

# Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale

## > Perceptions et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire

Interrogés au printemps 2017 dans le cadre du Panel des médecins généralistes libéraux, près d'un quart des praticiens ligériens considèrent exercer sur un territoire en situation de défavorisation sociale, et 16 % estiment qu'au moins un de leurs patients sur dix est vulnérable socialement.

Une large majorité (83 %) des médecins généralistes s'accordent à penser qu'il est de leur rôle de repérer systématiquement les personnes en situation de vulnérabilité sociale. À cet égard, 86 % des praticiens déclarent toujours ou souvent recueillir des informations relatives à la situation sociale de leurs nouveaux patients. Parmi eux, un peu plus de la moitié renseignent systématiquement ces informations dans le dossier médical.

Les réponses des médecins généralistes témoignent des multiples difficultés soulevées par la prise en charge des patients vulnérables socialement, complexité qui se traduit par un véritable sentiment d'impuissance exprimé par deux-tiers des praticiens. Plus de la moitié (52 %) ne se sentent en outre pas suffisamment formés pour la prise en charge de ces patients.

Malgré ces difficultés, la plupart (87 à 90 %) des praticiens considèrent avoir pour rôle d'adapter leur relation avec le patient et leur prise en charge biomédicale au contexte de vulnérabilité sociale. Ces proportions restent très élevées quels que soient le sexe, l'âge, la zone d'exercice (urbaine ou rurale, plutôt défavorisée ou non) et le mode d'exercice (seul ou en groupe) des médecins.

**L**e constat des inégalités sociales de santé est aujourd'hui largement documenté en France. De nombreux travaux épidémiologiques ont plus particulièrement mis en évidence l'état de santé moins favorable de populations présentant certains

facteurs de vulnérabilité<sup>1</sup> (encadré 1). De multiples raisons sont avancées, liées entre autres aux conditions matérielles de vie et à l'isolement, à la fréquence des comportements à risque pour la santé, mais aussi à un retard, voire un renoncement aux soins et à la prévention.

1- Bien qu'il ne fasse pas l'objet d'une définition consensuelle, le terme de vulnérabilité a pris une importance croissante dans l'action publique. Cette notion approche la question des fragilités associées "à certains âges de la vie (personnes âgées, adolescents en difficulté, etc.), au genre, à des problèmes physiopathologiques ou sociopsychologiques (obésité, troubles des comportements alimentaires, addictions, souffrance psychique, etc.), à des facteurs proprement sociaux, voire à des événements potentiellement traumatiques (maltraitance, accidents biographiques, etc.)"<sup>[1]</sup>.

2014 - 2016  
Pays de la Loire  
**Panel**  
en médecine générale

19  
mars 2019



L'exercice de premier recours confère aux médecins généralistes un rôle central dans le repérage des personnes vulnérables et l'adaptation de la prise en charge médicale et médico-sociale au contexte de vie de ces patients, dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé<sup>[2]</sup>. Ces missions s'avèrent néanmoins particulièrement complexes à mettre en œuvre dans la pratique quotidienne des médecins.

L'enquête menée entre mars et mai 2017 dans le cadre du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes apporte, dans ce contexte, un éclairage sur la manière dont les praticiens ligériens perçoivent actuellement leurs rôles et leurs difficultés dans la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité sociale. Ces résultats peuvent en outre être comparés avec la moyenne nationale et à ceux observés en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).

## 16 % des praticiens estiment qu'au moins un de leurs patients sur dix est en situation de vulnérabilité sociale

Un peu moins d'un quart (24 %) des médecins généralistes ligériens considèrent "exercer sur un territoire en situation de défavorisation sociale". Ils sont près d'un tiers au niveau national et en PACA (respectivement 32 % et 31 %). Les praticiens des grands pôles urbains et des communes à dominante rurale déclarent plus fréquemment que ceux des zones périurbaines exercer sur un territoire en situation de défavorisation sociale (respectivement 30 %, 23 % et 14 %), cet écart étant conforme

### Encadré 1 > Principaux facteurs de vulnérabilité en Pays de la Loire

Les facteurs familiaux, sociaux, culturels sont aujourd'hui bien identifiés comme des déterminants majeurs de l'état de santé de la population. Certains facteurs de fragilité jouent notamment un rôle important<sup>[3][4]</sup>.

En Pays de la Loire, la part des 18-24 ans ayant quitté le système scolaire sans diplôme présente de fortes disparités. Elle est significativement plus élevée dans les zones éloignées des aires urbaines, notamment dans la partie Est du Maine-et-Loire, en Sarthe, dans le Sud Vendée et au Nord de la Loire-Atlantique.

Le niveau de vie régional médian est proche de la moyenne métropolitaine. Les niveaux de vie plus élevés sont rencontrés dans les premières couronnes des grands pôles urbains et sur le littoral résidentiel. Les habitants des centres

des grandes villes ont un niveau de vie médian un peu plus faible en raison des inégalités de revenus marquées dans ces territoires. Les habitants des zones éloignées des aires urbaines ont un niveau de vie médian plus faible, en raison du moindre niveau des salaires (cadres sous-représentés).

