination pour les situations complexes et le recours à la médiation comme un levier d'intervention pour améliorer la relation entre le·la patient·e et le·la professionnel·le de santé. Les résultats contribuent également à envisager d'autres pistes telles que la collecte des renseignements médicaux en amont des consultations via l'entretien paramédical à l'entrée dans le dispositif, pour les transmettre aux professionnel·le·s de santé concerné·e·s, ou encore la sécurisation des paiements des professionnel·le·s de santé pour les personnes dont les droits sont en cours d'ouverture.

# INTRODUCTION

## CONTEXTE DE L'ÉTUDE

La santé est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un état de complet bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité [1]. Les conditions et les ressources préalables indispensables à la santé définie par la Charte d'Ottawa sont le logement, l'éducation, l'alimentation, un revenu, un écosystème stable, un apport durable des ressources, le droit à la justice sociale et à un traitement équitable [2].

La précarité est définie comme l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux 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 pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible [3].

Les personnes en situation de précarité sont exposées à un environnement quotidien qui peut entraîner des problèmes de santé ; en outre, leur état de santé peut influencer en partie sur les moyens de subsistance. Leurs conditions de vie les conduisent aussi à prioriser d'autres besoins vitaux face aux besoins liés à la santé. La santé devient alors une préoccupation secondaire, ce qui peut engendrer un cercle vicieux : la dégradation de la santé concourt à la dégradation socio-économique, laquelle aggrave l'état de santé. Ces personnes vont être donc plus exposées à des difficultés dans l'accès aux soins et dans l'exercice de leur droit à la santé [4].

La France figure parmi les pays dont l'espérance de vie à la naissance est la plus élevée [5] et pourtant, des disparités persistent à travers la population [6]. Ces différences sont appelées inégalités sociales de santé (ISS) et se définissent comme des différences systématiques, évitables

et importantes dans le domaine de la santé et sont observées entre différents groupes sociaux. Elles résultent d'une inégalité de distribution d'une multitude de déterminants sociaux [7].

Les professionnel-le-s de santé ont un rôle-clé à jouer dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, particulièrement les acteur-ric-e-s du premier recours qui représentent le premier niveau de contact entre la population et le système de santé (médecins généralistes, infirmier-e-s, kinésithérapeutes, pharmacien-ne-s, sages-femmes). Ce rôle peut cependant s'avérer complexe, car la prise en charge des patient-e-s en situation de précarité soulève de multiples difficultés.

Parallèlement, de nombreuses difficultés d'accès aux droits, à la prévention et aux soins, rencontrées par les personnes en situation de précarité sur le territoire messin ont été mises en exergue par une étude qualitative réalisée en 2016 par Médecins du Monde (MdM) auprès de structures médico-sociales et par le Diagnostic Local de Santé (DLS) de la ville de Metz [8]. Un défaut d'ajustement entre les réponses apportées par le système médico-social et les besoins des publics en situation de précarité était également constaté à travers un manque de coordination des intervenant-e-s, un fractionnement des accompagnements et des difficultés d'accessibilité géographique de l'offre de soins.

Pour sortir du cloisonnement des interventions médico-psycho-sociales, Médecins du Monde, le Secours catholique, la Ligue des droits de l'Homme et la Fondation Abbé Pierre, dans le cadre du réseau de solidarité des associations messines (RESAM), avec le Centre communal de d'action sociale (CCAS) de la ville de Metz ont réfléchi à la création d'une plateforme d'accueil et d'accompagnement médico-psycho-social, composée de cinq volets : droits, santé, hébergement, alimentation et éducation/apprentissage du français.

Ce projet vise à intégrer un point d'ancrage pluridisciplinaire et multipartenarial, permettant le repérage et la prise en charge globale des personnes, c'est-à-dire un point d'accès à l'ensemble des droits sociaux, et un point d'accès aux soins via une antenne délocalisée de la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalière. Il vise aussi à mettre en place un maillage territorial de professionnel-le-s de santé en lien avec la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de Metz et environs, par un système de conventionnement, en articulation avec la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) pour permettre un accès rapide aux droits et une orientation directe vers le système de santé de droit commun. Il s'agit de conforter les partenariats et de rendre effective la coordination des différent-e-s acteur-ric-e-s pour l'accompagnement médico-psycho-social des publics en situation de précarité.

Le volet santé de cette plateforme, dont l'ingénierie est portée par Médecins du Monde, a été intégré dans le contrat local de santé (CLS) 2022-2026 de l'Eurométropole de Metz [9]. L'objectif est d'améliorer l'accès à la santé et l'accompagnement des populations en situation de précarité, en renforçant 1) la coordination des partenaires de santé pour permettre aux personnes concernées l'entrée dans le parcours de santé de droit commun, et 2) l'accompagnement individualisé des personnes concernées en matière d'accès aux droits, à la prévention et aux soins pour favoriser leur autonomie.

À travers la présente étude, il est question de donner la voix aux professionnel-le-s de santé du territoire messin pour mettre en lumière les difficultés rencontrées dans la prise en charge des personnes en situation de précarité et dimensionner le réseau de professionnels de santé en fonction de leurs réalités. Il s'agit d'identifier des recommandations réalistes localement pour les accompagner dans la réduction de ces difficultés, améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité et donc lutter contre les inégalités sociales de santé.

## JUSTIFICATION

### Différentes représentations des professionnel-le-s de santé

La littérature existante met en lumière différentes représentations des professionnel-le-s de santé sur la précarité, la vulnérabilité sociale et les inégalités sociales de santé (ISS). À noter que la majorité des documents mentionnés ci-dessous sont des thèses de médecine et concernent des médecins généralistes.

#### *Représentations vis-à-vis des patient-e-s en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale*

Une étude de la DREES<sup>1</sup> questionnait les critères de vulnérabilité sociale identifiés par les médecins généralistes chez leur dernier-ère patient-e en situation de vulnérabilité rencontré-e [10]. Les critères mentionnés étaient principalement liés à l'insuffisance des revenus, aux difficultés liées à l'emploi, à l'isolement social, suivi du faible niveau d'instruction et des problèmes de logement, et dans une moindre mesure d'une protection sociale insuffisante et d'une faible maîtrise de la langue française. Une étude de Meurthe-et-Moselle<sup>2</sup> catégorisait les représentations qu'ont les médecins généralistes sur la précarité selon quatre thématiques : 1) la situation économique et sociale des patient-e-s et les problèmes d'accès aux soins (difficultés financières, lien social, accès aux soins, cadre de vie, difficultés financières) ; 2) les difficultés propres à la prise en charge (relation patient-e-médecin, représentation de la santé, sentiment d'insatisfaction du-de la médecin et contraintes dans la consultation imputées aux patient-e-s) ; 3) le volet médical de la santé du-de la patient-e (problèmes de santé physiques, problèmes de santé mentale, addictions) ; 4) les caractéristiques des patient-e-s précaires (se rapportant à la présentation, au niveau culturel, intellectuel et au comportement). Dans cette étude, 52 % des médecins rapportaient des représentations négatives ou des difficultés rencontrées dans la prise en charge de leurs patient-e-s précaires [11].

<sup>1</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Étude quantitative réalisée en 2018 auprès de 994 médecins généralistes (national).

<sup>2</sup> Étude quantitative réalisée en 2018 auprès de 398 médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle



Concernant les patient·e·s relevant du dispositif Aide Médicale de l'Etat (AME), les médecins généralistes d'une étude bordelaise<sup>3</sup> distinguaient plusieurs profils : patient·e·s isolé·e·s sans soutien communautaire, patient·e·s entouré·e·s par leur famille ou une communauté, patient·e·s aux prises avec des réseaux d'esclavage moderne et/ou de traite humaine. Certains médecins qualifiaient les bénéficiaires de l'AME de patient·e·s particulièrement précaires du fait d'une insécurité permanente, de conditions de vie précaires, de droits limités et de capacités d'action limitées. L'état de santé des bénéficiaires de l'AME leur paraissait dégradé (plus grande fréquence de pathologies psychiatriques, pathologies gynécologiques, prépondérance de certaines maladies infectieuses). Le sentiment d'insécurité pouvait influencer l'état mental du·de la patient·e ainsi que la présentation de son problème de santé. Par ailleurs, certain·e·s médecins avaient des représentations considérées comme des a priori, des préjugés ou des amalgames culturels (« touristes médicaux », « nomadisme médical », niveau socio-éducatif limité) mais ces idées n'étaient pas partagées par tou·te·s. Tou·te·s les médecins étaient, cependant, d'accord pour dire que le dispositif AME leur semblait indispensable pour promouvoir le droit à la santé qui est fondamental ainsi que pour des raisons de santé publique. Certain·e·s médecins considéraient l'AME comme une étape sur la voie de l'intégration sociale, bien que le système de santé et le dispositif en lui-même étaient parfois décrits comme complexes [12].

Un rapport des Défenseurs des droits sur la différenciation et la discrimination dans les pratiques médicales et dentaires énonçait que la prise en compte des difficultés des personnes, lorsqu'elle renvoie à des représentations stéréotypées ou des jugements de valeur, se traduisait parfois par des anticipations négatives et un abaissement des normes de prise en charge. Lorsque la construction d'une catégorie de patient·e·s s'appuie sur des représentations stigmatisantes, cela produit une différenciation des soins susceptible de faire le lit de la discrimination [13].

### *Représentations vis-à-vis des inégalités sociales de santé*

Selon une étude toulousaine<sup>4</sup>, les médecins généralistes sont conscient·e·s des ISS. Plus de 90 % des répondant·e·s connaissaient la réalité de l'espérance de vie socialement différenciée même si les détails des ISS semblaient moins bien connus, notamment sur la prévalence socialement différenciée de certaines pathologies. Parallèlement, plus de 90 % des répondant·e·s estimaient que des personnes renonçaient à se soigner en France pour des raisons financières. Les dispositifs d'accès financier aux soins comme la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-c, ancienne complémentaire santé solidaire, CSS) ou l'AME étaient bien connus. Le tiers-payant était majoritairement considéré comme un moyen pour les patient·e·s de se soigner facilement, même si près d'un quart des répondant·e·s considéraient qu'il déresponsabilisait voire incitait à la surconsommation de soins. Des pratiques recommandées pour lutter contre les ISS étaient adoptées par certain·e·s médecins généralistes : faible orientation (parfois ou jamais) des patient·e·s vers des spécialistes de secteur 2 avec dépassement d'honoraires, vérification régulière du type de protection maladie du·de la patient·e avant de prescrire un examen ou un traitement, tiers payant généralisé en dehors des cas actuellement prévus par la loi et plages de consultation sans rendez-vous dans leur emploi du temps. Ces pratiques étaient d'autant plus adoptées si les médecins avaient une bonne connaissance des déterminants sociaux de la santé et considéraient la réduction des ISS comme faisant partie du rôle des soins primaires [14]. Dans le même sens, une étude avignonnaise<sup>5</sup> expliquait que les représentations sur les ISS dépendaient principalement de l'intégration que les médecins ont du modèle bio-psycho-social dans leur pratique. Un manque de conceptualisation dans le domaine des ISS sur les déterminants sociaux de la santé était identifié, tout comme le besoin de développer davantage une approche préventive pour agir efficacement sur ces problèmes de santé [15].

L'étude de la DREES posait la question des rôles perçus du·de la médecin généraliste pour une

3 Étude qualitative par *focus groups* réalisée en 2018 auprès de 13 médecins généralistes des bénéficiaires de l'AME de Bordeaux Métropole (3 *focus groups*).

4 Étude quantitative réalisée en 2020 auprès de 106 médecins généralistes toulousains.

5 Étude qualitative réalisée en 2012 auprès de 15 médecins généralistes de la région avignonnaise.

meilleure prise en charge des patient·e·s en situation de vulnérabilité sociale. Près de 80 % estimaient qu'il était de leur rôle d'adapter leur relation au·à la patient·e selon sa situation sociale, de repérer les patient·e·s en situation de vulnérabilité sociale et d'adapter la prise en charge biomédicale. Plus de 50 % considéraient qu'il relevait de leur rôle d'organiser des collaborations interprofessionnelles des secteurs social et médico-social ainsi que d'accorder des aménagements financiers [10]. Toutefois, une étude réalisée dans l'Hérault<sup>6</sup> précisait que la réponse aux problèmes sociaux par les médecins généralistes dépendait du temps disponible et qu'il pouvait y avoir une réticence lorsque les demandes sortaient du champ médical en raison de la charge temporelle. Certain·e·s médecins prennent le temps de trouver une solution au problème social en convoquant de nouveau la personne, d'autres orientent le·la patient·e vers un·e travailleur·euse social·e du fait d'un manque de temps et d'une méconnaissance des solutions à proposer [16].

### De multiples difficultés rencontrées par les professionnel·le·s de santé

#### *Le repérage des patient·e·s en situation de précarité*

De nombreuses études ont fait état de la difficulté des professionnel·le·s de santé à repérer les patient·e·s en situation de précarité et à prendre en compte les facteurs sociaux dans leur contexte de soins. Pour autant, selon l'étude toulousaine, la quasi-totalité des médecins généralistes interrogé·e·s considérerait que le recueil de la situation sociale des patient·e·s était utile, voire indispensable [14].

#### *Les difficultés médicales et non médicales*

Dans l'étude de Meurthe-et-Moselle, 88 % des médecins généralistes s'étaient déjà senti·e·s en difficulté dans la prise en charge d'un·e patient·e en situation de précarité. Parmi ces difficultés, étaient mentionnés l'impossibilité d'avance de frais face à la nécessité de médicaments et/ou d'examen complémentaires, les difficultés de communication, l'éducation hygiéno-diététique, le suivi des pathologies chroniques, le suivi bucco-dentaire et la santé mentale. Certaines situations spécifiques à la prévention étaient aussi retenues comme difficiles (principalement l'éducation hygiéno-

diététique, les facteurs de risque cardio-vasculaires et la vaccination) [11]. Cela résonne avec une étude bretonne<sup>7</sup> dans laquelle 99 % des médecins ressentaient des difficultés, plus ou moins fréquentes, face à un·e patient·e socialement fragile. Les dernières situations de soins ressenties comme difficiles et rencontrées fréquemment relevaient de la santé mentale et des addictions, du bucco-dentaire et de la nutrition, de la gériatrie et des violences/maltraitements [17].

La DREES questionnait également les difficultés cliniques et non cliniques rencontrées par les médecins généralistes pour la prise en charge des patient·e·s en situation de vulnérabilité sociale (figures 1 et 2) [10].

Dans une étude adressée à des pharmacienn·e·s<sup>8</sup>, moins de 4 % déclaraient ne pas avoir de difficultés particulières avec les personnes en situation de précarité. Les difficultés rencontrées au comptoir étaient principalement la barrière de la langue qui est un frein à une délivrance optimale des traitements ainsi que le risque de mésusage des médicaments délivrés. Dans une moindre mesure, le sentiment d'insécurité, les difficultés de compréhension concernant les modalités de prise des médicaments et d'une bonne observance ainsi que les médicaments prescrits non remboursés étaient mentionnés [18].

À l'inverse, dans une étude adressée à des sages-femmes<sup>9</sup>, près des trois quarts déclaraient être (plutôt) à l'aise avec la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité. Les principales raisons évoquées étaient l'expérience professionnelle, la connaissance du réseau, la formation et les structures adaptées dans le lieu d'exercice. Pour les sages-femmes qui n'étaient pas à l'aise, cela était dû au manque d'information sur les différentes structures existantes, au manque de temps et au manque de formation [19]. Les sages-femmes libérales d'une étude messine<sup>10</sup> avaient conscience d'avoir une place importante dans le dépistage des situations de

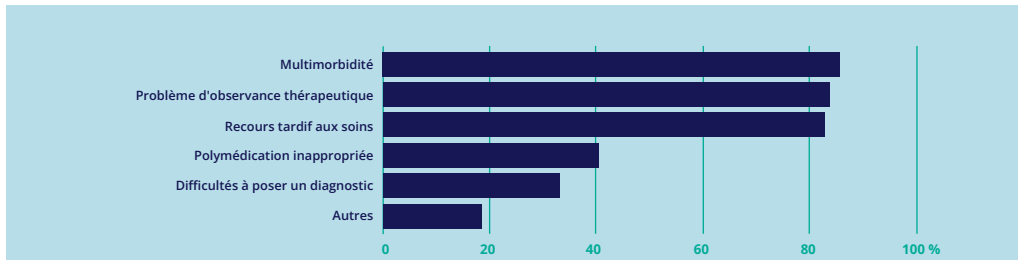
<sup>7</sup> Étude quantitative réalisée en 2017 auprès de 79 médecins généralistes bretons.

<sup>8</sup> Étude quantitative réalisée en 2021 auprès de 110 officines de Bordeaux Métropole.

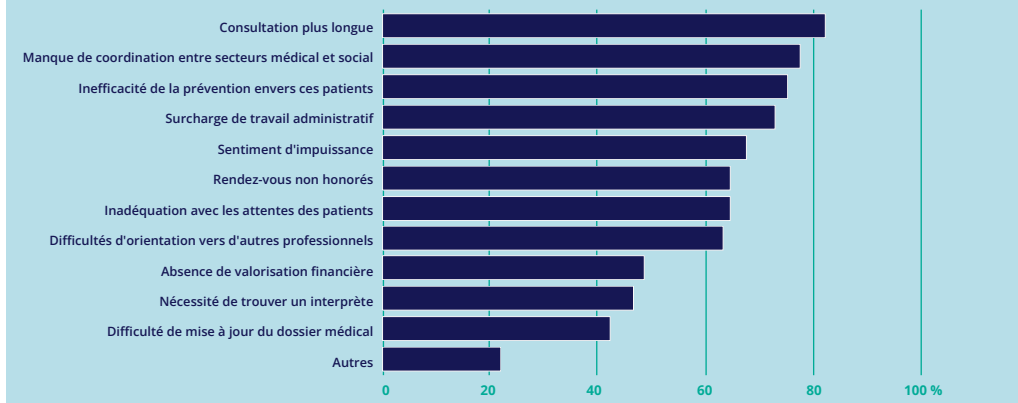
<sup>9</sup> Étude quantitative réalisée en 2021 auprès de 176 sages-femmes de Seine-Saint-Denis et du Val d'Oise.

<sup>10</sup> Étude qualitative réalisée en 2020 auprès de 7 professionnel·le·s de la grossesse messins (4 sages-femmes libérales, 3 sages-femmes et 1 gynécologue hospitaliers) entre autres acteur·rice·s (habitantes des quartiers prioritaires, référents-famille des centres sociaux, élus à la politique de la ville, PMI).