En 2012, le taux de chômage régional est légèrement inférieur au taux national. Il est plus élevé dans les grandes villes, sur la partie Est du Maine-et-Loire et en Sarthe. Le littoral vendéen présente un taux de chômage élevé dû au caractère saisonnier de l'emploi.

La région présente un taux de pauvreté<sup>2</sup> parmi les plus faibles de France métropolitaine, cependant près de 390 000 Ligériens sont concernés par cette

situation. La pauvreté est plus importante en volume et en fréquence au sein des grandes villes, et dans certains secteurs : l'Est du Maine-et-Loire, le Nord de la Mayenne, le Sud Vendée. Le département de la Sarthe est le plus touché de la région. Les jeunes ligériens de moins de 30 ans sont les plus touchés par la pauvreté.

Le taux de familles monoparentales est en hausse depuis plusieurs décennies, mais reste inférieur à la moyenne nationale. Les taux les plus élevés sont rencontrés dans les pôles urbains et dans les zones éloignées de ces pôles.

L'isolement constitue un facteur de fragilité sociale important chez les personnes âgées. Actuellement, 40 % des Ligériens âgés de 80 ans et plus vivent seuls à leur domicile.

aux données sur le niveau de vie médian des habitants (encadré 1).

Parmi les praticiens déclarant exercer en territoire de défavorisation sociale, 11 % précisent que le contexte de vulnérabilité socioéconomique "a joué un rôle moteur dans leur choix d'installation", cette proportion étant similaire à celles observées au plan national et en PACA. Différents éléments peuvent participer à cette motivation précise d'installation : souhait de travailler plus particulièrement auprès de populations fragiles, mais aussi éligibilité à certaines aides

financières (comme l'exonération de charges fiscales et sociales en zones franches urbaines). Les intentions qui président au choix du lieu d'installation sont toutefois multifactorielles, d'autres raisons (professionnelles et extra-professionnelles) intervenant certainement de manière plus marquée que le contexte de vulnérabilité. Selon une récente étude de l'ARS Pays de la Loire sur les parcours professionnels des anciens étudiants de médecine d'Angers et de Nantes, près de 80 % des médecins

2 - Part de la population vivant sous le seuil de pauvreté fixé à 989 euros par mois et par unité de consommation en 2012.

généralistes libéraux installés dans la région indiquent notamment que la qualité d'accueil par les pairs est un facteur d'attractivité important lors de l'installation (contre 5 % s'agissant des aides financières)<sup>[5]</sup>.

Volontairement, l'enquête ne proposait pas de définition de la vulnérabilité sociale afin d'étudier les représentations des médecins généralistes dans ce domaine. Interrogés sur le dernier patient adulte vu en consultation et considéré en situation de vulnérabilité sociale, les praticiens évoquent le plus souvent, parmi une liste de sept critères proposés<sup>3</sup>, ceux d'ordre économique – "revenus insuffisants pour satisfaire les besoins primaires" (68 %), "difficultés liées à l'emploi" (59 %) – ainsi que la notion d'"isolement social" (65 %). Les personnes décrites cumulent le plus souvent ces difficultés, qui sont très corrélées entre elles : près des trois quarts des praticiens attribuent ainsi aux patients deux à quatre critères de vulnérabilité.

Les médecins généralistes ligériens se distinguent principalement de ceux de PACA et de la moyenne nationale par une moindre évocation du faible "niveau de maîtrise de la langue française" (respectivement 5 %, 17 % et 10 %) (encadré 2). Cette différence peut être rapprochée de la moindre présence de la population immigrée en Pays de la Loire (3,7 % en 2015 selon le recensement de la population Insee, contre 10,5 % en PACA et 9,3 % en France métropolitaine). Le fort dynamisme démographique régional, notamment en termes de population immigrée, laisse toutefois présager une réduction de ces écarts dans les années à venir<sup>[6]</sup>.

3 - Les médecins du groupe de lecture de l'URML ayant participé à la discussion des résultats considèrent que les différents critères proposés lors de l'enquête s'apparentent plus à des marqueurs de précarité, qu'à des marqueurs du "vulnérabilité" prise dans son acception large<sup>1</sup>.