<sup>6</sup> Étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisée en 2021 auprès de 12 médecins généralistes de l'Hérault.



**Figure 1 : Difficultés cliniques rencontrées par le médecin généraliste pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale**



**Figure 2 : Difficultés non cliniques rencontrées par le médecin généraliste pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale**

précarité, mais elles se sentaient démunies face à certaines situations. Pour les professionnel·le·s du suivi de grossesse, le suivi médical était identique pour tou·te·s les patient·e·s. En revanche, l'accompagnement était renforcé pour les patient·e·s en situation de précarité, les notions de confiance et d'écoute ayant une grande importance [20].

Les difficultés spécifiques aux patient·e·s bénéficiaires de l'AME rencontrées par les médecins généralistes relevaient de la communication (différences culturelles et phénomènes d'acculturation ; certains problèmes d'attitude et de comportement ; conséquences de l'absence d'interprètes professionnel·le·s ; histoire et contexte de vie difficile), de l'administratif (feuilles de soins papier ; renouvellement de la carte et ruptures d'affiliation ; temps consacré aux tâches administratives ; déplacement sans rendez-vous ; pas de possibilité de déclarer un·e médecin traitant·e), de l'accès aux soins spécialisés (spécialistes et soins de santé

mentale), du sentiment d'isolement (manque de connaissances des partenaires ; manque de connaissances théoriques ; manque d'information sur l'AME ; sentiment d'injustice et d'instrumentalisation), des consultations chronophages et du sentiment de frustration (sentiment de passer à côté d'une partie importante de leur métier à savoir le suivi, la prévention, les dépistages) [12].

### *Connaissance et sollicitation des ressources du territoire*

Dans l'étude de Meurthe-et-Moselle, 88 % des médecins déclaraient connaître moyennement ou insuffisamment les dispositifs sociaux de leur territoire et 44 % estimaient avoir exceptionnellement ou jamais de contact avec eux [11]. L'étude toulousaine mettait en lumière la conviction des médecins généralistes du rôle à jouer des soins primaires dans la réduction des ISS. Pour autant, seul·e·s 39 % s'estimaient à même de répondre aux besoins de leurs patient·e·s,

notamment en raison du manque de connaissances des ressources sociales pour orienter les patient·e·s [14].

L'étude réalisée dans l'Hérault soulignait des limites rencontrées par les médecins lorsqu'une articulation existait avec le réseau médico-social : manque de moyens dans le secteur social, horaires administratifs, lenteur d'action dans le cadre d'urgences sociales pouvant conduire à une aggravation des pathologies médicales. Cette limite de réponse du réseau pouvait entraîner un impact émotionnel fort chez certain·e·s médecins. D'autres difficultés pouvaient teinter le réseau médico-social : contacter le·la bon·ne interlocuteur·rice, absence de retour d'une structure après sollicitation, absence de référent·e social·e [16].

### *Interprétariat*

Dans l'étude adressée aux médecins généralistes des bénéficiaires de l'AME, la quasi-totalité des médecins ont évoqué les difficultés ressenties avec un·e patient·e allophone, parfois source de frustration. Les limites de vocabulaire peuvent entraîner une théâtralisation ou une simplification de certaines situations pouvant conduire à des incompréhensions. Le langage corporel, lui aussi culturel, est parfois mal compris par les professionnel·le·s de santé, ce qui peut aussi parasiter la communication. Pour mieux comprendre leur patient·e, la mobilisation d'un tiers (famille, enfant, connaissance) et donc d'un·e interprète non-professionnel·le est souvent choisi·e. Les médecins ont soulevé le fait que des liens d'influence peuvent exister entre le·la patient·e et l'interprète tiers, pouvant entraîner une perte d'information recueillie [12].

Une étude portant sur un service d'interprétariat par visioconférence<sup>11</sup> identifiait des freins au recours à l'interprétariat professionnel par des médecins : résistance au changement, embarras de faire appel à un·e interprète professionnel·le pour une consultation simple de médecine générale (exemple : renouvellement d'ordonnance). Une sous-estimation du besoin d'interprétariat était identifiée [21].

## **Enjeux de santé et précarité sur le territoire messin**

### *Enjeux issus du diagnostic local de santé*

En 2016, un diagnostic partagé fut mené avec plusieurs acteur·rice·s du champ de la santé, dont des professionnel·le·s de santé, des associations et des élu·e·s locaux, dans le cadre du diagnostic local de santé (DLS) de Metz [8].

Les acteur·rice·s de la santé et la précarité ont souligné des situations de précarité de plus en plus multidimensionnelles et complexes. Le cumul des difficultés favorisait des stratégies de priorisation impactant les retards de soins, le renoncement aux soins, pouvant parfois entraîner l'apparition ou l'aggravation des pathologies, notamment chroniques, et créer des fragilités supplémentaires. Une diversité de publics en situation de précarité était observée : personnes âgées vivant une précarité économique, usager·e·s de drogues, personnes en situation irrégulière, personnes en errance, familles monoparentales, femmes victimes de violences, enfants de familles en situation de pauvreté, travailleur·se·s du sexe, demandeur·se·s d'asile, personnes présentant des troubles mentaux, personnes âgées immigrées, personnes à la rue, migrant·e·s, etc.

De nombreuses difficultés d'accès à la santé ont été mises en exergue avec, en premier lieu, la difficulté à accepter sa situation. La mise à l'écart de la société et la stigmatisation étaient le plus souvent mal vécues et étaient un moteur de la précarité. Certaines personnes qui faisaient face à une forte mésestime de soi étaient aussi dans un processus d'auto-exclusion, de refus de recevoir des soins et de l'aide proposée. Le renoncement aux soins résultait souvent d'un premier essai non-concluant et d'un phénomène de découragement (refus de soins d'un praticien, incompréhension des démarches à accomplir, manque d'appui et d'accompagnement). Pour les personnes en situation irrégulière au regard du droit au séjour sur le territoire, la peur d'être repérée accentuait le non-recours aux soins. La complexité des démarches administratives et la méconnaissance des droits et dispositifs étaient également des freins à l'accès aux soins des publics précaires, créant de nouvelles fragilités du fait d'un renoncement aux dispositifs d'aide existants. L'ensemble de ces limites d'accès aux droits et aux soins renforçaient les fragilités des personnes, favorisaient le retard et le non-recours

<sup>11</sup> Enquête qualitative réalisée en 2019 auprès de 4 médecins généralistes expérimentateurs de Bordeaux.

aux soins et accentuaient le développement des problèmes de santé qui intensifiaient eux-mêmes la vulnérabilité des personnes.

Les acteur·rice·s spécialisé·e·s sur la santé des femmes ont souvent observé chez les femmes en situation de précarité une impossibilité à faire de la santé une priorité, notamment dans une visée préventive. Ce n'était qu'à l'apparition des symptômes que l'attention se portait sur la santé. Le rôle central des femmes dans la famille les contraignait souvent à cumuler de nombreuses fonctions qui ne leur laissaient que peu de temps pour prendre soin d'elles et de leur santé. Les acteur·rice·s rencontraient beaucoup de femmes à Metz décrites comme invisibles, non assurées et/ou en dehors des circuits d'accompagnement et de prévention. Par ailleurs, des enjeux majeurs tels que les violences faites aux femmes impactaient négativement la santé des femmes ainsi que la nécessité de renforcer les accompagnements en santé mentale. Les services de Protection Maternelle et Infantile se disaient le plus souvent démunis en matière de suivi psychiatrique dans la période prénatale. Une coordination plus forte entre les lieux d'accueil et les services de psychiatrie d'urgences et de liaison était souhaitable. Par ailleurs, les acteur·rice·s estimaient que les inégalités sociales de santé étaient réhaussées au moment de la grossesse. Les femmes en situation de précarité déclaraient plus tardivement leur grossesse et chez certains publics, il n'y avait pas de déclaration de grossesse et donc aucun suivi n'était organisé. La précarité éducative présentait aussi un fort impact sur la santé des femmes (méconnaissance du fonctionnement du corps, des droits).

Les professionnel·le·s de santé ont mis en lumière des liens tenaces entre la santé et la précarité. Ils·elles ont identifié une proportion importante de populations en situation de vulnérabilité et/ou précarité dans le cadre de leur exercice professionnel. Ils·elles ont observé des recours aux soins tardifs et/ou des renoncements aux soins plus fréquents. Ils·elles ont perçu une plus grande difficulté à prendre en charge leurs problèmes de santé de manière précoce et à suivre l'observance de leur traitement. Par ailleurs, plus la précarité était importante et installée, plus les personnes cumulaient des facteurs de risque importants en matière de santé. Malgré l'existence d'actions d'aller-vers le soin, davantage d'offre à destination des publics éloignés des systèmes de soins devait être développée. La barrière de la langue française constituait

aussi un frein important à la santé, car cela posait des problèmes pour expliquer les pathologies, les traitements, etc.

L'importance de l'information et de la prévention a été mise en exergue, en insistant sur le fait qu'il fallait cibler les populations et adapter les messages en conséquence (considération de la barrière de la langue, des habitudes culturelles, du rapport au corps). La proximité et la confiance étaient considérées comme des éléments indispensables à la prévention et à l'accompagnement des publics. L'accompagnement, largement mis en avant, devait être le plus global possible. Ils étaient trop souvent fragmentés et pour les personnes cumulant les difficultés, cela impliquait une multitude d'intervenant·e·s, de lieux. Par ailleurs, plus les situations étaient complexes, plus l'accompagnement prenait du temps. La proximité et le temps de l'accompagnement étaient donc des facteurs clés à prendre en considération. Une offre importante et diversifiée du tissu associatif couvrait le spectre des besoins cependant, des difficultés existaient concernant la coordination des actions et la création de réseau pour faciliter l'orientation des personnes accompagnées. Une mise en synergie des acteur·rice·s médicaux·ales et associatifs·ves était perçue comme une piste d'amélioration. Par ailleurs, la délocalisation du centre de planification et de la PASS a créé des freins importants à l'accès aux soins des populations vulnérables du fait de la distance des dispositifs et du coût de déplacement pour les rejoindre, tout comme la forte polarisation des services médico-sociaux sur le territoire.

À ce titre, les acteur·rice·s s'accordaient pour dire que l'absence d'un lieu-phare et rassemblant de nombreux dispositifs d'aide et d'accompagnement, identifié par les publics en situation de précarité au centre-ville de Metz, faisait défaut, ce qui préfigurait déjà le projet de plateforme.

Les élu·e·s considéraient que l'absence de mixité sociale favorisait le plus souvent, pour les personnes vulnérables, un accès moindre à la prévention, aux soins et à une qualité de vie favorable à la santé. Ainsi, ils·elles appuyaient sur la nécessité de développer le lien social pour favoriser la santé via, par exemple, la création d'espaces multi-usages favorisant les rencontres afin d'accompagner l'expression de ce lien social. L'organisation territoriale de l'offre de soins était également questionnée du fait de l'éloignement géographique de l'offre hospitalière ainsi que de l'offre en médecine de ville qui n'était pas toujours accessible pour

les personnes des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Ce diagnostic partagé avait mis en lumière de multiples enjeux, à savoir :

- La diversification des réponses en matière de santé pour correspondre à la diversité des publics
- L'éducation à la santé comme préalable indispensable à la prévention et la promotion de la santé
- L'amélioration des outils de prévention pour atteindre les publics qui en ont le plus besoin
- Le développement du lien et de la confiance dans les accompagnements médico-sociaux
- L'amélioration de la coordination entre les domaines de l'accompagnement social, médical et hospitalier
- L'amélioration de l'accès aux services de santé pour les populations vulnérables
- L'intégration de la notion de santé dans les politiques locales associées au cadre de vie et à l'environnement
- La lutte contre toutes les formes de précarité et pour la réduction des inégalités sociales de santé

### *Objectifs du plan régional de santé Grand Est*

Dans le même sens, le plan régional de santé (PRS) 2028-2028 comporte un programme spécifique pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS). Les objectifs et actions du PRAPS visent toute personne en difficulté dans son parcours de santé du fait d'une situation de fragilité [22]. Parmi les enjeux du PRAPS 2018-2022, il était question de :

- Faciliter l'accès des personnes en situation de précarité à des parcours de santé coordonnés pour favoriser le retour au droit commun qui permettra d'améliorer la qualité de leur prise en charge
- Proposer des dispositifs spécifiques d'accès aux soins pour les personnes démunies ou en situation de précarité pour prendre en compte une situation préexistante inégalitaire et d'exclusion (démarches transversales d'aller-vers ou accompagnement spécifique pour réduire les inégalités territoriales de santé).

D'un point de vue opérationnel, le PRAPS Grand-Est visait en partie à :

- Faciliter l'accès aux droits et l'entrée dans un parcours de santé, en partenariat notamment avec l'Assurance maladie, en agissant en

direction des personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c – Aujourd'hui CSS)

- Faciliter l'accès aux soins et à la prévention, dans une démarche globale de promotion de la santé, en permettant un accompagnement de qualité par le développement de la médiation en santé et l'interprétariat pour la médecine de ville et la mise en place d'actions de prévention et de promotion de la santé adaptées aux publics en difficulté
- Développer l'articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social et social afin de faciliter la prise en charge des personnes en difficultés sociales. L'offre de soins de droit commun doit pouvoir acquérir une connaissance, une souplesse ainsi que des moyens permettant d'inclure des personnes avec des difficultés très diverses liées à la précarité.

Le nouveau PRAPS 2023-2028 s'inscrit, par ailleurs, dans la continuité de ces objectifs.

Tout comme au niveau régional, la métropole de Metz et les collectivités locales *s'engagent à mettre en œuvre une politique volontariste en matière de santé publique qui se veut au plus proche des besoins de la population, pour faire face aux défis collectifs à relever en matière de santé*. Ainsi, parmi les six grands enjeux de santé publique priorités dans le CLS 2022-2026 apparaît l'amélioration de l'accès aux soins et des parcours de santé des personnes vulnérables. Les enjeux sont de développer les conditions favorables pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins et améliorer le niveau de recours aux soins des personnes vulnérables les plus éloignées du système de santé [9].

**C'est dans ce contexte que la fiche action 31 « Coordination locale de l'accompagnement médico-psycho-social des publics en situation de précarité » portée par Médecins du Monde dans le cadre du projet plus ambitieux de plateforme d'accueil et d'accompagnement médico-psycho-social, a été inscrite.**

## OBJECTIFS

Cette enquête s'inscrit dans une étude plus globale visant à identifier les opportunités et les barrières à la mise en place et au fonctionnement d'un réseau de santé de proximité en centre-ville de Metz, en 2023.

Plus spécifiquement, cette enquête a pour objectifs de

- Identifier les difficultés rencontrées par les professionnel·le·s de santé concernant la prise en charge des patient·e·s en situation de précarité
- Identifier les besoins en accompagnement des professionnel·le·s de santé concernant la prise en charge des patient·e·s en situation de précarité

Les résultats de cette enquête vont permettre d'adapter le dimensionnement du projet aux réalités des professionnel·le·s de santé. La finalité étant d'avoir une approche globale du·de la patient·e, de créer un lien de proximité et d'aller vers son autonomie, tout en prenant en considération les difficultés rencontrées par les professionnel·le·s de santé. Cette enquête permet également la mobilisation des professionnel·le·s de santé messin·e·s pour intégrer le réseau de santé de proximité. Les résultats de cette enquête seront mis en relief avec l'autre volet de l'étude adressé aux personnes en situation de précarité et portant sur les difficultés d'accès aux droits de santé et aux soins qu'elles rencontrent. L'idée étant d'identifier les leviers d'action du projet pour saisir les opportunités et lever les barrières à la mise en place et au fonctionnement du réseau de santé de proximité en cours de construction.

# MÉTHODES

## SCHÉMA D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et transversale dont la méthode d'enquête est quantitative.

## POPULATION D'ÉTUDE

### Population cible et source

La population cible de cette étude concerne l'ensemble des professionnel-le-s de santé qui exercent en libéral sur le territoire de Metz et environs (zone couverte par la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de Metz et environs). La population source concerne les professionnel-le-s de santé accessibles et disponibles via le réseau de la CPTS et via les Ordres ayant répondu favorablement à la diffusion du questionnaire.

### Échantillonnage

Le calcul de l'échantillon était basé sur le nombre de professionnel-le-s de santé en exercice sur le territoire de Metz et environs ayant intégré la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé soit 1 895 professionnel-le-s de santé. Ainsi, en respectant un intervalle de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 5 %, l'objectif était de collecter 320 questionnaires, représentant la totalité des professions de santé concernées. Cependant, le questionnaire était auto-administré par les professionnel-le-s de santé sur la base du volontariat et le nombre de répondant-e-s fut moindre que souhaité. Au total, 100 professionnel-le-s de santé ont répondu au questionnaire (voir les détails dans les résultats) permettant un intervalle de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 9,5 %.



Figure 3 : Carte du territoire de la CPTS de Metz et environs



### Critères d'inclusion

- Être joignable par email, téléphone et/ou physiquement.
- Accepter de répondre au questionnaire.

### Critères d'exclusion

- Professionnel·le·s de santé qui exercent uniquement en structure hospitalière.
- Professionnel·le·s de santé qui n'exercent pas dans l'Eurométropole de Metz.

### MODE ET OUTIL DE RECUEIL

Un questionnaire a été diffusé via les listes d'emails de la CPTS et de l'Ordre des Sages-Femmes. Dans un second temps, le questionnaire a directement été envoyé aux laboratoires d'analyses médicales du fait de l'absence de réponse. Le mode d'administration des questionnaires était donc basé sur l'auto-administration. Afin de maximiser la confidentialité des professionnel·le·s de santé, leur nom n'apparaissait pas au sein du questionnaire (à moins qu'ils-elles démontrent un intérêt pour le projet – question qui n'était pas rendue obligatoire). Par ailleurs, l'accès à la base de sondage était restreint aux personnes en charge de la diffusion du questionnaire et l'accès à la base de données était restreint aux personnes en charge de l'analyse des données.

### ANALYSE DES DONNÉES

Les données ont été extraites sous format Excel et analysées avec ce même logiciel. Les tests statistiques ont été réalisés avec le logiciel R.

### ASPECTS RÉGLEMENTAIRE ET ÉTHIQUE

Le questionnaire a été conçu de manière à respecter le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

# RÉSULTATS

## DESCRIPTION DES PROFESSIONNEL·LE·S DE SANTÉ INTERROGÉ·E·S

Concernant l'offre médicale de proximité, 19 médecins généralistes et 7 pharmaciens ont répondu au questionnaire (*figure 4*). Aucun laboratoire d'analyses médicales et de centre d'imagerie médicale n'a participé à la collecte de données. Par ailleurs, 9 médecins spécialistes ont répondu au questionnaire dont 3 pédiatres, 2 psychiatres, 1 dermatologue, 1 gynécologue, 1 ORL et 1 chirurgien·ne plasticien·ne. Quant aux autres professions de santé, 26 infirmier·e·s ont participé à l'enquête ainsi que 12 sages-femmes, 11 orthophonistes, 8 kinésithérapeutes et 4 chirurgien·ne·s-dentistes. On note aussi la participation de 4 autres répondant·e·s exerçant d'autres professions de santé (1 diététicien·e, 1 kinésologue, 1 ostéopathe et 1 psychologue).

Sur les 100 professionnel·le·s de santé interrogé·e·s, 57 exercent leur activité dans la ville de Metz (*figure 5*). Moins de la moitié des médecins généralistes, orthophonistes et pharmaciens interrogé·e·s exercent dans la ville de Metz (voir le détail en *annexe 1*). Par ailleurs, au moins un quart des professionnel·le·s de santé interrogé·e·s exercent dans les quartiers prioritaires de la ville (Borny, Bellecroix, Hauts-de-Vallières, Sablon Sud, La Patrotte-Metz Nord). À noter que les professionnel·le·s exerçant à Woippy n'ont pas été identifié·e·s dans les données, donc ils n'ont pas été inclus dans ce résultat.

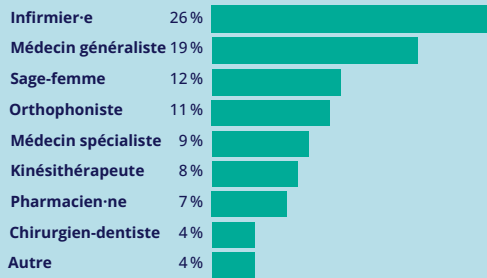
## PERCEPTION DU TEMPS DE CONSULTATION DES PERSONNES AVEC DES DROITS SPÉCIFIQUES

Sur les 100 professionnel·le·s de santé interrogé·e·s, 47 estiment ne pas avoir suffisamment de temps à consacrer à leurs patient·e·s, de manière générale. Cela semble être particulièrement le cas pour les infirmier·e·s, les médecins généralistes et les kinésithérapeutes interrogé·e·s (*figure 6* et le détail en *annexe 2*).

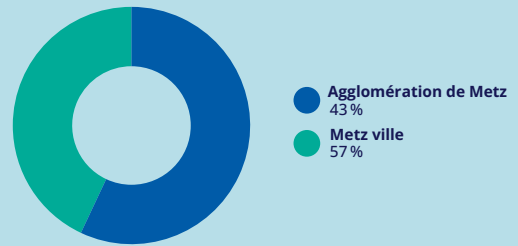
Sur les 100 professionnel·le·s de santé interrogé·e·s, 42 estiment que la prise en charge d'une personne ayant des droits de santé spécifiques (type AME ou CSS) demande plus de temps. Cela semble être particulièrement le cas pour les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmier·e·s et les chirurgien·ne·s-dentistes interrogé·e·s (*figure 7* et le détail en *annexe 3*).

Les professionnel·le·s de santé qui considèrent que la prise en charge des patient·e·s ayant des droits spécifiques demande plus de temps ne sont pas nécessairement ceux·celles qui estiment ne pas avoir suffisamment de temps à consacrer à leurs patient·e·s (*figure 8*). En effet, un quart des répondant·e·s considèrent avoir suffisamment de temps à consacrer à leurs patient·e·s et considèrent qu'une consultation avec des patient·e·s ayant des droits spécifiques demande plus de temps. À l'inverse, un tiers des répondant·e·s considèrent ne pas avoir suffisamment de temps à consacrer à leurs patient·e·s et considèrent qu'une consultation avec des patient·e·s ayant des droits spécifiques ne demande pas plus de temps. À ce titre, nous avons testé la relation d'indépendance de ces deux variables à l'aide du test du  $\chi^2$  et il n'y a pas de lien significatif ( $p > 0,05$ ).

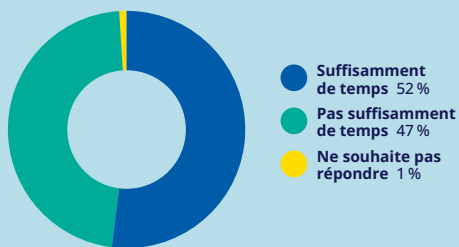
De même, il n'y a pas de différence statistiquement significative selon le lieu d'exercice (Metz, agglomération messine et quartiers prioritaires de la ville).



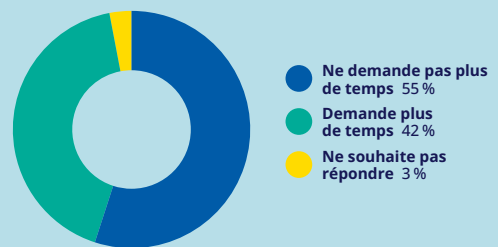
**Figure 4 : Professionnel-le-s de santé ayant participé à l'enquête (n = 100)**



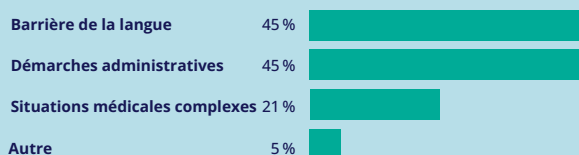
**Figure 5 : Répartition des professionnel-le-s de santé interrogé-e-s selon leur lieu d'exercice (n = 100)**



**Figure 6 : Part des professionnel-le-s de santé estimant avoir suffisamment de temps à consacrer à leurs patient-e-s (n = 100)**



**Figure 7 : Part des professionnel-le-s de santé estimant que prendre en charge une personnes avec des droits de santé spécifiques type AME ou CSS demande plus de temps (n = 100)**



**Figure 8 : Raisons pour lesquelles les professionnel-le-s de santé considèrent que la prise en charge de patient-e-s avec des droits type AME ou CSS demande plus de temps (n = 42)**

Parmi les professionnel-le-s interrogé-e-s qui considèrent que la prise en charge des personnes ayant des droits de santé spécifiques demande plus de temps, 45 % le justifient par les démarches administratives, 45 % par la barrière de la langue et 21 % les situations médicales plus complexes (voir le détail par profession de santé en *annexe 4*).

## USAGE DE L'INTERPRÉTARIAT LORS DES CONSULTATIONS

Rappelons que le dispositif d'interprétariat téléphonique Inter Service Migrants (ISM) est financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de la Région Grand Est depuis janvier 2021 pour tous les médecins généralistes libéraux-ales et les sages-femmes libéraux-ales, et depuis mars 2022 pour les infirmier-e-s libéraux-ales et les médecins spécialistes libéraux-ales.

Sur les 100 professionnel-le-s de santé interrogé-e-s, 27 ont déclaré avoir déjà eu recours à des mécanismes d'interprétariat (*figure 9*).

Près de la moitié des médecins généralistes et des chirurgien-ne-s-dentistes interrogé-e-s ont eu recours à l'interprétariat dans le cadre de leur exercice (voir le détail par profession en *annexe 5*).

Afin d'approfondir cette information, nous avons croisé la variable de l'interprétariat avec celle du temps de consultation pour les personnes ayant des droits spécifiques (type AME ou CSS). Il ressort que 26 % des professionnel-le-s de santé qui estiment que prendre en charge une personne avec des droits de santé spécifiques type AME ou CSS demande plus de temps ont déjà eu recours à un mécanisme d'interprétariat. À l'inverse, 29 % des professionnel-le-s de santé qui estiment que prendre en charge une personne avec des droits de santé spécifiques type AME ou CSS ne demande pas plus de temps ont déjà eu recours à un mécanisme d'interprétariat. Le test du  $X^2$  permettant de vérifier la relation d'indépendance entre ces deux variables a montré qu'il n'y avait pas de lien significatif entre la perception du temps de consultation des personnes ayant des droits spécifiques et l'usage de l'interprétariat dans le cadre des consultations ( $p > 0,05$ ).

De la même manière, nous avons testé la relation d'indépendance entre l'usage de l'interprétariat et l'exercice dans un quartier prioritaire de la ville

et il apparaît qu'il n'y a pas de lien significatif entre ces deux variables ( $p > 0,05$ ). À noter qu'un biais existe concernant le lieu d'exercice : les quartiers prioritaires de la ville de Woippy (agglomération de Metz) n'étaient pas spécifiés dans les données et sont donc potentiellement considérés dans les lieux hors quartiers prioritaires.

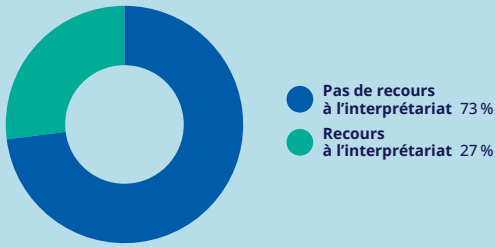
Parmi les professionnel-le-s interrogé-e-s ayant eu recours à un mécanisme d'interprétariat, 44 % ont déjà utilisé une application de traduction, 33 % ont eu recours à un-e traducteur-riche présent-e lors de la consultation, 11 % à un-e traducteur-riche par téléphone (sans spécifier s'il s'agit d'un-e interprète professionnel-le ou non) et 7 % ont eu recours à ISM. Sur l'ensemble des professionnel-le-s interrogé-e-s, seul-e-s 2 % ont déclaré avoir utilisé ISM, il s'agit d'un-e médecin généraliste et d'un-e sage-femme (*figure 10* et le détail par profession en *annexe 6*). La modalité « Autre » fait référence au passage à l'anglais et à la présence d'un-e traducteur-riche bénévole.

## CONNAISSANCE ET SOLlicitATION DES DISPOSITIFS SOCIAUX MIS EN PLACE À METZ POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

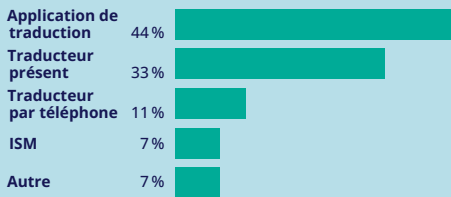
Parmi les 100 professionnel-le-s de santé interrogé-e-s, 98 ont peu voire pas du tout de connaissances concernant les dispositifs sociaux mis en place pour les personnes en situation de précarité (*figure 11* et le détail par profession en *annexe 7*).

Parmi les 100 professionnel-le-s de santé interrogé-e-s, 54 n'ont jamais été en contact avec des dispositifs sociaux face à des situations de précarité (*figure 12* et le détail par profession en *annexe 8*).

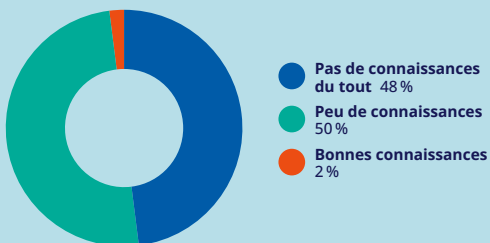
Il est toutefois possible d'établir une relation entre la connaissance des dispositifs sociaux et leur sollicitation ( $p < 0,05$  avec le test statistique de Fisher). Ainsi, plus les professionnel-le-s de santé ont connaissance des dispositifs sociaux, plus ils-elles les sollicitent face à des situations de précarité. Par ailleurs, il ressort des données que les professionnel-le-s exerçant dans la ville de Metz ont une meilleure connaissance des dispositifs sociaux ( $p = 0,05$  avec le test de Fisher). De même, il ressort que les professionnel-le-s exerçant dans des quartiers identifiés comme prioritaires contactent plus fréquemment les dispositifs sociaux face à



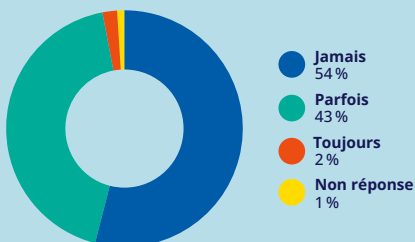
**Figure 9 : Part des professionnel-le-s de santé ayant eu recours à des mécanismes d'interprétariat (n = 100)**



**Figure 10 : Dispositifs d'interprétariat utilisés par les professionnel-le-s de santé (n = 27)**



**Figure 11 : Niveau de connaissances des professionnel-le-s de santé concernant les dispositifs sociaux mis en place à Metz pour les personnes en situation de précarité (n = 100)**



**Figure 12 : Fréquence de contact des professionnel-le-s de santé avec les dispositifs sociaux face à des situations de précarité (n = 100)**

des situations de précarité ( $p < 0,05$  avec le test de Fisher). À noter que les professionnel-le-s exerçant dans les quartiers prioritaires de la ville de Woippy n'ont pas été identifiés dans les données, ils n'ont donc pas été inclus dans ce résultat.

## DIFFICULTÉS CLINIQUES ET NON CLINIQUES RENCONTRÉES PAR LES PROFESSIONNEL-LE-S DE SANTÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENT-E-S EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

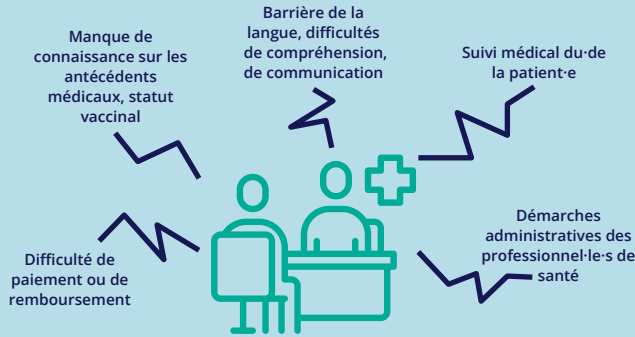
Les questions portant sur les difficultés cliniques et non cliniques étaient ouvertes, permettant ainsi aux professionnel-le-s de santé de s'exprimer librement sur le sujet (*figure 13*).

### Difficultés cliniques

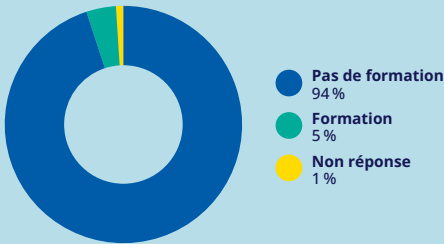
Parmi les 100 répondant-e-s, 53 % n'ont pas répondu à cette question et 6 % considèrent qu'il n'y a pas de difficultés particulières. Les principales difficultés cliniques mentionnées sont :

- Manque de connaissances sur les antécédents médicaux, statut vaccinal (n = 7)
- Difficultés de compréhension et de communication (ex : conseils médicaux, entretiens médicaux, attentes des patient-e-s, rééducation au langage dans une autre langue) (n = 6)
- Suivi médical du-de la patient-e (n = 4)
- Difficulté à obtenir un diagnostic de départ (n = 3)
- Barrières physiques (ex : se déshabiller, accepter certains gestes médicaux, refus d'être examiné par une femme) (n = 3)
- Addictions (n = 3)
- Évaluation de la douleur (n = 2)
- Nutrition, déséquilibres alimentaires, défaut d'hydratation (n = 2)
- Troubles psychologiques (n = 2)

D'autres difficultés cliniques ont aussi été mentionnées telles que la baisse de l'état général, l'hygiène de l'environnement, l'absence de médecin traitant-e, le besoin d'une prise en charge multi-professionnelle, l'approvisionnement thérapeutique, des pathologies différentes de celles rencontrées habituellement, la pédiatrie, le consentement, les troubles cognitifs, les antécédents traumatiques, la difficulté à mettre en place de manière régulière et efficace la partie de la rééducation à domicile, la difficulté pour le-la patient-e à prendre contact avec d'autres professionnel-le-s, le manque d'accès à



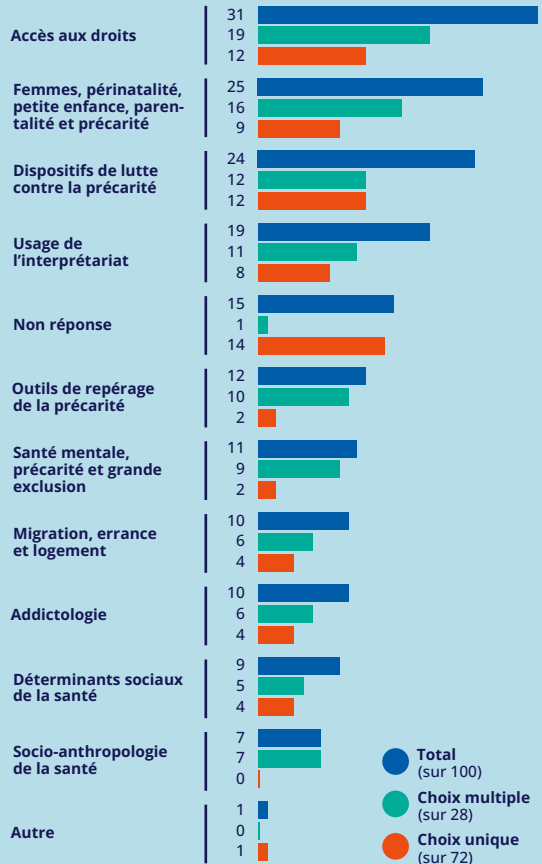
**Figure 13 : Synthèse des principales difficultés cliniques et non-cliniques**  
 Icône Clinical par KP Arts, Noun Project.



**Figure 14 : Part des professionnel-le-s de santé ayant déjà reçu des formations en lien avec la précarité (n = 100)**

	Choix unique		Choix multiple		Total	
	n	%	n	%	n	%
Infirmier-e	23	88	3	12	26	100
Médecin généraliste	14	74	5	26	19	100
Sage-femme	3	25	9	75	12	100
Orthophoniste	9	82	2	18	11	100
Médecin spécialiste	6	67	3	33	9	100
Kinésithérapeute	8	100	0	0	8	100
Pharmacien-ne	4	57	3	43	7	100
Chirurgien-dentiste	3	75	1	25	4	100
Autre	2	50	2	50	4	100
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau 1 : Informations souhaitées pour accompagner les professionnel-le-s de santé dans la prise en charge des personnes en situation de précarité, selon la profession de santé**



**Figure 15 : Informations souhaitées pour accompagner les professionnel-le-s de santé dans la prise en charge des personnes en situation de précarité**

certain matériels, l'absence de compliance, les difficultés d'investissement du-de la patient-e (si le soin n'est pas remboursé), l'intrication entre les problématiques psychiques et sociales sur lesquelles les professionnel-le-s ne peuvent pas agir.