### Encadré 2 > Accès des médecins libéraux des Pays de la Loire à un service d'interprétariat

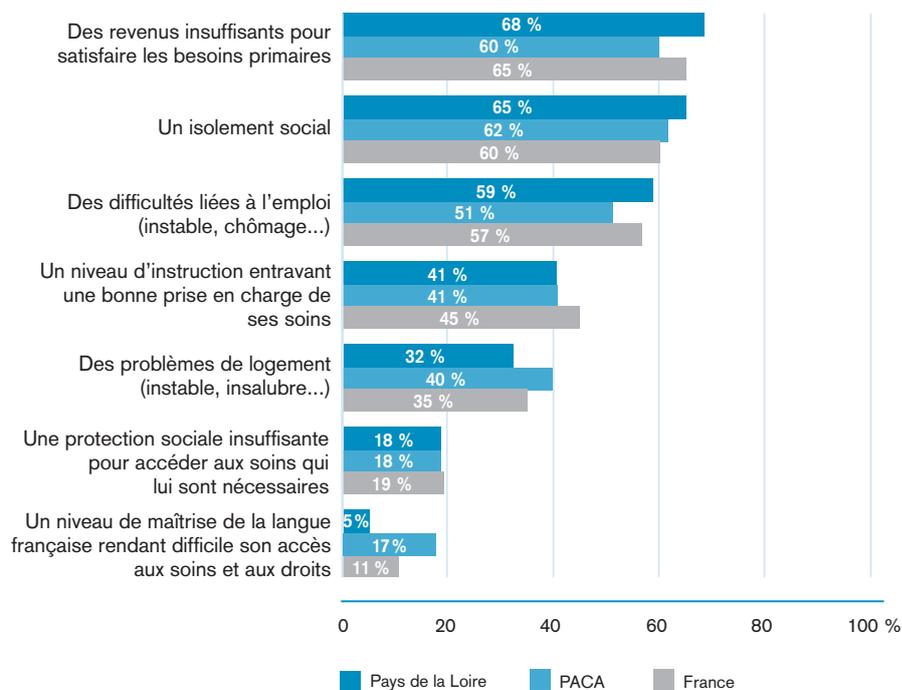
Les difficultés rencontrées par les soignants dans la prise en charge des personnes étrangères sont liées à de multiples facteurs : barrière de la langue, représentations différentes autour de la maladie, de la mort, de l'expression de certains symptômes... Ces difficultés peuvent entraîner des problèmes d'observance ou des erreurs dans la prise des traitements prescrits, des retards de prise en charge, voire des erreurs diagnostiques. Les interprètes professionnels

permettent, par leur action, d'établir une communication tant culturelle que linguistique, et de faciliter ainsi l'intégration des personnes étrangères dans le système de santé. Début 2017, l'URML a mis en place, avec le soutien financier de l'ARS Pays de la Loire, un service donnant accès à un interprétariat aux médecins généralistes libéraux pour faciliter la prise en charge des patients non francophones. Ce dispositif a été étendu en 2018 à toutes les

spécialités libérales<sup>[7] [8]</sup>. Un service d'interprétation téléphonique est ainsi proposé à l'ensemble des médecins libéraux de la région. Ce service est gratuit pour les médecins et les patients, et concerne tous types de consultations : premières consultations, urgences, cas complexes, prévention notamment hors permanence des soins ambulatoires. L'accès des médecins libéraux à ce service se fait par contact auprès de l'URML Pays de la Loire.

**FIG.1 Critères de vulnérabilité sociale identifiés par les médecins généralistes - Pays de la Loire**

Proportion de médecins généralistes déclarant que le dernier patient en situation de vulnérabilité sociale vu en consultation était concerné par... (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mars-mai 2017). ORS et URML Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees.

Près de la moitié (46 %) des praticiens estiment l'état de santé général du patient "médiocre" ou "mauvais". Pour une large majorité (83 %), les conditions de vie de ce patient ont un impact sur son état de santé.

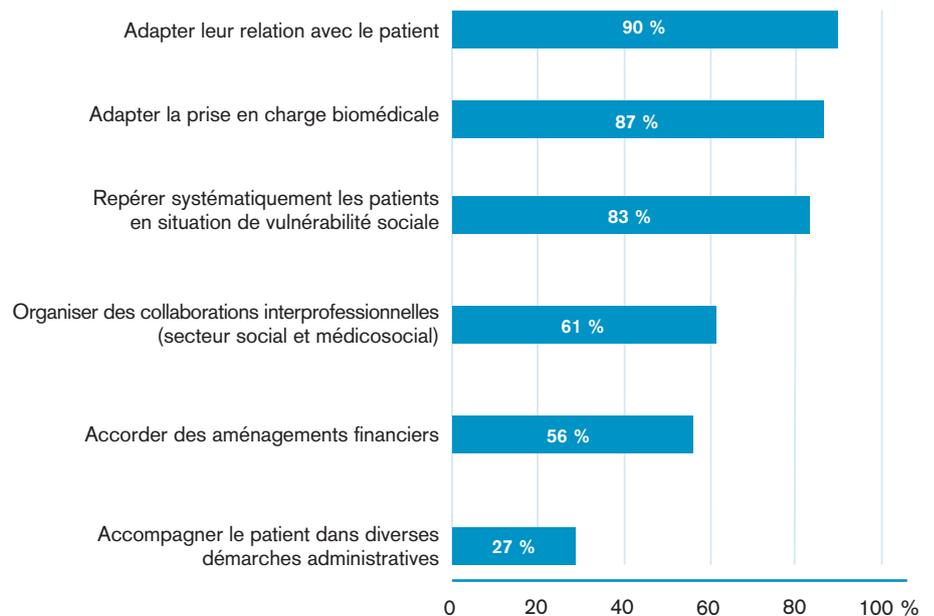
Sur l'ensemble de leur patientèle, 16 % des médecins généralistes ligériens (20 % au plan national et en PACA) estiment qu'au moins une personne sur dix est en situation de vulnérabilité sociale. Cette proportion est nettement plus importante chez les médecins femmes (25 %, contre 11 % parmi les hommes), exerçant en groupe ou maison de santé pluriprofessionnelle (20 %, contre 7 % parmi ceux exerçant seuls) et situés dans un grand pôle urbain (22 %, contre 14 % en zone périurbaine et 4 % dans les communes à dominante rurale). Elle est également, de manière attendue, nettement plus importante parmi les médecins déclarant exercer sur un territoire en situation de défavorisation sociale (42 %, contre 8 % parmi les autres praticiens).

### Près d'un praticien sur cinq exerce ou a exercé dans une structure dédiée à la prise en charge des publics vulnérables

Interrogés sur leur parcours professionnel, 19 % des médecins généralistes déclarent exercer ou avoir déjà exercé dans "une association à caractère social (Médecins du monde, Croix rouge, ...)", ou dans "une structure médicosociale (Permanence d'accès aux soins de santé - PASS, Centre médicosocial - CMS, Protection maternelle et infantile - PMI, Centre d'hébergement et de réinsertion sociale - CHRS...)"

**FIG.2** Opinions des médecins généralistes sur leur rôle dans la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité sociale - Pays de la Loire

Proportion de médecins généralistes déclarant qu'il est de leur rôle, pour une meilleure prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité sociale, de... (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mars-mai 2017). ORS et URML Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees.

Cette proportion, qui paraît élevée aux yeux des médecins du groupe de lecture de l'URML ayant participé à la discussion des résultats, ne diffère pas significativement de celles observées au plan national et en PACA (respectivement 22 % et 23 %). Elle pourrait en partie être liée à la réalisation de stages d'internat de médecine générale dans ce type de structure ou association. 42 % des praticiens indiquent en outre avoir été en contact, au cours de la dernière semaine, avec une structure sociale ou médicosociale pour la prise en charge de l'un de leurs patients, et 15 % se sont notamment vus adresser un patient par ce type de structure (proportions non différentes de celles observées au plan national et en PACA).

### Un rôle de repérage des patients vulnérables largement reconnu, mais un recueil d'informations dans le dossier médical non systématique

La connaissance de l'environnement social des patients constitue un préalable nécessaire à une prise en charge adaptée. La très grande majorité (83 %) des médecins généralistes ligériens considèrent à cet égard qu'il est de leur rôle de "repérer systématiquement les patients en situation de vulnérabilité sociale" (fig.2). Cette proportion est similaire à celles observées en moyenne au plan national et en PACA. Cette perception est d'autant plus fréquente que les praticiens estiment

être particulièrement confrontés aux populations vulnérables socialement : 93 % des médecins déclarant avoir au moins 10 % de leur patientèle en situation de vulnérabilité déclarent avoir un rôle de repérage systématique, contre 81 % parmi les autres praticiens.

Interrogés plus précisément sur leurs pratiques dans le cadre d'une consultation avec un nouveau patient adulte, 86 % des médecins généralistes déclarent *"toujours"* ou *"souvent recueillir des informations relatives à sa situation sociale (statut par rapport à l'emploi, conditions de logement, capacité de compréhension du français...)"*. Parmi ces médecins, plus de la moitié (53 %) indiquent systématiquement renseigner ces informations dans le dossier médical du patient, et 44 % le font quand ils le jugent nécessaire. Chez les praticiens qui n'effectuent *"jamais"* ou *"rarement"* ce recueil d'informations (14 %), la principale raison invoquée est le caractère trop intrusif (62 %), devant le manque de temps (41 %), le manque d'utilité et l'absence d'outil de repérage (24 %). À cet égard, les praticiens de l'URML ayant participé à la discussion des résultats confirment la diversité de leurs pratiques de prise en charge des nouveaux patients : certains indiquent consacrer des créneaux de première consultation plus longs afin notamment de recueillir systématiquement des informations sur la situation sociale, alors que d'autres expliquent que ce recueil intervient *"au fil de l'eau"* et aux moments qui leur paraissent plus opportuns aux décours des consultations ultérieures.

Plus de la moitié des médecins généralistes ligériens déclarent qu'ils seraient *"prêts à consacrer davantage de temps au relevé d'indicateurs de vulnérabilité sociale afin de compléter le dossier personnalisé de leurs patients"*.

### Encadré 3 > Guides d'accompagnement médico-psycho-social des personnes en situation de grande précarité en Pays de la Loire

La commission Précarité de l'URML Pays de la Loire a élaboré en 2017, en lien avec Médecins du monde, les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), la Coordination régionale des Caisses d'assurance maladie et l'ARS, des guides rassemblant des informations permettant d'aider les médecins généralistes à informer et prendre en charge les

populations en situation de "précarité sociale" (ce champ recouvrant la précarité financière, l'absence de couverture sociale, la précarité dans le logement, les personnes prises en charges pour une pathologie psychiatrique et/ou addictologique, et les personnes migrantes).