L'**annexe 9** du document classifie les réponses selon la profession de santé.

### Difficultés non cliniques

Parmi les 100 répondant-e-s, 36 % n'ont pas répondu. Les principales difficultés non-cliniques mentionnées sont :

- Difficultés linguistiques (n = 26).
- Difficultés de paiement ou de remboursement (n = 9).
- Démarches administratives (n = 8).
- Assiduité du suivi médical (n = 3).
- Forte exigence des patient-e-s (n = 3).
- Fractionnement de l'accompagnement (médico-social) (n= 3).
- Difficulté d'accès aux droits (n = 2).
- Prise de rendez-vous par un intermédiaire (n = 2).
- Absence ou non mise à jour de la carte vitale/ attestation de droits de santé (n = 2).
- Accès aux soins des patient-e-s n'ayant pas de droits (n = 2).
- Observance des rendez-vous (n = 2).
- Compréhension des explications, des prescriptions (n = 2).
- Déterminants de la santé (logement, conditions de vie) (n = 2).
- Demande de documents supplémentaires (attestations de suivi, certificats) (n = 2).

D'autres difficultés non-cliniques ont aussi été mentionnées telles que l'accès aux informations, trouver un-e patient-e en sortie d'hôpital quand il-elle est domicilié-e dans une structure, absence de pièces administratives ou pièces non-conformes, incompréhension du système de santé, agressivité, absence de dossier médical et de suivi, prise de rendez-vous pour des examens complémentaires, suivi des consignes, soins post-opératoires, formalisation de suivi en cas de pathologie chronique, ne pas pouvoir vérifier l'état de l'ouverture des droits sur Ameli, éducation à l'hygiène, absence de moyens financiers car profession hors système de la sécurité sociale, visites à domicile dans certains foyers, insécurité administrative.

L'**annexe 10** du document classifie les réponses selon la profession de santé.

## INFORMATIONS SOUHAITÉES POUR ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNEL-LE-S DE SANTÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Sur les 100 professionnel-le-s de santé interrogé-e-s, 94 ont déclaré ne pas avoir reçu de formation en lien avec la précarité (**figure 14**). Les 5 professionnel-le-s ayant reçu une formation sont médecin généraliste, infirmier-e, sage-femme, orthophoniste et ostéopathe. Sur ces 5 professionnel-le-s de santé, 4 exercent leur activité dans des quartiers prioritaires de la ville. Le cinquième exerce dans l'agglomération de Metz (le fait d'exercer dans un quartier prioritaire de la ville de Woippy n'est donc pas exclu).

Cette question a fait l'objet d'une erreur de codage : la question était d'abord en choix unique (72 répondant-e-s) puis fut modifiée en choix multiples (28 répondant-e-s). Pour limiter les biais liés à cette erreur méthodologique, la **figure 15** présente le résultat total, mais aussi celui des répondant-e-s par choix unique et par choix multiples. Pour davantage de transparence, le **tableau 1** précise quelles professions ont répondu en choix unique et en choix multiples.

Sur les 100 répondant-e-s, 85 ont démontré un intérêt pour au moins une des thématiques proposées. Parallèlement, 7 médecins généralistes, 3 infirmier-e-s, 1 médecin spécialiste, 1 pharmacien-ne, 1 orthophoniste, 1 chirurgien-ne-dentiste et 1 kinésithérapeute n'ont pas souhaité répondre à cette question.

Par ailleurs, toutes les thématiques proposées ont suscité l'intérêt d'au moins 7 répondant-e-s.

Les résultats montrent que les 4 principales thématiques d'intérêt sont :

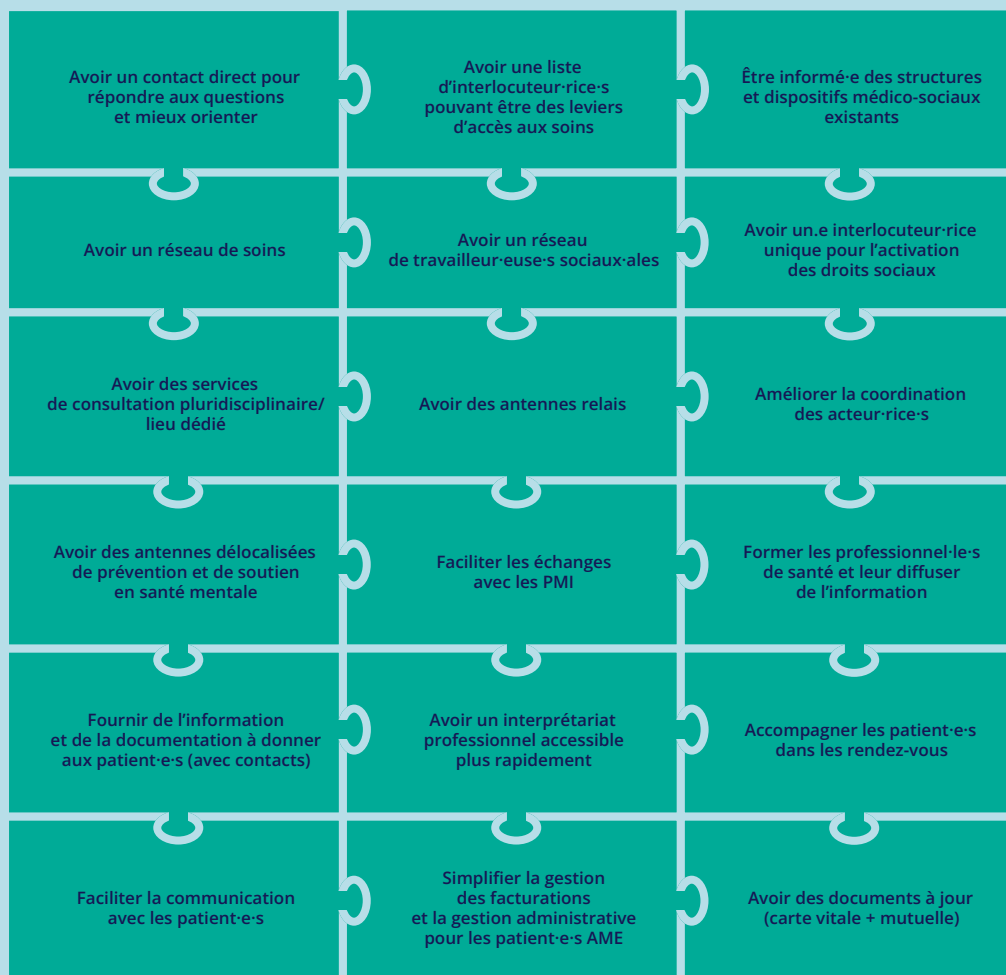
- L'accès aux droits de santé
- Femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et précarité
- Dispositifs de lutte contre la précarité
- Usage de l'interprétariat

L'**annexe 11** permet de distinguer les priorités selon les professions de santé (en précisant les répondant-e-s par choix unique et par choix multiples).

## SUGGESTIONS DES PROFESSIONNEL-LE-S DE SANTÉ POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Sur les 100 professionnel-le-s de santé interrogé-e-s, 30 ont émis des suggestions pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité (6 médecins généralistes, 5 infirmier-e-s, 4 sages-femmes, 3 médecins spécialistes, 3 kinésithérapeutes, 3 pharmaciens-ne-s, 3 autres professions médicales, 2 orthophonistes, 1 chirurgien-dentiste). Les différentes suggestions ont pu être catégorisées dans la *figure 16*.

Au total, 55 % des répondant-e-s ont déclaré être intéressé-e-s pour avoir davantage d'information sur le réseau de santé de proximité. Parallèlement, 16 % des répondant-e-s ont indiqué ne pas souhaiter davantage d'information ou ne souhaitent pas répondre. Ainsi, 29 % ont déclaré ne pas savoir, indiquant qu'ils-elles pourraient potentiellement être intéressé-e-s.



**Figure 16 : Synthèse des suggestions des professionnel-le-s de santé pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité**



# DISCUSSION

## PRINCIPAUX RÉSULTATS

Au total, 100 professionnel·le·s de santé ont participé à l'étude avec toutes les professions de santé représentées à l'exception des laboratoires d'analyses médicales et des centres d'imagerie médicale. On observe une répartition géographique des répondant·e·s entre la ville de Metz et son agglomération.

Concernant la perception du temps dédié aux consultations, 47 % des répondant·e·s ont déclaré ne pas avoir suffisamment de temps pour les consultations. Parallèlement, 42 % des répondant·e·s considèrent qu'une consultation avec une personne ayant des droits de santé spécifiques type AME ou CSS demande plus de temps. Les principales raisons avancées sont la barrière de la langue et les démarches administratives (45 %), et dans une moindre mesure les situations médicales plus complexes (21 %). À noter que les professionnel·le·s de santé qui considèrent que la prise en charge des patient·e·s ayant des droits spécifiques demande plus de temps ne sont pas nécessairement ceux·celles qui estiment ne pas avoir suffisamment de temps à consacrer à leurs patient·e·s.

Quant à l'interprétariat lors des consultations, 73 % des répondant·e·s ont déclaré ne pas avoir eu recours à des mécanismes d'interprétariat dans le cadre de leur exercice, et seulement 2 % ont déjà eu recours à ISM qui est un mécanisme d'interprétariat téléphonique financé par l'ARS sur la Région Grand Est depuis janvier 2021 pour tous les médecins généralistes libéraux·ales et les sages-femmes libéraux·ales et depuis mars 2022 pour les infirmier·e·s libéraux·ales et médecins spécialistes libéraux·ales.

Un faible niveau de connaissance des dispositifs sociaux à Metz a été observé avec 48 % des répondant·e·s n'ayant pas de connaissances et 50 % des répondant·e·s en ayant peu. Parallèlement, 54 % des répondant·e·s ne sollicitent jamais les dispositifs sociaux face à des situations de précarité et 43 % les sollicitent parfois. Les données permettent d'établir une corrélation entre le niveau de

connaissances des dispositifs sociaux et leur sollicitation face à une situation de précarité. Par ailleurs, il semble que les professionnel·le·s exerçant dans des quartiers prioritaires de la ville contactent plus fréquemment les dispositifs sociaux face à des situations de précarité.

Les principales difficultés cliniques rencontrées par les professionnel·le·s de santé ayant participé à l'étude sont le manque de connaissances sur les antécédents médicaux et le statut vaccinal, les difficultés de compréhension et de communication lors des consultations et la réalisation du suivi médical du·de la patient·e. Quant aux difficultés non-cliniques rencontrées, les principales mentionnées sont les difficultés linguistiques, les difficultés de paiement ou de remboursement des consultations et les démarches administratives.

Concernant les formations en lien avec la santé et la précarité, 5 % des professionnel·le·s interrogé·e·s ont déclaré avoir déjà reçu une formation en lien avec la précarité. Toutefois, 85 % des répondant·e·s ont présenté un intérêt pour au moins une des thématiques proposées pour recevoir de l'information sur le sujet. Les thématiques ayant suscité le plus d'intérêt sont l'accès aux droits de santé, le domaine de la femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et précarité, les dispositifs de lutte contre la précarité et l'usage de l'interprétariat.

Les suggestions des professionnel·le·s de santé pour améliorer la prise en charge des patient·e·s en situation de précarité sont multiples. Celles-ci mettent en lumière un besoin d'avoir des interlocuteur·rice·s dédié·e·s pour l'accès aux soins et aux droits de santé, de travailler avec un réseau de soins et de travailleur·euse·s sociaux·ales et d'avoir une meilleure coordination des acteur·rice·s ainsi qu'une approche pluridisciplinaire. Les suggestions soulèvent aussi le besoin de connaître les dispositifs sociaux existants et d'être formé·e et/ou informé·e sur les sujets liés à la précarité. L'interprétariat, la médiation physique

en santé et la mise à disposition de supports d'information à fournir aux patient·e·s ont également été suggérés.

## MISE EN PERSPECTIVE AVEC LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Parallèlement, une étude portant sur les difficultés d'accès aux soins et aux droits de santé rencontrées par les personnes en situation de précarité à Metz a été réalisée. Les objectifs étaient d'analyser les barrières à l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de précarité, et de définir les profils des potentielles personnes accueillies au sein du volet santé de la plateforme d'accueil et d'accompagnement médico-psychosocial. Au total, 280 personnes ont été interrogées à travers une trentaine de structures sociales et médico-sociales.

### Principaux résultats

Les résultats mettent en exergue de multiples facteurs précarisant tels que des ressources insuffisantes, des lieux de vie instables, des difficultés avec l'usage du français ou encore des situations de monoparentalité.

Concernant l'accès aux droits de santé, les difficultés sont multiples. Les principales étant les complexités administratives, les délais d'attente et conditions d'accueil, les difficultés linguistiques, la méconnaissance des droits de santé et l'usage du numérique.

Concernant l'accès aux soins, les barrières sont également multiples. Parmi les personnes interrogées bénéficiant de la couverture maladie de base, près d'un tiers n'a pas de médecin traitant·e. Il ressort par ailleurs que 27 % des répondant·e·s ont déclaré avoir vécu du refus de soins au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, notamment par des médecins généralistes, spécialistes, des dentistes et des pharmacies. Il apparaît également que 23 % des répondant·e·s ont reporté des soins au cours de la dernière année, principalement pour des raisons financières. Il en est de même pour le renoncement aux soins où 23 % des répondant·e·s l'ont vécu au cours de la dernière année, principalement pour des raisons financières, des délais de rendez-vous trop longs et des mauvaises expériences antérieures. Parmi les personnes ayant eu une prescription de médicaments au

cours de la dernière année, 17 % des répondant·e·s n'ont pas suivi le traitement ou pas durant toute sa durée. Pour les prescriptions de radios et analyses, il s'agit de 19 %. Dans les deux cas, les difficultés financières constituent la barrière principale. Parmi les personnes ayant eu des difficultés à comprendre ou se faire comprendre par le·la professionnel·le de santé lors de leur dernière consultation, un tiers n'ont pas eu recours à un mécanisme d'interprétariat et en auraient eu besoin. Les données montrent également des difficultés de communication autres. En effet, au cours de la dernière consultation, 23 % des répondant·e·s n'ont pas reçu de réponses à toutes leurs questions concernant leur état de santé, leur traitement, etc., 21 % ne se sont pas senti·e·s attentivement écouté·e·s sur leur situation médicale, leurs antécédents familiaux, etc. et 75 % n'ont pas discuté de leur situation socio-économique avec le·la professionnel·le de santé. À noter que ces éléments peuvent éclairer sur les déterminants sociaux de la santé.

Concernant les attitudes en santé, il apparaît que 21 % des répondant·e·s ont parfois ou toujours peur d'aller chez le·la médecin, 31 % font parfois ou jamais confiance aux professionnel·le·s de santé et 18 % ont des réticences à consulter un·e professionnel·le du sexe opposé au leur. Ces données démontrent la nécessité de l'accompagnement et de la médiation en santé.

Les attentes des personnes interrogées concernant l'amélioration de leur prise en charge et de leur accompagnement en santé constituaient également un élément fondamental de l'étude. Les principales suggestions concernent un besoin d'interprétariat, la simplification des démarches administratives et la réduction des délais administratifs, l'augmentation de l'offre de soins, la réduction des délais de rendez-vous, l'accompagnement, la médiation et l'orientation et une volonté de se sentir davantage écouté·e·s par les professionnel·le·s de santé, d'avoir plus de communication.

### Lien entre les deux études

Les difficultés et les attentes des personnes en situation de précarité concernant leur prise en charge et leur accompagnement en santé concordent avec les suggestions des professionnel·le·s de santé pour réduire les difficultés rencontrées et donc améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité. On observe que le besoin d'interprétariat et le besoin de

médiation/d'accompagnement de patient·e·s sont des actions mises en lumière par les professionnel·le·s de santé et les patient·e·s. L'amélioration de la communication est aussi un enjeu majeur qui permettra d'améliorer la relation soignant·e-patient·e. Il semble par ailleurs que le renforcement de la connaissance des acteur·rice·s et leur coordination impacterait la fluidité de la prise en charge des patient·e·s.

## **DES SOLUTIONS IDENTIFIÉES DANS LA LITTÉRATURE POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENT·E·S EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ET RÉPONDRE AUX DIFFICULTÉS DES PROFESSIONNEL·LE·S DE SANTÉ**

La littérature explore et/ou suggère des solutions pour répondre aux difficultés rencontrées par les professionnel·le·s de santé concernant la prise en charge des personnes en situation de précarité. À noter que la majorité des documents mentionnés ci-dessous sont des thèses de médecine.

### **La formation des professionnel·le·s de santé**

Largement plébiscitée dans la littérature, l'étude de Meurthe-et-Moselle confirmait que deux tiers des médecins interrogé·e·s étaient intéressé·e·s par une formation sur la précarité pour mieux appréhender cette prise en charge complexe. Ils·elles s'accordaient sur la nécessité d'une formation spécialisée dans le cursus initial et lors de la formation médicale continue. Les thèmes d'intérêt mentionnés étaient la connaissance des structures sociales, le repérage de la précarité, la relation médecin-patient·e, les droits des patient·e·s et les aides existantes, la prévention et l'éducation hygiéno-diététique ainsi que la prise en charge des migrant·e·s. L'autrice ajoutait l'intérêt d'une formation visant à sensibiliser les médecins à l'importance de la prise en compte de l'environnement et des particularités de chaque patient·e, ainsi qu'une formation sur l'approche transculturelle des soins [11]. Une étude réunionnaise considérait qu'un enseignement pouvait également être utile pour prémunir les soignant·e·s d'une éventuelle « fatigue compassionnelle ».<sup>12</sup> [23]

<sup>12</sup> Enquête qualitative réalisée en 2022 auprès de 11 médecins généralistes du Sud de La Réunion.