Ces documents proposent des informations sur les droits, aides et procédures

administratives, ainsi qu'un annuaire local des partenaires, associations et ressources.

Actuellement, deux guides sont proposés pour les praticiens de l'agglomération de Nantes et pour ceux de Maine-et-Loire<sup>[10]</sup> <sup>[11]</sup>. Ils sont téléchargeables sur le site internet de l'URML.

Les praticiens du groupe de lecture de l'URML précisent que, plus que le remplissage du dossier à proprement parler, c'est l'échange avec le patient qui prend un temps important. Cette proportion ne diffère pas selon si une incitation financière<sup>4</sup> leur est proposée en contrepartie (52 à 55 %) ou non (54 %).

### Neuf praticiens sur dix considèrent avoir pour rôle d'adapter leur relation et la prise en charge biomédicale dans les situations de vulnérabilité sociale

La plupart (90 %) des médecins généralistes ligériens s'accordent à penser qu'il est de leur rôle *"d'adapter leur relation avec un patient en situation de vulnérabilité sociale"* (fig.2). 87 % pensent en outre qu'il est de leur ressort *"d'adapter leur prise en charge biomédicale"*. Ces proportions restent très élevées quels que soient le sexe, l'âge, la zone d'exercice (urbaine ou rurale, plutôt défavorisée ou non) et le mode d'exercice (seul ou en groupe) des médecins.

Les praticiens apparaissent par contre plus partagés vis-à-vis de leur rôle dans *"l'organisation de collaborations interprofessionnelles (secteur social et médicosocial)"*. Moins de deux sur trois (61 %) se retrouvent en effet dans cette mission. Ce résultat pourrait traduire une certaine forme d'isolement ressenti par les professionnels dans ce domaine. À cet égard, 84 % des praticiens indiquent n'avoir que *"parfois"*, *"rarement"* ou *"jamais"* des *"contacts spécifiques avec d'autres professionnels de santé pour la prise en charge de patients en situation de vulnérabilité sociale"* (39 % n'en ont que *"rarement"* ou *"jamais"*).

Plus de la moitié (56 %) des médecins généralistes indiquent qu'il est de leur rôle *"d'accorder des aménagements financiers aux personnes en situation de vulnérabilité sociale"*. En pratique, 84 % des praticiens déclarent avoir *"souvent"* ou *"parfois"* accordé des aménagements de ce type à certains de leurs patients au cours du dernier mois, alors que parmi ces médecins 40 % considèrent que cela ne fait pas partie de leur rôle.

4 - Deux niveaux d'incitation financière étaient proposés : un montant annuel de 315€ (45 points valorisés à 7€) dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), et un montant de 700€ (100 points valorisés à 7€).

Un peu plus d'un quart (27 %) des médecins généralistes considèrent enfin devoir "accompagner le patient dans ses diverses démarches administratives". Les médecins du groupe de lecture de l'URML ayant participé à la discussion des résultats précisent que dans ce domaine le rôle du médecin généraliste n'est pas tant de réaliser les démarches avec les patients, que de les orienter vers la bonne structure ou personne ressource de leur réseau professionnel, au bon moment (encadré 3). À cet égard, le rôle d'accompagnement dans les démarches administratives est significativement plus reconnu parmi les praticiens qui ont "souvent" ou "parfois" des contacts spécifiques avec d'autres professionnels pour la prise

en charge de patients vulnérables (32 %) que chez les praticiens qui n'ont "jamais" ou "rarement" ce type de contacts (19 %).

Les médecins du groupe de lecture de l'URML évoquent en outre l'importance, en matière d'accompagnement des patients, de démarches type "médiation en santé"<sup>5</sup> visant à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes qui en sont éloignées. Un référentiel élaboré fin 2017 par la Haute autorité de santé (HAS) précise désormais les contours de ce type d'approche (compétences requises, socle minimal de formation pour l'exercice de la médiation en santé, bonnes pratiques à respecter)<sup>[9]</sup>.