Ces enseignements sont souvent proposés comme Diplôme Universitaire (DU), à l'exception de certaines universités qui les intègrent dans le cursus initial. L'étude de Meurthe-et-Moselle suggère une sensibilisation en première année de médecine, dans le cadre du module de Sciences Humaines et Sociales, suivi d'une session intégrée dans la préparation au stage en cabinet de médecine générale devenu obligatoire (deuxième cycle) puis d'une approche plus pratique orientée sur les spécificités de chaque spécialité au cours du troisième cycle [11]. Une approche pédagogique innovante a été expérimentée à Montpellier pour aborder les inégalités sociales de santé auprès des internes en DES de médecine générale: la co-animation en binôme interprofessionnel médecins généralistes – travailleurs·euses sociaux·ales. Cette rencontre permet de sensibiliser les internes aux ISS et la rencontre professionnelle via l'enseignement permet d'instaurer une relation de confiance et de décloisonner le médico-social [24].

### **Le repérage des patient·e·s en situation de précarité**

La connaissance et l'identification systématique des déterminants sociaux de la santé sont utiles aux professionnel·le·s de santé et permettent de reconnaître plus régulièrement une situation de précarité, voire de pauvreté. Toutefois, la complexité de certaines questions et la difficulté de leur intégration dans l'anamnèse habituelle peuvent rendre leur utilisation peu aisée en pratique clinique [25].

En 2014, le Collège de médecine générale a publié des recommandations pour prendre en compte les ISS en médecine générale. Sept informations étaient considérées comme indispensables à recueillir dans le cadre d'une consultation (date de naissance, sexe, adresse, statut par rapport à l'emploi, profession éventuelle, assurance maladie, capacités de compréhension du langage écrit du·de la patient·e); et neuf étaient considérées comme souhaitables car utiles pour la pratique (situation du ménage - couple, nombre d'enfants à charge, vivre seul, pays de naissance, niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle, minima sociaux, conditions de logement, situation financière perçue) [26].

Par ailleurs, une revue de la littérature réalisée en 2019 a exploré les scores de précarité existants en pratique clinique. Parmi les scores retenus dans l'étude, les scores EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les

Centres d'Examens de Santé) et PRECAR semblaient être les plus pertinents pour la pratique en médecine générale [27].

### L'amélioration de la communication et de la relation soignant-e-patient-e

#### Usage de l'interprétariat professionnel

Suite à la loi de modernisation de notre système de santé (2016), la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré, en 2017, un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur l'interprétariat linguistique pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. *La HAS considère que seul le recours à un-e interprète professionnel-le permet de garantir d'une part, aux patient-e-s/usager-e-s, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnel-le-s, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du-de la patient-e et du secret médical. Elle reconnaît néanmoins que d'autres moyens de communication peuvent s'avérer utiles dans les cas où le recours à un-e interprète professionnel-le n'est pas possible. Le recours à un-e interprète issu-e de la famille, et tout particulièrement les enfants, du voisinage ou de l'entourage immédiat, risque de méconnaître le droit du-de la patient-e au respect de sa vie privée et du secret des informations le-la concernant. En outre, ce recours constitue une charge lourde pour les aidant-e-s [28].* Pour le déploiement de l'interprétariat, reconnaissance des acteur-ric-e-s et financement adapté sont nécessaires. [29]

De même, la littérature recommande largement l'usage de l'interprétariat professionnel pour améliorer la qualité des consultations. L'étude portant sur un service d'interprétariat par visioconférence a émis plusieurs recommandations pratiques pour promouvoir l'usage de l'interprétariat professionnel :

- Sensibiliser les soignant-e-s à la pertinence du recours à l'interprétariat professionnel, notamment durant les études
- Intégrer dans la formation initiale et continue des médecins la question de l'impact de la barrière de la langue sur le recours et la qualité des soins

- Former les soignant-e-s à l'interprétariat professionnel en s'appuyant sur les documents existants (exemples : fiches pratiques des structures professionnelles d'interprétariat, recommandations HAS, etc.)
- Améliorer la communication sur la possibilité de recours à l'interprétariat professionnel et sur les modalités d'intervention de l'interprète (gratuité et confidentialité) via par exemple des guides papiers, tutoriels vidéo, recueils de témoignage, etc.
- Faire connaître aux soignant-e-s le métier d'interprète professionnel-le, la charte de l'interprétariat en milieu médical et social ainsi que le cadre déontologique qui soumet l'interprète au secret professionnel
- Diffuser auprès des patient-e-s une fiche d'information sur la possibilité et la manière de demander aux médecins d'avoir recours à l'interprétariat professionnel (traduite en plusieurs langues)

L'étude insiste sur le fait qu'il est essentiel de faciliter au maximum le recours à l'interprétariat professionnel pour les soignant-e-s : simple d'utilisation, accessible quasi instantanément et sans réservation préalable pour ce qui est des consultations non-programmées. Par ailleurs, l'usage de l'interprétariat peut être facilité par la mise en place de procédures d'identification des besoins d'interprétariat en amont des consultations, impliquant la formation et la sensibilisation du personnel d'accueil et du secrétariat médical [21].

#### Transculturalité des soins

La sensibilisation des soignant-e-s à la transculturalité est également recommandée pour accepter et intégrer l'altérité dans les soins. Cette approche semble essentielle pour questionner les éléments de culture qui peuvent interagir avec le soin, comprendre les conditions dans lesquelles le corps et les soins sont pensés et ressentis par les patient-e-s. Cette approche suppose un décentrage du-de la soignant-e pour une prise en compte de la sensibilité, des représentations, des croyances, de l'histoire personnelle de chacun-e des patient-e-s dans les soins [21]. Malgré qu'il ne soit pas possible de maîtriser toutes les cultures existantes pour s'y adapter, certaines clefs permettent de rester attentif-ve à leur influence. Le guide du Comede pour les professionnel-le-s de santé mentionne diverses ressources auprès desquelles il est possible de se référer [30].

### *Principes, pratiques et postures professionnels*

L'IREPS Grand-Est a rédigé en 2020 un cadre méthodologique pour intervenir avec des personnes en situation de précarité. Ce document propose des pistes d'action concernant l'écoute active, la prise en compte de la personne dans sa globalité, la posture de non-jugement, la création d'un lien de confiance ou encore l'action contre le refus de soins [31].

### *Communication spécifique aux officines*

Les pharmaciens·ne·s d'officines, acteur·rice·s de soins primaires, sont les dernier·e·s à voir le·la patient·e avant son retour au domicile avec le traitement. La dispensation médicamenteuse constitue la dernière barrière professionnelle et la dernière source d'informations pour le·la patient·e. Ainsi, certains outils sont nécessaires à l'exercice en officine auprès de patient·e·s précaires : outils donnant accès aux droits en direct ; outil permettant d'avoir accès à l'historique médicamenteux du·de la patient·e ; outil permettant de connaître les professionnel·le·s de santé assurant le suivi du·de la patient·e ; outil de traduction pour assurer une bonne information auprès des patient·e·s non francophones. Des outils d'aide à l'observance sont également nécessaires comme la distribution de piluliers et/ou de fiches de posologie avec un code couleur ou des dessins pour faciliter la compréhension des patient·e·s. Certain·e·s pharmaciens·ne·s font part d'un besoin de temps supplémentaire avec ces patient·e·s afin de leur transmettre, entre autres, les conditions d'une bonne observance et d'un bon stockage des médicaments [18].

### **Moyens à disposition pour répondre aux difficultés sociales**

L'étude réalisée dans l'Hérault a identifié des moyens utilisés par les médecins généralistes pour faciliter l'accès aux soins afin d'améliorer la qualité du suivi et limiter le renoncement aux soins : tiers payant sur la part mutuelle ; demandes d'Affection Longue Durée (ALD) ; le report des encaissements de chèques ; vigilance à prescrire des médicaments uniquement remboursés. Concernant les parcours de soins, le·la médecin pouvait orienter le·la patient·e vers des spécialistes de soins de secteur 1 pratiquant le tiers payant sans avance de frais. La demande d'avance de frais, malgré des droits de santé type CSS, complexifiait le parcours et demandait au·à la médecin

traitant·e et au·à la patient·e de s'adapter. Un autre moyen pour répondre aux difficultés sociales était le certificat médical pour obtenir des aides ou compensations sociales causées par une maladie (dossier APA, dossier MDPH, dossier de demande d'aide-ménagère, etc.). Les médecins pouvaient aussi être aidant·e·s en restant vigilant·e·s vis-à-vis des arrêts de travail et de la mise en invalidité, en orientant les personnes vers des dispositifs sociaux afin de maintenir leurs ressources financières [16].

### **La coordination des acteur·rice·s**

Les recommandations liées à la coordination des acteur·rice·s et au décloisonnement du médical et du social sont fortement plébiscitées dans la littérature. La HAS a publié en 2018 un guide pour la coordination entre le·la médecin généraliste et les différent·e·s acteur·rice·s de soins dans la prise en charge des patient·e·s adultes souffrant de troubles mentaux [32]. Cinq catégories d'expériences d'amélioration de la coordination étaient identifiées : amélioration de la communication, lieux d'exercice partagés, dispositifs de soins partagés, coordination de parcours de santé, dispositifs intégrés.

Les expériences identifiées dans le guide montrent que l'amélioration de la communication passe par des outils et leurs modalités d'utilisation pour améliorer le partage d'information et la liaison entre professionnel·le·s de santé. Exemples d'expériences identifiées : contenus standardisés de courriers échangés entre professionnel·le·s, outils de télé-médecine, systèmes d'information partagés, réunions pluriprofessionnelles, processus d'adressage renforcés (identification de contacts formels, définition des situations d'adressage et des rôles de chaque professionnel·le de santé).

L'étude de Meurthe-et-Moselle identifiait plusieurs formats de réseau pluridisciplinaire : un·e « interlocuteur·rice unique » sous forme de permanence téléphonique d'orientation, des rencontres pluridisciplinaires impliquant des travailleur·euse·s sociaux·ales autour de situations spécifiques ou pour se connaître, un réseau dédié à la précarité pour faciliter les liens entre les différent·e·s professionnel·le·s. Le renforcement des liens entre les médecins généralistes et l'hôpital et la mise en place d'un dossier médical partagé (DMP) étaient aussi évoqués [11]. La mise en réseau doit être pensée pour ne pas faire double emploi avec les outils existants et pour

trouver sa juste place dans le continuum de soins et d'accompagnement [33].

Par ailleurs, un besoin manifeste d'annuaire des structures relais, adapté à la pratique, au secteur et mis à jour régulièrement, était identifié. L'outil comporterait une description des missions de chaque structure, permettant d'identifier facilement le correspondant adapté à la situation rencontrée [11]. L'étude toulousaine suggérait aussi la mise en place de sites internet, applications ou logiciels de soutien aux médecins généralistes, qui seraient adaptés à chaque territoire [14].

Concernant le partage des données, des messageries sécurisées existent pour faciliter le lien entre les professionnel·le·s du médical et du social et décloisonner ces secteurs. Aussi, le DMP permet aux professionnel·le·s de santé d'accéder simplement et rapidement aux données de santé de leurs patient·e·s assuré·e·s de manière sécurisée, de renforcer la coordination des soins autour du·de la patient·e et la collaboration ville-hôpital [34]. Le principe majeur de l'échange ou du partage des données vise à respecter le secret professionnel qui s'impose à l'ensemble des professionnel·le·s des secteurs sanitaire, médico-social ou social. À ce sujet, l'Agence Française de la Santé Numérique et la Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie ont élaboré un document de bonnes pratiques sur l'échange et le partage des données de santé [35].

Par ailleurs, des dispositifs de coordination de droit commun ont récemment émergé :

- Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) regroupent les professionnel·le·s de santé, sociaux·ales et médico-sociaux·ales d'un même territoire qui souhaitent s'organiser autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. Elles contribuent à une meilleure coordination de ces professionnel·le·s ainsi qu'à la structuration des parcours de santé [36].
- Les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) viennent en appui aux professionnel·le·s de santé, sociaux·ales et médico-sociaux·ales faisant face à des personnes cumulant diverses difficultés et aux besoins de santé complexes. Au sein d'un même territoire, le DAC regroupe plusieurs dispositifs en un·e interlocuteur·rice unique [37].

Enfin, la stratégie « Ma santé 2022 » considérait que l'exercice isolé devait devenir l'exception à l'horizon 2022 et que les soins de proximité

devaient s'organiser au sein de structures d'exercice coordonné [38]. En France, plusieurs modes d'exercice coordonné ont émergé tels que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les centres de santé pluriprofessionnels (CSP), les microstructures, les infirmières ASALEE.

## Optimiser le temps médical

### *Réduire le temps administratif des médecins libéraux·ales au profit du temps médical*

En 2023, 15 nouvelles mesures pour réduire substantiellement les tâches administratives des médecins ont été annoncées. Celles-ci concernent les demandes de certificats médicaux, la transmission des pièces justificatives à l'Assurance Maladie, la gestion administrative des patient·e·s en ALD, les outils numériques en santé dans la pratique quotidienne des médecins et la fluidité des relations entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux·ales [39].

### *Délégation des tâches*

L'un des objectifs « Ma Santé 2022 » était de libérer du temps médical via, notamment, un soutien financier au développement de la fonction d'assistant·e médical·e [38]. Une étude constate que l'assistant·e médical·e apporte de nombreux avantages au·à la médecin généraliste exerçant en zone sous-dense. Son apport s'étend au-delà de la libération de temps médical du fait qu'il·elle s'adapte parfaitement aux différents besoins du·de la médecin généraliste. L'ensemble de ces avantages se ressent dans la pratique médicale et assure aux patient·e·s une meilleure qualité de soins [40].

## Accompagnement plus ciblé des publics fragilisés

### *Médiation en santé*

La médiation en santé est définie par la HAS comme « un processus temporaire de "l'aller vers" et du "faire avec" dont les objectifs sont de renforcer :

- l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun ;
- le recours à la prévention et aux soins ;
- l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ;
- la prise en compte, par les acteur·rice·s de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public.

La médiation en santé désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter :

- d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables ;
- d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

Le-la médiateur-riche en santé crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Il-elle est compétent-e et formé-e à la fonction de repérage, d'information, d'orientation, et d'accompagnement temporaire. Il-elle a une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteur-riche-s et des publics. Le travail du-de la médiateur-riche en santé s'inscrit au sein d'une structure porteuse, en relation avec une équipe et des partenaires [41]. »

Le Collectif pour la promotion de la médiation en santé se positionne pour la reconnaissance et la sécurisation professionnelle du métier de médiateur-riche en santé [42]. De même, la HAS considère que la reconnaissance des acteur-riche-s et un financement adapté sont nécessaires au déploiement de la médiation en santé [29].

Une étude réalisée dans la Haute Vallée de l'Aude<sup>13</sup> met en lumière la volonté des médecins de pouvoir communiquer avec le-la médiateur-riche et échanger sur les situations. Cette pratique est un soutien pour les médecins généralistes mais certain-e-s ont un a priori concernant l'intrusion du-de la médiateur-riche dans la relation médecin-patient-e. L'étude recommande d'améliorer la relation médecin-médiateur-riche en santé [43].

Une évaluation de la médiation en santé mise en place dans la Case de santé de Toulouse soulignait que le travail des médiateur-riche-s en santé s'ancrait dans une posture professionnelle fondée sur les critères éthiques de l'accompagnement des personnes : « l'aller-vers » et « le faire avec », en y adjoignant le « être avec » et le « faire ensemble ». La médiation vise à répondre aux besoins exprimés par les personnes. Cet « accompagnement-maintien » à dominante sociale, sanitaire et relationnelle assure une présence et un soutien inconditionnel à des publics en situation de précarité, basé sur la construction d'une relation de confiance interper-

sonnelle et la capacité des médiateur-riche-s à résoudre leurs difficultés d'accès à la santé et au droit commun [44].

### *Dispositifs d'aller-vers*

La HAS définit la démarche d'aller-vers à travers deux composantes : « 1/ le déplacement physique, « hors les murs », d'une part vers les lieux fréquentés par la personne vulnérable et d'autre part vers les professionnel-le-s de santé/institutions ; 2/ l'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect [41]. »

De nombreux dispositifs territorialisés d'aller-vers dans le champ médico-psycho-social existent, mais ne sont pas toujours optimaux, parmi lesquels à Metz :

- Une équipe mobile relevant du dispositif Lits halte soins santé (LHSS) permettant le repérage, la coordination de parcours, l'orientation vers le système de santé de droit commun, la réalisation de premiers soins et de bilans de santé auprès des personnes à la rue ou hébergées.
- Une équipe spécialisée de soins infirmiers précarité (ESSIP) permettant d'aller vers les personnes en situation de précarité et de leur prodiguer des soins infirmiers, d'organiser puis formaliser leur parcours de soins, de participer à l'organisation et à la mise en œuvre d'actions collectives de promotion de la santé et d'accès aux soins.
- L'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) qui permet la prise en charge les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion sociale en souffrance psychique.
- L'équipe mobile d'appui médico-social (EMAMS) qui prévient les ruptures de parcours des adultes en situation de handicap.

**Les résultats de l'enquête ont montré de multiples difficultés rencontrées par les professionnel-le-s de santé dans la prise en charge des personnes en situation de précarité. Certaines difficultés sont d'ailleurs communes à celles rencontrées par les personnes en situation de précarité concernant l'accès aux droits de santé et aux soins. La littérature fait état d'un nombre important de solutions potentielles pouvant répondre à bon nombre de ces difficultés et la majorité de ces solutions sont pertinentes pour le développement du volet santé de la plateforme d'accueil et d'accompagnement médico-psycho-social afin d'optimiser la qualité de sa mise en œuvre.**

<sup>13</sup> Étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisée en 2019 auprès de 12 médecins de la Haute Vallée de l'Aude

# LIMITES

## ÉCHANTILLONNAGE

La principale difficulté rencontrée concernant l'échantillonnage est la significativité et la représentativité des différentes professions de santé. En effet, l'échantillon obtenu ne correspond pas tout à fait à l'échantillon prévisionnel. Cela peut s'expliquer par le fait que le questionnaire a été envoyé par email et que les professionnel-le-s de santé pouvaient répondre au questionnaire sur la base du volontariat. Par ailleurs, du fait que la réponse au questionnaire était volontaire, nous pouvons supposer que ce sont des professionnel-le-s de santé sensibles à la thématique qui ont participé à l'étude. Le questionnaire ayant dû être raccourci pour maximiser le taux de réponse, nous n'avons pas l'information portant sur la proportion de patient-e-s en situation de précarité reçu-e-s par les professionnel-le-s de santé participant-e-s. Ainsi, il se peut que certain-e-s répondant-e-s ne soient pas beaucoup en lien avec des patient-e-s en situation de précarité, pouvant créer un biais dans les réponses.

## MODE ET OUTIL DE RECUEIL

De potentiels biais d'information sont à considérer dans cette étude. En effet, le questionnaire a dû être raccourci pour optimiser le nombre de réponses, en raison du manque de temps des professionnel-le-s de santé. De ce fait, de nombreuses informations qui auraient pu préciser davantage les résultats n'ont pas été collectées. Par ailleurs, le recueil de données était uniquement basé sur du déclaratif et des professionnel-le-s de santé ont pu répondre selon la désirabilité sociale. De même, des questions portaient sur des expériences passées et il est possible qu'il y ait eu des biais de mémorisation. Aussi, nous avons vu dans une autre étude que le repérage de la précarité pouvait parfois s'avérer difficile. Ainsi, peut-être que les réponses apportées par les professionnel-le-s de santé ne sont pas le reflet de l'ensemble de leurs patient-e-s en situation de précarité. Concernant le codage du questionnaire, une erreur est survenue à la question portant sur les informations souhaitées par les professionnel-le-s de santé pour les accompagner dans la prise en charge des personnes en situation de précarité. Cette erreur a dégradé l'analyse des réponses. Enfin, chaque question comportait une modalité « non-réponse » pour faire valoir le droit de refus des répondant-e-s (consentement éclairé de la personne).

## CHOIX MÉTHODOLOGIQUE

L'enquête relève uniquement d'une méthodologie quantitative. En complément, il aurait été intéressant de réaliser des entretiens qualitatifs, mais le temps et les moyens disponibles ne l'ont pas permis.



# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

À partir des différents constats établis, les perspectives étaient d'aller vers un point d'ancrage en centre-ville de Metz, avec un travail de coordination et de maillage territorial entre professionnel-le-s pour permettre une prise en charge globale de la personne, faciliter une démarche de médiation et faciliter l'autonomie des personnes dans leur parcours de santé et leur accès à l'ensemble des droits sociaux.

Les acteur-ric-e-s du RESAM et du CCAS ont réfléchi à la mise en place d'une plateforme d'accueil et d'accompagnement médico-psycho-social couvrant les champs de la santé, des droits, de l'alimentation, de l'hébergement et de l'éducation/apprentissage du français. Médecins du Monde, avec la PASS hospitalière, la CPTS et la CPAM, travaille plus particulièrement sur le développement du volet santé de cette plateforme et s'est fixé comme objectifs de 1) Renforcer la coordination des partenaires de santé pour permettre l'entrée dans le parcours de santé de droit commun des personnes en situation de précarité et 2) Renforcer l'accompagnement individualisé des personnes en situation de précarité en matière d'accès aux droits, à la prévention et aux soins pour favoriser leur autonomie.

Cette enquête, qui s'inscrit dans un processus d'identification des opportunités et barrières à la mise en place et au fonctionnement d'un réseau de santé de proximité en centre-ville de Metz, en 2023, visait plus spécifiquement à identifier les difficultés rencontrées par les professionnel-le-s de santé concernant la prise en charge des patient-e-s en situation de précarité ainsi que les besoins en accompagnement.

Au regard des difficultés rencontrées, on constate qu'elles sont multiples et variées. Elles sont principalement liées à la barrière de la langue, aux démarches administratives, aux difficultés de remboursement, aux situations médicales complexes, aux difficultés à établir un diagnostic, au manque de données sur les antécédents médicaux, à la difficulté de suivi du parcours de soins, à la faible connaissance des dispositifs sociaux qui induit une faible sollicitation et à un manque

de formation/information en lien avec les champs de la santé et la précarité.

Quant aux besoins en matière d'accompagnement, les professionnel-le-s de santé expriment une volonté de recevoir de l'information sur les thématiques inhérentes à la santé et la précarité. Les champs concernés sont multiples, mais ceux ayant suscité le plus d'intérêt sont l'accès aux droits de santé, le domaine de la femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et précarité, les dispositifs de lutte contre la précarité existants et l'usage de l'interprétariat. Les professionnel-le-s de santé expriment également le besoin d'avoir des interlocuteur-ric-e-s dédié-e-s pour l'accès aux soins et aux droits de santé, de travailler avec un réseau de soins et de travailleur-euse-s sociaux-ales et d'avoir une meilleure coordination des acteur-ric-e-s ainsi qu'une approche pluridisciplinaire. L'interprétariat, la médiation physique en santé et la mise à disposition de supports d'information à fournir aux patient-e-s sont également suggérés.

Ces conclusions confortent la nécessité de prendre en considération les difficultés rencontrées par les professionnel-le-s de santé pour le développement du projet de plateforme d'accueil et d'accompagnement médico-psycho-social. En effet, les professionnel-le-s de santé, et particulièrement ceux-celles de premier recours, ont un rôle-clé à jouer dans la prise en charge des patient-e-s en situation de précarité, et dans leur autonomisation vis-à-vis de leur parcours santé. Par ailleurs, l'une des attentes secondaires de cette enquête était de fédérer les acteur-ric-e-s autour de ce projet ce qui a fonctionné.

Les recommandations énoncées dans ce rapport émanent des résultats obtenus au travers de la présente enquête. Par ailleurs, elles se cantonnent aux leviers d'actions réalisables dans le cadre de la plateforme d'accueil et d'accompagnement médico-psycho-social, avec l'appui d'acteur-ric-e-s en présence travaillant également sur ces thématiques. À noter que ces recommandations vont continuer de s'enrichir à travers la co-construction du projet avec les partenaires.

### Démarches administratives

- Le parcours du·de la patient·e au sein du dispositif doit alléger la charge administrative des professionnel·le·s de santé (conventionnement avec la CPAM et la CPTS).
- Clarifier les droits de santé des patient·e·s et réunir les documents nécessaires en amont des consultations via les entretiens médico-sociaux.
- Partager les documents nécessaires via le DMP quand cela est possible, sinon via une messagerie sécurisée.

### Barrière de la langue

- Formation à l'usage de l'interprétariat professionnel (pertinence du recours à l'interprétariat professionnel, impact de la barrière de la langue sur le recours et la qualité des soins, charte de l'interprétariat professionnel en milieu médical et social, informations pratiques).
- Partager des fiches pratiques sur l'interprétariat sur place et par téléphone.
- Intégrer les secrétaires médicaux·ales et les agent·e·s d'accueil dans la formation.
- Questionner la·les langue·s parlée·s par les professionnel·le·s pour une meilleure orientation des patient·e·s.
- Questionner la·les langue·s du·de la patient·e avant orientation.

### Rémunération / problèmes de paiement

- Sécuriser le remboursement des professionnel·le·s de santé à travers le dispositif (suspension de la facturation durant l'ouverture des droits puis remboursement par la CPAM, sinon remboursement par une enveloppe dédiée de la CPTS).
- Mettre en place un mécanisme d'alerte en cas de retard de remboursement.

### Situations médicales complexes

- Accompagner les professionnel·le·s de santé pour collecter systématiquement des informations permettant de repérer les patient·e·s en situation de précarité.
- Intégrer le dispositif d'appui à la coordination au projet pour l'accompagnement des professionnel·le·s de santé dans la gestion des cas complexes.

### Difficultés à établir un diagnostic / manque de données sur les antécédents médicaux

- Collecter les renseignements médicaux lors de l'entretien médical en amont de l'orientation auprès des professionnel·le·s de santé avec consentement du·de la patient·e pour transmission des données.
- Structurer le DMP sur l'espace numérique suite à l'entretien médical, quand cela est possible.

### Suivi du parcours de soins

- Mobiliser un réseau de professionnel·le·s de santé.
- Utiliser le DMP et/ou une messagerie sécurisée pour faire de la coordination entre professionnel·le·s, après obtention du consentement du·de la patient·e pour le partage des données.
- Fournir aux professionnel·le·s de santé de la documentation à laisser aux patient·e·s sur le parcours de soins.
- Fournir aux professionnel·le·s de santé de la documentation à laisser aux patient·e·s avec les contacts de professionnel·le·s de santé de proximité (annuaire).
- Intégrer la médiation en santé si la situation du·de la patient·e le requiert.

### Faible connaissance et sollicitation des dispositifs sociaux

- Former / Informer les professionnel·le·s de santé sur les dispositifs sociaux existants.
- Créer un support type annuaire et carte présentant les différents dispositifs sociaux avec leurs contacts pour faciliter l'orientation des personnes par les professionnel·le·s de santé.

### Formations / Information

- Mettre en place des sessions d'information sur les champs identifiés.
- Mobiliser des acteur·rice·s du médico-social pour la tenue des sessions d'information afin de créer du lien entre les acteur·rice·s médicaux·ales et médico-sociaux·ales.
- Concevoir des fiches pratiques sur les champs identifiés pour être partagées avec les professionnel·le·s de santé.

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- [2] Organisation Mondiale de la Santé. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, <https://iris.who.int/handle/10665/349653>.
- [3] Joseph Wresinski. (1987). Rapport Grande pauvreté et précarité économique et sociale
- [4] Médecins du Monde. (2023). Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, Rapport d'observation annuel, <https://www.medecinsdumonde.org/actualite/rapport-2023-de-medecins-du-monde-nos-constats-pour-contrer-linstrumentalisation-de-laide-medecale-detat>.
- [5] Banque Mondiale. (2021). Espérance de vie à la naissance. 2021, <https://donnees.banquemonde.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>.
- [6] Observatoire des inégalités. (2020). Les inégalités d'espérance de vie entre les catégories sociales se maintiennent, <https://www.inegalites.fr/Les-inegalites-d-espérance-de-vie-entre-les-catégories-sociales-se-maintiennent>.
- [7] Santé Publique France. (2021). Les inégalités sociales et territoriales de santé, <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>.
- [8] Observatoire Régional de la Santé. (2016). Diagnostic Local de Santé de Metz, <https://ors-ge.org/documents/diagnostic-local-de-sante-de-metz>.
- [9] Agence Régionale de Santé Grand Est, Eurométropole de Metz. (2022). Contrat Local de Santé de l'Eurométropole de Metz 2022-2026, <https://www.calameo.com/read/004364224316892f6735c>.
- [10] Direction de la Recherche, des Études, de l'évaluation et des Statistiques. (2018). Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques des médecins généralistes, [https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/panel\\_mg\\_nat\\_PDF/2018\\_panel\\_mg\\_er1089.pdf](https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/panel_mg_nat_PDF/2018_panel_mg_er1089.pdf).
- [11] Cécile Matz Flye Sainte Marie. (2018). Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude quantitative par questionnaires, <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733834/document>.
- [12] Marion Gimenez Tessier. (2018). Vers une meilleure qualité des soins pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME) en Gironde : enquête qualitative par focus-groupes auprès des médecins généralistes des bénéficiaires de l'AME de Bordeaux Métropole, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01910361/document>.
- [13] Le Défenseur des droits et le Fonds CMU. (2016). les pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes, <https://www.defenseurdesdroits.fr/etude-des-pratiques-medicales-et-dentaires-entre-differenciation-et-discrimination-454>.
- [14] Mathilde Mantoux. (2020). Les médecins généralistes face aux inégalités sociales de la santé : Étude quantitative sur le recueil de la situation sociale des patients et les pratiques vis-à-vis des inégalités sociales de santé des médecins généralistes toulousains, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02920118v1/document>.
- [15] Christine Lemaire Lesoin. (2012). Représentations des médecins généralistes sur les inégalités sociales de santé : étude qualitative réalisée chez quinze médecins généralistes de la région avignonnaise, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00747831v1/document>.
- [16] Alice Liu. (2021). Répondre à la problématique sociale en consultation de médecine générale : étude qualitative par entretiens semi-dirigés, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03225489v1/document>.
- [17] Jean-Philippe Boul. (2018). Prise en charge médico-sociale des patients en situation de précarité dans les maisons de santé pluri-professionnelles de Bretagne, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01780622/document>.
- [18] Déborah Martin. (2021). L'accès aux soins des populations précaires et axes d'amélioration à l'officine, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03323048v1/document>.

- [19] Agathe Hervouet. (2022). La place de la sage-femme dans la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité : orientation des femmes enceintes et connaissance du réseau périnatal, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03615531/document>.
- [20] Chloé Cellier. (2020). Santé, grossesse et précarité : diagnostic partagé spécifique à la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité habitant les Quartiers Politique de la Ville de Metz en 2019/2020 : étude qualitative observationnelle, à visée diagnostique, évaluative et comparative par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs auprès des professionnels, de focus group auprès des femmes, réalisée entre décembre 2019 et avril 2020 à Metz; <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870507/document>.
- [21] Anne-Elise Morice. (2019). Évaluation d'un service d'interprétariat par visio conférence mis à disposition des médecins généralistes de Bordeaux : étude qualitative auprès des médecins et des patients expérimentateurs et enquête exploratoire sur le non-recours, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02394617v1>.
- [22] Agence Régionale de Santé Grand Est. (2018). Schéma Régional de Santé 2018-2023, [https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-06/05\\_20180618\\_PRS\\_2018-2028\\_GE\\_SRS\\_2018-2028.pdf](https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-06/05_20180618_PRS_2018-2028_GE_SRS_2018-2028.pdf).
- [23] Lola Tubery. (2022). Les déterminants influençant la prise en charge des patients en situation de précarité par les médecins généralistes du Sud de La Réunion, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03953429/document>.
- [24] Sabine Bertaux. (2019). Le binôme interprofessionnel médecin généraliste - travailleur social : une approche pédagogique innovante pour aborder les inégalités sociales de santé auprès des internes en DES de médecine générale, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02879265v1/document>.
- [25] Revue Médicale Suisse. (2009). Précarité et déterminants sociaux de la santé: quel(s) rôle(s) pour le médecin de premier recours?, <https://www.revmed.ch/revue-medecale-suisse/2009/revue-medecale-suisse-199/precarite-et-determinants-sociaux-de-la-sante-quel-s-role-s-pour-le-medecin-de-premier-recours>.
- [26] Collège de la Médecine Générale. (2014). Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale?, [https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/doc\\_iss\\_02\\_04-1.pdf](https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/doc_iss_02_04-1.pdf).
- [27] Trudej BV, Martinière A, Etonno R, Reif C, Al. (2019). Scores de précarité en pratique clinique, [https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/scores\\_de\\_prekarite\\_en\\_pratique\\_clinique\\_314550/article.phtml?tab=texte](https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/scores_de_prekarite_en_pratique_clinique_314550/article.phtml?tab=texte).
- [28] Haute Autorité de Santé. (2017). Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat\\_dans\\_le\\_domaine\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_referentiel\\_de\\_competences....pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences....pdf).
- [29] Haute Autorité de Santé. (2017). Personnes vulnérables et éloignées du système de santé : s'appuyer sur les médiateurs et interprètes pour améliorer l'accès aux soins, [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2801473/fr/personnes-vulnerables-et-eloignees-du-systeme-de-sante-s-appuyer-sur-les-mediateurs-et-interpretres-pour-ameliorer-l-acces-aux-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801473/fr/personnes-vulnerables-et-eloignees-du-systeme-de-sante-s-appuyer-sur-les-mediateurs-et-interpretres-pour-ameliorer-l-acces-aux-soins).
- [30] Comede. (2023). Guide pratique pour les professionnel-le-s, <https://www.comede.org/guide-comede>.
- [31] Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Grand Est. (2020). Intervenir avec des personnes en situation de précarité : un cadre méthodologique, [https://www.ireps-grandest.fr/images/Nos\\_productions/cadre\\_methodo\\_praps\\_web.pdf](https://www.ireps-grandest.fr/images/Nos_productions/cadre_methodo_praps_web.pdf).
- [32] Haute Autorité de Santé. (2018). Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_coordination\\_mg\\_psy.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf).
- [33] Lucile Astar. (2017). Les réunions de concertation médico-psycho-sociale comme outil de prise en charge des personnes précaires : le regard des participants aux RCP du Réseau Périnatal Aquitaine, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01601498v1/document>.