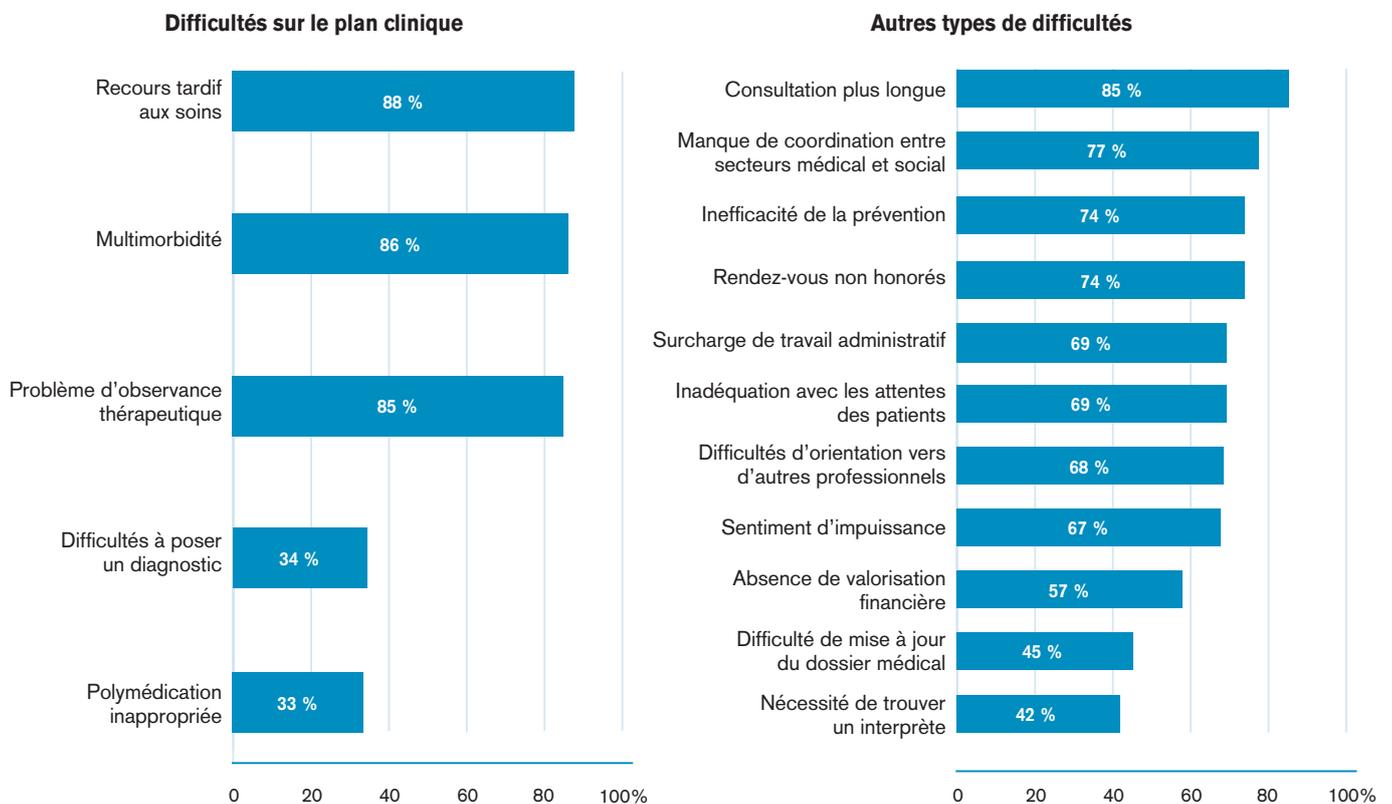
## Deux praticiens sur trois se sentent fréquemment impuissants face à leurs patients vulnérables socialement

Plus de la moitié (52 %) des médecins généralistes ligériens ne se sentent pas suffisamment formés pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale. Les principaux champs dans lesquels ces praticiens se sentent le moins bien armés sont "les domaines et possibilités d'intervention des travailleurs sociaux" (82 %) et "l'accès aux droits dans le système français" (80 %), ce constat illustrant

5 - Ce point n'a pas été abordé lors de l'enquête.

**FIG.3** Difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale - Pays de la Loire

Proportion de médecins généralistes déclarant, à propos de la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale, fréquemment rencontrer des difficultés liées... (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mars-mai 2017). ORS et URML Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees.

## Encadré 4 &gt; Inégalités sociales de santé dans les Pays de la Loire et en France

Les inégalités sociales de santé (ISS) font référence aux écarts de santé que l'on peut observer selon la position sociale. Ces écarts ne sont pas le produit du hasard ou de facteurs biologiques, mais résultent de l'impact sur l'état de santé de multiples déterminants socialement construits (comportements individuels, influences sociales, conditions de vie, de travail et environnementales, recours aux soins et à la prévention...), liés entre eux et qui se succèdent dès le plus jeune âge et se cumulent tout au long de la vie. Les ISS renvoient essentiellement au gradient continu de santé qui existe en fonction de la "catégorie sociale", appréhendée classiquement dans les travaux épidémiologiques par la triade niveau d'éducation / niveau de revenus / statut professionnel. Ce dernier comprend deux dimensions distinctes : la situation vis-à-vis de l'emploi et la profession (notamment selon la classification des groupes socioprofessionnels de l'Insee : ouvriers, employés, professions intermédiaires, cadres...). D'autres indicateurs, moins gradués, peuvent également être utilisés mais le champ d'étude des ISS est alors restreint à une population précise : statut vis-à-vis du seuil

de pauvreté, de la perception de minimas sociaux ou de la couverture du risque maladie...