- [34] Mina Lacolonge. (2022). Évaluation des attentes des professionnels médicaux et sociaux du territoire Sud-Lozère concernant la création d'un outil pour le partage des données sociales, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03788809v1/document>.
- [35] Agence Française de la Santé Numérique, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (2018). Echange et partage de données de santé, [https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media\\_entity/documents/ASIP\\_CNESA\\_RETEX\\_%C3%A9change%20et%20partage\\_VF.pdf](https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ASIP_CNESA_RETEX_%C3%A9change%20et%20partage_VF.pdf).
- [36] Ministère de la Santé et de la Prévention. CPTS : s'organiser sur un territoire pour renforcer les soins aux patients, <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-communaut%C3%A9s-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/cpts-s-organiser-sur-un-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients>.
- [37] Ministère de la Santé et de la Prévention. Tout comprendre des dispositifs d'appui à la coordination, <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/article/tout-comprendre-des-dispositifs-d-appui-a-la-coordination>.
- [38] Ministère de la Santé et de la Prévention. Ma santé 2022 : un engagement collectif, <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022>.
- [39] Assurance Maladie. (2023). Mise en place de 15 mesures pour réduire le temps administratif des médecins libéraux, <https://www.ameli.fr/moselle/exercice-coordonne/actualites/mise-en-place-de-15-mesures-pour-reduire-le-temps-administratif-des-medecins-liberaux>.
- [40] Fabien Gouyette. (2022). L'apport de l'assistant médical aux médecins généralistes : étude qualitative sur le territoire de l'Eure, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03998333v1/document>.
- [41] Haute Autorité de Santé. (2017). La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. 2017, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la\\_mediation\\_en\\_sante\\_pour\\_les\\_personnes\\_eloignees\\_des\\_systemes\\_de\\_preve....pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf).
- [42] Collectif pour la promotion de la médiation en santé (CPMS). (2022). Note de positionnement pour la reconnaissance et la sécurisation professionnelle du métier de médiateur-riche en santé, <https://www.romeurope.org/plaidoyer-mediation-sante>.
- [43] Marine Duforest. (2019). Évaluation par le médecin généraliste de la médiation en santé pour l'accès aux soins des populations précaires de la Haute Vallée de l'Aude : étude qualitative par entretiens semi dirigés, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02868069/document>.
- [44] Santé Publique France. (2022). La Santé en action, Juin 2022, n°460 La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention, <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2022-n-460-la-mediation-en-sante-un-nouveau-metier-pour-lever-les-obstacles-aux-parcours-de-soin-et-de-prevention>.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Répartition des professionnel·le-s de santé selon leur lieu d'exercice et leur profession

	Metz ville		Agglomération		Total	
	n	%	n	%	n	%
Infirmier·e	17	65 %	9	35 %	26	100 %
Médecin généraliste	6	32 %	13	68 %	19	100 %
Sage-femme	7	58 %	5	42 %	12	100 %
Orthophoniste	5	45 %	6	55 %	11	100 %
Médecin spécialiste	9	100 %	0	0 %	9	100 %
Kinésithérapeute	4	50 %	4	50 %	8	100 %
Pharmacien·ne	3	43 %	4	57 %	7	100 %
Chirurgien·ne-dentiste	3	75 %	1	25 %	4	100 %
Autre	3	75 %	1	25 %	4	100 %
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>57 %</b>	<b>43</b>	<b>43 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

## Annexe 2 : Part des professionnel·le-s de santé estimant avoir suffisamment de temps à consacrer à leurs patient·e-s, selon les professions de santé

	Suffisamment de temps		Pas suffisamment de temps		Ne souhaite pas répondre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Infirmier·e	10	38	16	62	0	0	26	100
Médecin généraliste	4	21	14	74	1	5	19	100
Sage-femme	10	83	2	17	0	0	12	100
Orthophoniste	6	55	5	45	0	0	11	100
Médecin spécialiste	6	67	3	33	0	0	9	100
<i>Pédiatre</i>	2	67	1	33	0	0	3	100
<i>Psychiatre</i>	1	50	1	50	0	0	2	100
<i>Dermatologue</i>	0	0	1	100	0	0	1	100
<i>Gynécologue</i>	1	100	0	0	0	0	1	100
<i>ORL</i>	1	100	0	0	0	0	1	100
<i>Chirurgien·ne plasticien·ne</i>	1	100	0	0	0	0	1	100
Kinésithérapeute	4	50	4	50	0	0	8	100
Pharmacien·ne	6	86	1	14	0	0	7	100
Chirurgien·ne-dentiste	3	75	1	25	0	0	4	100
Autre	3	75	1	25	0	0	4	100
<i>Psychologue</i>	0	0	1	100	0	0	1	100
<i>Ostéopathe</i>	1	100	0	0	0	0	1	100
<i>Diététicien·ne</i>	1	100	0	0	0	0	1	100
<i>Kinésiologue</i>	1	100	0	0	0	0	1	100

### Annexe 3 : Part des professionnel-le-s de santé estimant que la prise en charge d'une personne ayant des droits de santé spécifiques demande plus de temps, selon les professions de santé

	Demande plus de temps		Ne demande pas plus de temps		Ne souhaite pas répondre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Infirmier-e	13	50	12	46	1	4	26	100
Médecin généraliste	12	63	7	37	0	0	19	100
Sage-femme	5	42	7	58	0	0	12	100
Orthophoniste	2	18	8	73	1	9	11	100
Médecin spécialiste	3	33	6	67	0	0	9	100
Pédiatre	2	67	1	33	0	0	3	100
Psychiatre	0	0	2	100	0	0	2	100
Dermatologue	0	0	1	100	0	0	1	100
Gynécologue	0	0	1	100	0	0	1	100
ORL	0	0	1	100	0	0	1	100
Chirurgien-ne plasticien-ne	1	100	0	0	0	0	1	100
Kinésithérapeute	0	0	8	100	0	0	8	100
Pharmacien-ne	4	57	3	43	0	0	7	100
Chirurgien-ne-dentiste	2	50	2	50	0	0	4	100
Autre	1	25	2	50	1	25	4	100
Psychologue	1	100	0	0	0	0	1	100
Ostéopathe	0	0	1	100	0	0	1	100
Diététicien-ne	0	0	1	100	0	0	1	100
Kinésiologue	0	0	0	0	1	100	1	100

### Annexe 4 : Raisons pour lesquelles les professionnel-le-s de santé considèrent que la prise en charge de patient-e-s avec des droits type AME ou CSS demande plus de temps, selon les professions de santé.

	Démarches administratives		Barrière de la langue		Situations médicales plus complexes		Autre	
	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *
Infirmier-e	6	23	6	23	4	15	1	4
Médecin généraliste	5	26	5	26	3	16	1	5
Sage-femme	1	8	4	33	0	0	0	0
Orthophoniste	1	9	1	9	0	0	0	0
Médecin spécialiste	2	22	2	22	0	0	0	0
Pédiatre	1	33	1	33	1	33	0	0
Chirurgien.ne plasticien-ne	0	0	1	100	0	0	0	0
Pharmacien-ne	3	43	1	14	0	0	0	0
Chirurgien-ne-dentiste	2	50	0	0	0	0	0	0
Autre	0	0	1	25	1	25	0	0
Psychologue	0	0	1	100	1	100	0	0

\* Les pourcentages sont basés sur le nombre total de professionnel-le-s par type de profession

### Annexe 5 : Part des professionnel-le-s de santé ayant eu recours à des mécanismes d'interprétariat, selon les professions de santé.

	Recours à des mécanismes d'interprétariat		Pas de recours à des mécanismes d'interprétariat		Total	
	n	%	n	%	n	%
Infirmier-e	1	4	25	96	26	100
Médecin généraliste	10	53	9	47	19	100
Sage-femme	2	17	10	83	12	100
Orthophoniste	4	36	7	64	11	100
Médecin spécialiste	3	33	6	67	9	100
<i>Pédiatre</i>	1	33	2	67	3	100
<i>Psychiatre</i>	1	50	1	50	2	100
<i>Dermatologue</i>	0	0	1	100	1	100
<i>Gynécologue</i>	0	0	1	100	1	100
<i>ORL</i>	1	100	0	0	1	100
<i>Chirurgien-ne plasticien-ne</i>	0	0	1	100	1	100
Kinésithérapeute	2	25	6	75	8	100
Pharmacien.ne	2	29	5	71	7	100
Chirurgien-ne-dentiste	2	50	2	50	4	100
Autre	1	25	3	75	4	100
<i>Psychologue</i>	0	0	1	100	1	100
<i>Ostéopathe</i>	1	100	0	0	1	100
<i>Diététicien-ne</i>	0	0	1	100	1	100
<i>Kinésiologue</i>	0	0	1	100	1	100

### Annexe 6 : Dispositifs d'interprétariat utilisés par les professionnel-le-s de santé, selon les professions de santé.

	Application de traduction		Traducteurs présents		Traducteur par téléphone		ISM		Autre	
	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *
Infirmier-e	0	0	0	0	1	38	0	0	0	0
Médecin généraliste	6	32	3	16	0	0	1	5	0	0
Sage-femme	0	0	0	0	1	8	1	8	0	0
Orthophoniste	2	18	0	0	0	0	0	0	2	18
Médecin spécialiste	0	0	2	22	1	11	0	0	0	0
<i>Pédiatre</i>	0	0	0	0	1	33	0	0	0	0
<i>Psychiatre</i>	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0
<i>ORL</i>	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0
Kinésithérapeute	1	13	1	13	0	0	0	0	0	0
Pharmacien-ne	2	29	0	0	0	0	0	0	0	0
Chirurgien-ne-dentiste	0	0	2	50	0	0	0	0	0	0
Autre	1	25	1	25	0	0	0	0	0	0
<i>Ostéopathe</i>	1	100	1	100	0	0	0	0	0	0

\* Les pourcentages sont basés sur le nombre total de professionnel-le-s par type de profession





## Annexe 9 : Difficultés cliniques rencontrées selon les professions de santé

### *Infirmier·e·s*

Parmi les vingt-six infirmier·e·s interrogé·e·s, dix-sept n'ont pas répondu et un·e a répondu ne pas rencontrer de difficultés. Parallèlement, les autres infirmier·e·s interrogé·e·s ont mentionné le manque de connaissances sur les antécédents médicaux et le suivi médical du·de la patient·e, la baisse de l'état générale, la nutrition, le défaut d'hydratation, l'évaluation de la douleur difficile et l'hygiène de l'environnement, le fait de ne pas avoir de médecin traitant·e, le fait que les personnes ont besoin d'une prise en charge multi professionnelle et l'approvisionnement en thérapeutique (notamment pour les PST). Les troubles cognitifs et syndromes dépressifs ont aussi été mentionnés, ainsi que les addictions (alcool ou drogue).

### *Médecins généralistes*

Parmi les dix-neuf médecins généralistes interrogé·e·s, onze n'ont pas répondu et deux ont déclaré ne pas rencontrer de difficultés. Parallèlement, les autres ont mentionné le manque de données médicales sur les antécédents, le statut vaccinal inconnu, des pathologies différentes de celles rencontrées habituellement, le refus d'être examiné par une femme, des difficultés pour se déshabiller ou accepter certains gestes médicaux (ex : examens gynécologiques), la pédiatrie, des entretiens difficiles ou encore les addictions.

### *Sages-femmes*

Parmi les douze sages-femmes interrogé·e·s, deux n'ont pas répondu et deux ont déclaré ne pas rencontrer de difficultés, dont un·e car un·e accompagnant·e est présent·e lors des consultations. Parallèlement, les autres ont mentionné le consentement, la compréhension et l'acceptation des actes posés, le peu de suivi ou le suivi médical incomplet, l'absence de résultats biologiques ou examens complémentaires déjà réalisés, le manque d'information sur les antécédents à cause des barrières linguistiques et d'informations non communiquées ainsi que les déséquilibres alimentaires, les addictions, les troubles psychologiques et les antécédents traumatiques.

### *Orthophonistes*

Parmi les onze orthophonistes interrogé·e·s, quatre n'ont pas répondu. Les autres ont évoqué l'allophonie et la rééducation du langage dans une autre langue, les difficultés de communication et de compréhension,

notamment des conseils, les difficultés à reprendre les choses au domicile où la partie de la rééducation à la charge des familles est parfois difficile à mettre en place de manière régulière et efficace, les difficultés pour le·la patient·e à prendre contact avec d'autres professionnel·le·s si nécessaire, les difficultés à recueillir les attentes et à les prendre en compte dans l'accompagnement ainsi que le manque d'accès à certains matériels (ex : imprimante, matériel adapté, etc.).

### *Médecins spécialistes*

Parmi les neuf médecins spécialistes interrogé·e·s, cinq n'ont pas répondu. Les autres ont mentionné la barrière linguistique et les difficultés à formaliser un suivi en cas de pathologie chronique, la compréhension de la maladie ou de leur état, l'anamnèse ou encore l'absence de compliance.

### *Kinésithérapeutes*

Parmi les huit kinésithérapeutes interrogé·e·s, cinq n'ont pas répondu et un·e a répondu ne pas avoir de difficultés. Les autres ont évoqué l'évaluation de l'intensité des douleurs ainsi que la compréhension et la verbalisation des symptômes.

### *Pharmacien·ne·s*

Parmi les sept pharmaciens·ne·s interrogé·e·s, cinq n'ont pas répondu. Les autres ont mentionné les renseignements sur la pathologie ou les autres traitements en cours ainsi que la barrière du conjoint qui est réticent sur le fait que son épouse soit examinée.

### *Dentistes*

Parmi les quatre dentistes interrogé·e·s, trois n'ont pas répondu et le quatrième a déclaré la mauvaise connaissance du dossier médical.

### *Autres spécialités*

Le·la diététicien·ne a mentionné le fait de ne pas pouvoir faire de suivi. L'ostéopathe a évoqué le manque de compréhension (parfois), la difficulté d'investissement du·de la patient·e du fait du coût et la difficulté d'avoir un diagnostic de départ. Enfin, le·la psychologue a évoqué l'intrication entre les problématiques psychiques et sociales ou administratives sur lesquelles le·la soignant·e ne peut pas agir.

## Annexe 10 : Difficultés non cliniques rencontrées selon les professions de santé

### *Infirmier-e-s*

Parmi les vingt-six infirmier-e-s interrogé-e-s, onze n'ont pas répondu. Parmi les autres, sept ont mentionné les difficultés linguistiques, quatre les démarches administratives et deux les difficultés d'accès aux droits. Les domiciles parfois mal adaptés ou insalubres ont également été mentionnés, tout comme la faible correspondance avec les services sociaux, l'accès aux informations et le fait qu'il puisse être difficile de trouver un-e patient-e en sortie d'hospitalisation quand il est domicilié dans une structure type CCAS.

### *Médecins généralistes*

Parmi les dix-neuf médecins généralistes interrogé-e-s, dix n'ont pas répondu. Quatre répondant-e-s ont mentionné les difficultés linguistiques, deux ont mentionné l'absence de pièces administratives ou pièces non conformes (pièces d'identité), deux ont mentionné une forte exigence des patient-e-s et deux ont mentionné la prise de rendez-vous par un intermédiaire. Furent également mentionnés les démarches administratives, l'absence ou la non mise à jour de la carte vitale ou de l'attestation de droits de santé, l'incompréhension du système de santé et l'agressivité.

### *Sages-femmes*

Parmi les douze sages-femmes interrogé-e-s, un-e n'a pas répondu. Quatre répondant-e-s ont mentionné les difficultés linguistiques, trois les difficultés de paiement ou de remboursement et deux l'accès aux soins des patient-e-s n'ayant pas de droits. L'absence de dossier médical et de suivi, l'observance des rendez-vous (à domicile comme en cabinet), la prise de rendez-vous pour des examens complémentaires, la difficulté à transmettre des explications, le suivi des consignes ainsi que les équipements furent également mentionnés.

### *Orthophonistes*

Parmi les onze orthophonistes interrogé-e-s, quatre n'ont pas répondu. Trois des répondant-e-s ont mentionné l'assiduité du suivi, trois ont mentionné le règlement ou remboursement des séances et deux les difficultés administratives. Les demandes de documents supplémentaires comme les attestations de suivi furent également mentionnées.

### *Médecins spécialistes*

Parmi les neuf médecins spécialistes interrogé-e-s, quatre n'ont pas répondu. Quatre ont mentionné les difficultés linguistiques. Furent également mentionnés le règlement des consultations, la compréhension des explications et des prescriptions, les soins post-opératoires et la formalisation de suivi en cas de pathologie chroniques.

### *Kinésithérapeutes*

Parmi les huit kinésithérapeutes interrogé-e-s, deux n'ont pas répondu. Les difficultés linguistiques furent mentionnées par quatre répondant-e-s. L'observance des rendez-vous et le défaut de régularisation de paiement furent également mentionnés.

### *Pharmacien-ne-s*

Parmi les sept pharmacien-ne-s interrogé-e-s, quatre n'ont pas répondu. Les autres ont mentionné les difficultés linguistiques, les attestations de droits non à jour et le fait de ne pas pouvoir vérifier l'état de l'ouverture des droits sur Ameli.

### *Dentistes*

Parmi les quatre dentistes interrogé-e-s, deux ont mentionné les difficultés linguistiques. L'éducation à l'hygiène et l'administratif furent également mentionnés.

### *Autres spécialités*

Le-la diététicien-ne a mentionné l'arrêt de prise en charge pour les difficultés de paiement. L'ostéopathe a mentionné que certaines personnes ne viennent pas car, elles n'ont pas les moyens financiers étant donné que la pratique est hors système de la sécurité sociale. Il complète par le fait que les personnes en situation de précarité sont mal prises en charge, que le minimum est fait pour certains symptômes, au cas par cas, et que le suivi est morcelé à travers ce qui semble être une urgence priorisée en fonction des délais des praticiens. Enfin, le-la psychologue mentionne des visites à domicile difficiles dans certains foyers, la relation avec des familles en demande de certificat, des conditions de vie qui aggravent le problème de santé, le manque de lien avec les partenaires et l'insécurité administrative.

## Annexe 11 : Informations souhaitées par les professionnel-le-s de santé pour accompagner les personnes en situation de précarité selon les professions de santé

### INFIRMIER-E-S

	Choix unique (n = 23)		Choix multiple (n = 3)		Total (n = 26)	
	n	%	n	%	n	%
Accès aux droits de santé	6	26	3	100	9	35
Dispositifs de lutte contre la précarité	7	30	2	67	9	35
Usage de l'interprétariat	0	0	3	100	3	12
Femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et précarité	3	13	1	33	4	15
Addictologie	1	4	0	0	1	4
Outils de repérage de la précarité	0	0	2	67	2	8
Migration, errance et logement	0	0	1	33	1	4
Santé mentale, précarité et grande exclusion	0	0	2	67	2	8
Socio-anthropologie de la santé	0	0	2	67	2	8
Déterminants sociaux de la santé	3	13	2	67	5	19
Autre	0	0	1	33	1	4
Non-réponse	3	13	0	0	3	12

### MÉDECINS GÉNÉRALISTES

	Choix unique (n = 14)		Choix multiple (n = 5)		Total (n = 19)	
	n	%	n	%	n	%
Accès aux droits de santé	1	7	2	40	3	16
Dispositifs de lutte contre la précarité	1	7	4	80	5	26
Usage de l'interprétariat	2	14	1	20	3	16
Femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et précarité	0	0	2	40	2	11
Addictologie	1	7	1	20	2	11
Outils de repérage de la précarité	0	0	1	20	1	5
Migration, errance et logement	2	14	2	40	4	21
Santé mentale, précarité et grande exclusion	0	0	2	40	2	11
Socio-anthropologie de la santé	0	0	1	20	1	5
Déterminants sociaux de la santé	1	7	0	0	1	5
Autre	0	0	0	0	0	0
Non-réponse	6	43	1	20	7	37

### SAGE-FEMMES

	Choix unique (n = 3)		Choix multiple (n = 9)		Total (n = 12)	
	n	%	n	%	n	%
Accès aux droits de santé	0	0	7	78	7	58
Dispositifs de lutte contre la précarité	0	0	3	33	3	25
Usage de l'interprétariat	0	0	3	33	3	25
Femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et précarité	3	100	7	78	10	83
Addictologie	0	0	3	33	3	25
Outils de repérage de la précarité	0	0	2	22	2	17
Migration, errance et logement	0	0	1	11	1	8
Santé mentale, précarité et grande exclusion	0	0	4	44	4	33
Socio-anthropologie de la santé	0	0	2	22	2	17
Déterminants sociaux de la santé	0	0	3	33	3	25
Autre	0	0	0	0	0	0
Non-réponse	0	0	0	0	0	0

## ORTHOPHONISTES

	Choix unique (n = 9)		Choix multiple (n = 2)		Total (n = 12)	
	n	%	n	%	n	%
Accès aux droits de santé	2	22	1	50	3	25
Dispositifs de lutte contre la précarité	0	0	1	50	1	8
Usage de l'interprétariat	1	11	1	50	2	17
Femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et précarité	3	33	1	50	4	33
Addictologie	0	0	0	0	0	0
Outils de repérage de la précarité	1	11	2	100	3	25
Migration, errance et logement	1	11	1	50	2	17
Santé mentale, précarité et grande exclusion	0	0	0	0	0	0
Socio-anthropologie de la santé	0	0	0	0	0	0
Déterminants sociaux de la santé	0	0	0	0	0	0
Autre	0	0	0	0	0	0
Non-réponse	1	11	0	0	1	8

## MÉDECINS SPÉCIALISTES

	Choix unique (n=6)		Choix multiple (n=3)		Total (n=9)	
	n	%	n	%	n	%
Accès aux droits de santé	0	0	1	33	1	11
Dispositifs de lutte contre la précarité	0	0	1	33	1	11
Usage de l'interprétariat	2	33	1	33	3	33
Femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et précarité	0	0	1	33	1	11
Addictologie	0	0	0	0	0	0
Outils de repérage de la précarité	0	0	0	0	0	0
Migration, errance et logement	1	17	0	0	1	11
Santé mentale, précarité et grande exclusion	2	33	0	0	2	22
Socio-anthropologie de la santé	0	0	0	0	0	0
Déterminants sociaux de la santé	0	0	0	0	0	0
Autre	0	0	0	0	0	0
Non-réponse	1	17	0	0	1	11

— *Pédiatres* : usage de l'interprétariat (2) ; Accès aux droits de santé (1) ; Femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et précarité (1) ; Dispositifs de lutte contre la précarité (1).