Les ISS restent très marquées en France. La traduction la plus parlante de ces inégalités est l'écart d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles. En 2009-2013, les hommes cadres de 35 ans peuvent espérer vivre en moyenne six années de plus que les ouvriers. Cet écart est deux fois moins élevé parmi les femmes. Les enjeux autour des ISS sont aussi très présents dans la région, à tous les âges de la vie, et dans toutes les dimensions de la santé que peuvent recouvrir les inégalités<sup>[4] [12]</sup> :

- En termes de mode de vie, la prévalence du tabagisme et la part des Ligériens de 15-75 ans consommant quotidiennement de l'alcool et ayant une consommation à risque chronique (y compris de dépendance) sont plus élevées parmi les groupes sociaux les moins favorisés. Les problèmes de surcharge pondérale y sont également plus fréquents, et ce dès l'enfance : à 5-6 ans, 11 % des enfants d'ouvriers ou d'employés sont concernés contre 7 % pour les autres catégories socioprofessionnelles. Entre 15 et 75 ans, la prévalence

de l'obésité est deux fois plus importante chez les Ligériens ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat que chez ceux ayant un niveau supérieur.

- Le recours aux soins et à la prévention apparaît retardé et moins fréquent dans les groupes sociaux les moins favorisés, notamment chez les enfants en termes de santé buccodentaire, troubles de la vue et du langage. À 5-6 ans, 15 % des enfants ligériens d'ouvriers et d'employés présentent au moins une dent cariée (soignée ou non), 11 % ont une anomalie de la vision de loin non corrigée par des lunettes, et 13 % ont une élocution anormale, contre respectivement 8 %, 7 % et 8 % des enfants des autres catégories socioprofessionnelles. Chez l'adulte, les inégalités d'accès à la prévention sont particulièrement bien illustrées à l'échelle nationale par les différences de participation aux dépistages organisés de cancers (sein notamment).
- La prévalence de nombreuses maladies est augmentée dans les groupes sociaux les moins favorisés. Ce constat, qui porte aussi bien sur les affections métaboliques (diabète), cardiovasculaires, cancéreuses que sur la santé

mentale, est bien établi en France. Dans la région, il se retranscrit notamment dans la manière dont les Ligériens perçoivent leur état de santé : 88 % des diplômés de l'enseignement supérieur en ont une perception positive, contre 74 % parmi ceux ayant un niveau de diplôme inférieur au bac.

- Les inégalités concernent aussi les restrictions d'activité : les Ligériens ouvriers, employés et agriculteurs exploitants déclarent ainsi deux fois plus souvent que les autres (8 % vs 4 %) être fortement limités dans leurs activités habituelles à cause d'un problème de santé.

- Chez les personnes âgées, les conditions socio-économiques ont des intrications fortes avec la fragilité, qui reflète une diminution des capacités à répondre à des situations de stress (et exposant aux risques de perte d'autonomie, d'hospitalisation, de décès). Plusieurs études françaises montrent ainsi que les difficultés financières tout au long de la vie favorisent la fragilisation, ce processus s'accompagnant lui-même de nouvelles difficultés financières.

la nécessité de mise à disposition de guides de l'accompagnement médico-psycho-social tels que ceux proposés par l'URML (encadré 3). Les praticiens évoquent également majoritairement leur manque de formation sur "l'utilisation d'outils de repérage des patients en situation de vulnérabilité sociale" (73 %).

Les difficultés auxquelles se heurtent les médecins présentent de multiples facettes, et le plus souvent se cumulent. Une large majorité des praticiens indiquent

ainsi rencontrer de façon fréquente, lors de la prise en charge de patients vulnérables socialement, la plupart des 16 types de difficultés d'ordre clinique ou autre qui leur ont été exposés lors de l'enquête (fig.3).

Parmi les difficultés cliniques, les problèmes liés au recours tardif aux soins, aux défauts d'observance thérapeutique ainsi qu'à la multimorbidité sont principalement mis en avant, par plus de 85 % des praticiens. Parmi les autres types de difficultés fréquemment rencontrées,

la nécessité d'une consultation plus longue est la première évoquée par les médecins (85 %), devant le manque de coordination entre le secteur médical et le secteur social (77 %), l'inefficacité de la prévention (74 %) et les rendez-vous non honorés (74 %). Deux médecins généralistes sur trois indiquent ressentir fréquemment un véritable "sentiment d'impuissance" face aux patients vulnérables socialement, une perception nettement partagée par les médecins du groupe de lecture de l'URML.

Le caractère multidimensionnel de ces difficultés explique probablement pour partie le fait que le sentiment d'éprouver "plus de difficultés dans la prise en charge de patients en

situation de vulnérabilité sociale que pour celle de (leurs) autres patients" reste très majoritaire même parmi les praticiens qui indiquent se sentir suffisamment formés pour le suivi des

patients vulnérables (71 %, contre 83 % parmi les praticiens pensant ne pas être suffisamment formés).

## SOURCE DES DONNÉES

Les données présentées dans ce document ont été recueillies de mars à mai 2017 auprès d'un échantillon représentatif de 319 médecins généralistes (hors mode d'exercice particulier exclusif) des Pays de la Loire, dans le cadre de la cinquième vague d'enquête du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice.

Ce Panel associe un échantillon national (France métropolitaine) et trois échantillons régionaux (Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur, et Poitou-Charentes pour les vagues d'enquêtes 1 à 4). Il a été interrogé cinq fois sur la période 2014-2017, au rythme d'une enquête par semestre environ.

L'anonymat et le respect de la confidentialité des données sont garantis, conformément aux recommandations de la Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

L'ensemble des publications régionales déjà parues, le calendrier des résultats à paraître, ainsi que les questionnaires d'enquêtes sont disponibles sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com) et [urml-paysdelaloire.org](http://urml-paysdelaloire.org). La présentation générale du Panel et les résultats nationaux peuvent être consultés sur <https://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques>

## PARTENARIAT ET FINANCEMENT

Le Panel Pays de la Loire est porté par l'Observatoire régional de la santé (ORS) et l'Union régionale des professions de santé-médecins libéraux (URML). Il est mis en œuvre en partenariat avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère chargé de la santé, et les ORS et URML des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Poitou-Charentes.

En Pays de la Loire, ce projet est financé par la Drees, l'Agence régionale de santé (ARS) et l'URML.

Le questionnaire d'enquête a été élaboré par un groupe de travail composé de membres de l'ORS et URML Nouvelle Aquitaine, CPAM de Charente, ORS Provence-Alpes-

Côte d'Azur - UMR 912 SESSTIM, Drees, Irdes, Inserm, Université Paris-Est Créteil, et du Dr Denantes (médecin généraliste, Paris).

## AUTEURS

Cette étude a été réalisée par Claire Fesquet, Jean-François Buyck, Marie-Cécile Goupil, Anne Tallec (ORS Pays de la Loire) et Thomas Héroult (URML Pays de la Loire).

## REMERCIEMENTS

Merci à tous les médecins généralistes libéraux qui, à travers le temps qu'ils consacrent à ce Panel, contribuent à la connaissance des pratiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes de la région.

Aux médecins du groupe de lecture de l'URML (Drs Emmanuel Baudry, Maud Jourdain, Marie-Ange Lecomte, Marie Lugand et Marie Rocheteau) pour leur participation à l'interprétation des résultats.

## CITATION SUGGÉRÉE

ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2019). Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale. Perceptions et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. n° 19. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 8 p.

## BIBLIOGRAPHIE

[1] ANR, IReSP. (2013). Vulnérabilités sanitaires et sociales. Colloque organisé par l'Agence nationale de la recherche et l'Institut de recherche en santé publique. Paris, 14-15 novembre 2013. Ministère des affaires sociales et de la santé. 229 p.

[2] Collège de la médecine générale. (2014). Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? Recommandations. 32 p.

[3] ARS Pays de la Loire. (2017). Les déterminants de la santé en Pays de la Loire : contexte démographique, social et environnemental. 183 p.

[4] ARS Pays de la Loire, ORS Pays de la Loire. (2017). Projet régional de santé 2018-2022. La santé des habitants des Pays de la Loire, situation actuelle et éléments de prospective. Synthèse. 16 p.

[5] ARS Pays de la Loire. (2018). Activité et démographie des médecins généralistes en Pays de la Loire. 1 p. [Infographie].

[6] Besnard S, Manceau C. (2015). Situation récente des immigrés dans la région. *Insee Flash Pays Loire*. Insee Pays de la Loire. n° 22. 2 p.

[7] URML Pays de la Loire. Interprétariat professionnel. [En ligne]. <http://urml-paysdelaloire.org/interpretariat/interpretariat/>.

[8] URML Pays de la Loire. (s.d.). Interprétariat en médecine libérale en Pays de la Loire. Guide d'utilisation. 4 p. [brochure].

[9] HAS. (2017). La médiation en santé pour les personnes éloignées du système de prévention et de soins. 70 p.

[10] URML Pays de la Loire. (2017). Guide de l'accompagnement médico-psycho-social des personnes en situation de grande précarité par les médecins généralistes en région Pays de la Loire. Agglomération Nantaise. 66 p.

[11] URML Pays de la Loire, ARS Pays de la Loire, Médecins du Monde. Délégation Pays de la Loire, *et al.* (2018). Le médecin généraliste et la personne en grande précarité. Guide de l'accompagnement médico-psycho-social des personnes en situation de grande précarité par les médecins généralistes en région Pays de la Loire. Maine et Loire. Guide pratique. 86 p.

[12] ORS Pays de la Loire. (2017). La santé des habitants des Pays de la Loire. 303 p

## POUR EN SAVOIR PLUS

Pubert M, Giraud J, Pisarik J *et al.* (2018). Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques des médecins généralistes. *Études et résultats*. Drees. n° 1089. 8 p.

L'ORS et l'URML autorisent l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête sous réserve de mention des sources utilisées et de leur analyse par l'ORS et l'URML.

Cette publication est téléchargeable sur les sites internet [www.santepaysdelaloire.com/ors](http://www.santepaysdelaloire.com/ors) et [www.urml-paysdelaloire.fr](http://www.urml-paysdelaloire.fr)  
ORS - Tél. 02 51 86 05 60 - [accueil@orspaysdelaloire.com](mailto:accueil@orspaysdelaloire.com) • URML - Tél. 02 51 82 23 01 - [contact@urml-paysdelaloire.fr](mailto:contact@urml-paysdelaloire.fr)