— *Psychiatres* : Santé mentale, précarité et grande exclusion (2).

— *Dermato* : Migration, errance et logement (1).

— *ORL* : Usage de l'interprétariat (1).

— *Gynécologue* : Non-réponse (1).

## MÉDECINS SPÉCIALISTES

	Choix unique (n = 6)		Choix multiple (n = 3)		Total (n = 9)	
	n	%	n	%	n	%
Accès aux droits de santé	0	0	1	33	1	11
Dispositifs de lutte contre la précarité	0	0	1	33	1	11
Usage de l'interprétariat	2	33	1	33	3	33
Femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et précarité	0	0	1	33	1	11
Addictologie	0	0	0	0	0	0
Outils de repérage de la précarité	0	0	0	0	0	0
Migration, errance et logement	1	17	0	0	1	11
Santé mentale, précarité et grande exclusion	2	33	0	0	2	22
Socio-anthropologie de la santé	0	0	0	0	0	0
Déterminants sociaux de la santé	0	0	0	0	0	0
Autre	0	0	0	0	0	0
Non-réponse	1	17	0	0	1	11

## KINÉSITHÉRAPEUTES

	Choix unique (n = 8)		Choix multiple (n = 0)		Total (n = 8)	
	n	%	n	%	n	%
Accès aux droits de santé	0	0	0	0	0	0
Dispositifs de lutte contre la précarité	3	38	0	0	3	38
Usage de l'interprétariat	1	13	0	0	1	13
Femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et précarité	0	0	0	0	0	0
Addictologie	2	25	0	0	2	25
Outils de repérage de la précarité	1	13	0	0	1	13
Migration, errance et logement	0	0	0	0	0	0
Santé mentale, précarité et grande exclusion	0	0	0	0	0	0
Socio-anthropologie de la santé	0	0	0	0	0	0
Déterminants sociaux de la santé	0	0	0	0	0	0
Autre	0	0	0	0	0	0
Non-réponse	1	13	0	0	1	13

## PHARMACIEN-NE-S

	Choix unique (n = 4)		Choix multiple (n = 3)		Total (n = 7)	
	n	%	n	%	n	%
Accès aux droits de santé	2	50	3	100	5	71
Dispositifs de lutte contre la précarité	1	25	1	33	2	29
Usage de l'interprétariat	0	0	0	0	0	0
Femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et précarité	0	0	2	67	2	29
Addictologie	0	0	1	33	1	14
Outils de repérage de la précarité	0	0	3	100	3	43
Migration, errance et logement	0	0	0	0	0	0
Santé mentale, précarité et grande exclusion	0	0	0	0	0	0
Socio-anthropologie de la santé	0	0	0	0	0	0
Déterminants sociaux de la santé	0	0	0	0	0	0
Autre	0	0	0	0	0	0
Non-réponse	1	25	0	0	1	14

## DENTISTES

	Choix unique (n = 3)		Choix multiple (n = 1)		Total (n = 4)	
	n	%	n	%	n	%
Accès aux droits de santé	0	0	1	100	1	25
Dispositifs de lutte contre la précarité	0	0	0	0	0	0
Usage de l'interprétariat	2	67	0	0	2	50
Femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et précarité	0	0	0	0	0	0
Addictologie	0	0	0	0	0	0
Outils de repérage de la précarité	0	0	0	0	0	0
Migration, errance et logement	0	0	0	0	0	0
Santé mentale, précarité et grande exclusion	0	0	0	0	0	0
Socio-anthropologie de la santé	0	0	0	0	0	0
Déterminants sociaux de la santé	0	0	0	0	0	0
Autre	0	0	0	0	0	0
Non-réponse	1	33	0	0	1	25

## AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

	Choix unique (n = 2)		Choix multiple (n = 2)		Total (n = 4)	
	n	%	n	%	n	%
Accès aux droits de santé	1	50	1	50	2	50
Dispositifs de lutte contre la précarité	0	0	0	0	0	0
Usage de l'interprétariat	0	0	1	50	1	25
Femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et précarité	0	0	2	100	2	50
Addictologie	0	0	1	50	1	25
Outils de repérage de la précarité	0	0	0	0	0	0
Migration, errance et logement	0	0	1	50	1	25
Santé mentale, précarité et grande exclusion	0	0	1	50	1	25
Socio-anthropologie de la santé	0	0	2	100	2	50
Déterminants sociaux de la santé	0	0	0	0	0	0
Autre	0	0	0	0	0	0
Non-réponse	1	50	0	0	1	25

— *Déticien-ne* : Accès aux droits de santé.

— *Kinésologue* : Socio-anthropologie de la santé ; Accès aux droits de santé ; Femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et précarité ; Addictologie.

— *Psychologue* : Femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et précarité ; Usage de l'interprétariat ; Santé mentale, précarité et grande exclusion ; Migration, errance et logement ; Socio-anthropologie de la santé.

— *Ostéopathe* : Non-réponse.

## Annexe 12 : Suggestions des professionnel-le-s de santé pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité selon les professions de santé

### *Infirmier-e-s (n = 5)*

- Avoir accès à un service de renseignement, un contact direct qui pourrait répondre à nos questions et nous diriger si besoin vers un-e professionnel-le plus spécialisé-e
- Documentations à laisser aux personnes avec des numéros de téléphone de professionnel-le-s de proximité
- Être formé ou informé des structures existantes pouvant être aidantes dans la prise en charge. Avoir une liste d'interlocuteur-ric-e-s dédié-e-s pouvant être des leviers d'accès aux soins, et que ces interlocuteur-ric-e-s soient joignables serait déjà un bon début. Que la prise en charge de patient-e-s relevant de l'AME ne soit pas synonyme de casse-tête administratif avec la CPAM
- Installation d'antenne relais
- Un-e interlocuteur-ric-e unique permettant au-à la soignant-e de consulter et de faire activer les droits sociaux des patient-e-s

### *Médecins généralistes (n = 6)*

- Avoir plus d'informations et de documents à donner aux patient-e-s en situation de précarité
- Formation soignant-e-s, réseau de soins
- Informer les professionnel-le-s de santé des dispositifs existants
- Possibilité de facturer les AME en mode dégradé sans envoyer les feuilles papier et de faire des déclarations médecin traitant-e
- Savoir où réorienter
- Un lieu dédié , un peu comme un dispensaire où on aurait le temps de les prendre en charge dans leur globalité car en consultation de médecine générale ce temps n' existe pas donc on va au plus urgent

### *Sages-femmes (n = 4)*

- Contact facilité entre services sociaux-PMI-tuteur et professionnel-le-s de santé
- Coordination en ville
- Screening
- Un réseau professionnel de travailleurs sociaux

### *Orthophonistes (n = 2)*

- Diffusion d'informations sur les possibles à tous les professionnel-le-s de santé
- Qu'ils-elles soient accompagné-e-s dans les rendez-vous

### *Médecins spécialistes (n = 3)*

- Accompagnement social et linguistique
- Échange facile avec les PMI, souvent injoignables, numéros directs dédiés aux médecins
- Importance de l'interrogatoire et de la communication

### *Kinésithérapeutes (n = 3)*

- Interprétariat
- Savoir comment aider au mieux ces personnes quand elles consultent, quels outils s'ils existent
- Un service de consultation pluri disciplinaire ouvert aux précaires et autres patient-e-s sans médecin traitant-e

### *Pharmacien-ne-s (n = 3)*

- Connaître les coordonnées des intervenants
- Des documents à jour : carte vitale + carte mutuelle à jour
- Une formation pour les équipes de professionnel-le-s de santé pour répondre au mieux aux situations difficiles face à des étrangers

### *Dentistes (n = 1)*

- Interprètes plus facilement disponibles

### *Autres spécialités (n = 3)*

- Diététicien-ne : Dispositif de prise en charge de frais diététiques
- Ostéopathe : Un même lieu ou chaque spécialité puisse exercer ou centraliser les différents diagnostics avec un cadre de santé à défaut d'un-e médecin organise le parcours de soin (pour de vrai , avec suivi, évaluation du résultat obtenu par rapport au résultat souhaité ou envisagé ) Bref du résultat espéré et obtenu plutôt qu'une dépenses de moyens pingpong. Obligation de moyens mais surtout pas d'obligation de résultats !
- Psychologue : Des services d'interprétariat professionnels pour accompagner en consultation, des antennes délocalisées de prévention et soutien en santé mentale que la mairie pourrait créer



## Annexe 13 : Outil de collecte des données

Bonjour et bienvenue sur ce questionnaire adressé aux professionnels de santé de l'Eurométropole de Metz. Médecins du Monde travaille actuellement sur la conception d'un projet qui vise à améliorer l'accès aux droits de santé et aux soins des personnes en situation de précarité. Nous réalisons une enquête sur les **difficultés de prise en charge des personnes en situation de précarité rencontrées par les professionnels de santé exerçant à Metz.**

### 1. Quelle est votre profession ?

Liste déroulante

- Médecin généraliste
- Médecin spécialiste
- Chirurgien-dentiste
- Infirmier.e
- Kinésithérapeute
- Sage-femme
- Orthophoniste
- Pharmacien.ne
- Professionnel.le de laboratoire
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne souhaite pas répondre

### 2. [Si question 1 = Médecin spécialiste] Quelle est votre spécialité ?

Liste déroulante

- Pneumologue
- Radiologue
- Cardiologue
- Pédiatre
- Dermatologue
- ORL
- Gynécologue
- Gastro-entérologue
- Psychiatre
- Ophtalmologue
- Rhumatologue
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne souhaite pas répondre

### 3. Dans quel quartier de Metz êtes-vous installé ?

Liste déroulante

- Metz Centre
- Queuleu-Plantières
- Bellecroix
- Nouvelle Ville
- Grange-aux-Bois
- Les Iles
- Borny
- Sablon
- Metz Nord
- Devant-les-Ponts
- Vallières
- Magny
- Agglomération de Metz
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne souhaite pas répondre

### 4. Estimez-vous avoir suffisamment de temps à consacrer à vos patients ?

Choix unique

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

### 5. Estimez-vous que prendre en charge une personne avec des droits particuliers type aide médicale de l'État (AME) ou complémentaire santé solidaire (CSS/ C2S/Ex-CMU) demande plus de temps ?

Choix unique

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

### 6. [Si question 5= Oui] Si oui, pourquoi cela demande plus de temps ?

Choix multiple

- Démarches administratives
- Barrière de la langue
- Situations médicales plus complexes
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne souhaite pas répondre

### 7. Connaissez-vous les dispositifs sociaux mis en place à Metz pour les personnes en situation de précarité ?

Choix unique

- Bien
- Peu
- Pas du tout
- Ne souhaite pas répondre

### 8. À quelle fréquence êtes-vous en contact avec les dispositifs sociaux de Metz face à des situation de précarité ?

Choix unique

- Toujours
- Parfois
- Jamais
- Ne souhaite pas répondre

**9. Avez-vous déjà eu recours à un mécanisme d'interprétariat linguistique lors de vos consultations ?**

*Choix unique*

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

**10. [Si question 9 = Oui] Si oui, via quel dispositif ?**

*Choix multiple*

- ISM (Inter Service Migrants)
- Application de traduction
- Traducteurs présents
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne souhaite pas répondre

**11. Quelles sont les difficultés cliniques que vous rencontrez pour la prise en charge des patients en situation de précarité ?**

*Choix multiple*

**12. Quelles sont les difficultés non cliniques que vous rencontrez pour la prise en charge des patients en situation de précarité ?**

*Choix multiple*

**13. Avez-vous déjà reçu des formations en lien avec la précarité ?**

*Choix unique*

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

**14. Quelles informations souhaiteriez-vous recevoir pour vous accompagner dans la prise en charge des personnes en situation de précarité ?**

*Choix multiple*

- Accès aux droits de santé
- Dispositifs de lutte contre la précarité
- Outils de repérage de la précarité
- Usage de l'interprétariat
- Socio-anthropologie de la santé
- Déterminants sociaux de la santé
- Santé mentale, précarité et grande exclusion
- Femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et précarité
- Migration, errance et logement
- Addictologie
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne souhaite pas répondre

**15. Que suggèreriez-vous pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité à Metz ?**

*Texte*

**16. Seriez-vous intéressé pour avoir davantage d'informations sur le réseau de santé de proximité ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

**17. [Si question 40 = Oui] Si oui, quel est votre nom ?**

*Texte*

**18. [Si question 40 = Oui] Si oui, quel est votre numéro de téléphone ?**

*Numérique*

**19. [Si question 40 = Oui] Si oui, quelle est votre adresse email ?**

*Texte*

**20. [Si question 40 = Oui] Comment préférez-vous être contacté ?**

- Téléphone
- Email
- Les deux
- Peu importe

Nous vous remercions grandement pour votre participation à cette étude qui vise à dimensionner au mieux la mise en place d'un réseau de santé de proximité pour améliorer la prise en charge médico-sociale des personnes en situation de précarité.

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous pouvez retirer votre consentement à tout moment et vous bénéficiez, dans les limites et conditions fixées par ces réglementations, de droits d'accès, d'information, de rectification, d'opposition, de portabilité, d'effacement de vos données ou de limitation du traitement. Pour plus d'informations sur vos droits, consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr). Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données : 84 Av. du Président Wilson, 93210 Saint-Denis / [dpo-mdm@medecinsdumonde-net](mailto:dpo-mdm@medecinsdumonde-net).

Une session d'échange autour du projet aura lieu en mars/avril 2023 et les résultats de cette étude vous seront présentés. Si vous avez la moindre question d'ici-là, n'hésitez pas à contacter XXX à l'adresse suivante XXX ou au XXX.

## Annexe 14 : Communication affichée au Congrès de la Société Française de Santé Publique

# Réseau de santé pour les personnes en situation de précarité : Enquête auprès des professionnels de santé à Metz



M. Janvier (1), C. Orsolié (1), N. Drouot (1), A. Prochasson (2)  
(1) Médecins du Monde – Metz, (2) Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de Metz et environs



## INTRODUCTION

Face au fractionnement des accompagnements des personnes en situation de précarité et aux difficultés d'accessibilité de l'offre de soins à Metz, Médecins du Monde contribue à développer un **projet multipartenarial de plateforme d'accueil et d'accompagnement médico-psycho-social**.

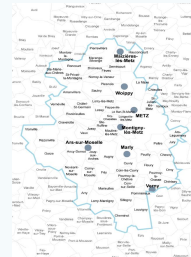
Il s'agit de créer un point d'ancrage en centre-ville intégrant un dispositif d'accès aux droits et aux soins de droit commun, quelle que soit la situation des personnes, doublé d'un maillage territorial entre professionnels de santé. Ce dispositif vise à permettre une **prise en charge globale** et faciliter l'**autonomie** des personnes dans leur parcours santé.

L'un des aspects du projet porte sur la constitution d'un **réseau de professionnels de santé libéraux**, coordonné et animé par la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de Metz et environs (CPTS).

**Objectif de l'étude** : identifier les difficultés de prise en charge des personnes en situation de précarité rencontrées par les professionnels de santé, ainsi que les besoins en termes d'accompagnement, à Metz, en 2023.

## MÉTHODOLOGIE

- Etude descriptive transversale
- Population source : Réseau de la CPTS de Metz et environs et de l'Ordre des sages-femmes
- 100 professionnels de santé répondants
- Toutes les professions de santé sont représentées à l'exception des laboratoires d'analyses médicales et des centres d'imagerie médicale



## RÉSULTATS

### DIFFICULTÉS RENCONTRÉES



### BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT



## CONCLUSION

Les éléments de l'enquête confirment les besoins des professionnels de santé en termes d'information, d'appui et de coordination sur les questions de précarité. Les données renforcent des pistes d'action telles que la **création de cycles d'information et de sensibilisation** sur des thématiques inhérentes à la précarité (dont l'interprétariat professionnel), l'**amélioration de la coordination** des acteurs médico-sociaux et le **recours au Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)** pour les situations complexes.

Les résultats contribuent également à de nouvelles pistes de réflexions telles que :

- **Intégrer des acteurs de la médiation en santé** dans la première phase de fonctionnement du dispositif \*
- **Collecter les renseignements médicaux en amont des consultations**, via l'entretien santé lors de l'entrée dans le dispositif et transmettre les informations aux professionnels de santé concernés (Dossier Médical Personnel, messagerie sécurisée, logiciel ad-hoc, etc. sous réserve du consentement du patient)
- **Sécuriser le paiement des professionnels de santé** pour les personnes dont les droits sont en cours d'ouverture (conventionnement avec la CPAM, recours via la CPTS, mécanisme d'alerte en cas de retard de paiement)
- Fournir aux professionnels de santé de la **documentation à laisser aux patients** sur le parcours santé, avec les contacts de professionnels et structures de proximité

\* Une seconde étude dont l'objectif était de connaître les difficultés et les attentes des personnes en situation de précarité concernant leur prise en charge et leur accompagnement en santé à Metz, en 2023, suggère les mêmes résultats



**SOIGNE AUSSI  
L'INJUSTICE**