

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

20 ans d'expertise au service des solidarités et de la santé
Drees
STATISTIQUE PUBLIQUE



OCTOBRE
2018
NUMÉRO
1089

Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques des médecins généralistes

En tant qu'acteurs clés du premier recours, les médecins généralistes ont un rôle central dans la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale. Ce rôle peut, cependant, s'avérer complexe car la prise en charge de ces patients soulève différents types de problèmes : des difficultés cliniques (notamment la fréquence de la multimorbidité), des durées de consultation plus importantes, une coordination souvent délicate avec les secteurs social et médico-social.

Malgré ces difficultés, plus de huit médecins généralistes sur dix estiment qu'il relève de leur rôle d'adapter leur relation au patient selon sa situation sociale, mais aussi de repérer les patients en situation de vulnérabilité sociale. Plus d'un médecin généraliste sur deux souhaiterait ainsi être mieux formé à la prise en charge de ces patients.

Par ailleurs, ces difficultés et ces besoins de formation semblent plutôt atténués par l'expérience que peut représenter une plus grande confrontation à la vulnérabilité sociale dans la patientèle.

Mélanie Pubert, Julien Giraud (ORS Nouvelle-Aquitaine), Jacques Pisarik, Hélène Chaput, Claire Marbot (DREES), Yann Videau, Éric Defebvre (Université Paris-Est Créteil Val de Marne), Jean-François Buyck (ORS Pays de la Loire), Fanny Jozancy (URPS-ML Provence-Alpes-Côte d'Azur), Pierre Verger (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur – UMR 912 SESSTIM)

PANEL D'OBSERVATION DREES
des pratiques et des conditions d'exercice ORS
en Médecine Générale URPS Médecins Libéraux

Par leur proximité avec le patient, les médecins généralistes sont bien placés pour établir une relation individuelle avec celui-ci (Bourgueil, 2012). Ils peuvent notamment proposer à leurs patients en situation de vulnérabilité sociale une prise en charge différenciée, en identifiant les obstacles potentiels au suivi du parcours de santé et les moyens de les surmonter (Mercer, 2007 ; Afrite, 2008). Le repérage par les médecins généralistes de ces situations devrait ainsi s'envisager comme une pratique systématique (Collège de la médecine générale, 2014). Cependant, les généralistes sont globalement peu formés à la nécessité de la prise en charge spécifique des patients en situation de précarité (Lemaire Lesoin, 2012 ; Denantes, 2009) et les difficultés concrètes déclarées sont multiples (durée des consultations plus longue, difficultés de communication, surcharge administrative...) [Ben Hammou, 2014]. L'enquête réalisée entre mars et mai 2017 dans le cadre du troisième panel national de médecins généralistes de ville (*encadré 1*) a interrogé ces derniers sur leurs représentations de la vulnérabilité sociale, leur rôle perçu dans la prise en charge de ces patients, les difficultés rencontrées, leurs relations professionnelles avec d'autres acteurs et leurs besoins en formation. Un module spécifique visait à examiner leur sensibilité

à des incitations financières pour recueillir des informations sur la situation sociale des patients (encadré 2).

Des difficultés de prise en charge accrues pour les patients en situation de vulnérabilité sociale

Les trois quarts des praticiens déclarent éprouver plus de difficultés pour la prise

en charge de leurs patients en situation de vulnérabilité sociale que leurs autres patients.

Parmi les difficultés cliniques que leur prise en charge occasionne, plus de huit répondants sur dix évoquent l'addition de problèmes de santé chez un même patient (multimorbidité, 86 %), la difficulté à suivre le traitement donné (observance thérapeutique, 84 %) et le recours aux soins tardif

(83 %) [graphique 1a]. Concernant les difficultés non cliniques, la durée de consultation plus longue est la première citée par les médecins (83 %) [graphique 1b]. Viennent ensuite principalement le manque de coordination entre le secteur médical et le secteur social (78 %), les obstacles à la prévention envers ces patients (75 %) et la surcharge de travail administratif (73 %). Ces résultats confirment ceux obtenus

ENCADRÉ 1

La cinquième vague du troisième panel de médecins généralistes libéraux

Le troisième panel national de médecins généralistes libéraux, doté de trois extensions régionales, a été mis en place en décembre 2013 grâce à un partenariat entre la DREES, les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les unions régionales des professions de santé-médecins libéraux (URPS-ML) de Poitou-Charentes, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. À raison d'une enquête par semestre, les médecins sont interrogés sur leur implication et leurs pratiques de prise en charge de divers problèmes de santé. Les données de la cinquième et dernière vague d'enquête, exploitées ici, portent sur la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale. Ces données ont été enrichies avec les informations issues des relevés individuels d'activité et de prescription (RIAP) des médecins, qui comprennent notamment des caractéristiques de leur patientèle comme la part de leurs patients qui bénéficient de la couverture maladie complémentaire (CMU-C).

Échantillonnage

La base de sondage est issue du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) qui recense l'ensemble des médecins ayant déclaré une activité à l'Ordre. Les médecins exclusivement salariés, ceux ayant des projets de cessation d'activité ou de déménagement à moins d'un an et ceux ayant un mode d'exercice particulier exclusif (homéopathie...) ont été exclus. L'échantillon national a été constitué par tirage aléatoire stratifié selon le sexe, l'âge, l'accessibilité potentielle localisée (APL)¹ au médecin généraliste et le volume d'activité du médecin. Des enquêteurs professionnels ont réalisé les entretiens par CATI (Computer Assisted Telephone Interview). Au total, 1 540 médecins de l'échantillon national et des suréchantillons régionaux ont été interrogés entre mars et mai 2017. Les analyses présentées ont été réalisées à partir du seul échantillon national, constitué de 994 praticiens. Les données ont été pondérées *ex post*, afin que l'échantillon national soit représentatif de l'ensemble des médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire français selon quatre variables de stratification (le sexe, l'âge, le volume de travail et la densité de médecins généralistes de leur commune d'exercice mesurée par l'indicateur d'APL).

Questionnaire

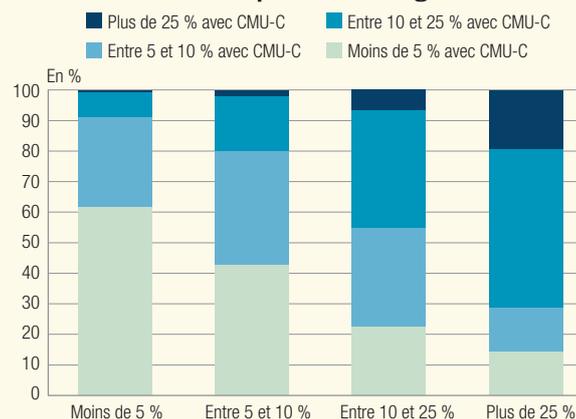
Le questionnaire abordait notamment :

- les représentations de la vulnérabilité sociale du médecin généraliste à travers l'évocation du dernier patient adulte vu en consultation et présentant selon lui de telles caractéristiques ;
- les modalités de prise en charge initiale d'un diabète afin de conduire à une perte de poids (question abordée à l'aide d'une vignette clinique, encadré 4) ;
- l'implication des médecins dans la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale (importance perçue par le médecin de son rôle, part estimée de la patientèle vulnérable et organisation du cabinet) ;
- les difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces patients et les besoins en formation ;
- le parcours professionnel et les relations professionnelles avec d'autres acteurs.

Le comité de vague avait fait le choix de ne pas orienter a priori les médecins généralistes par une définition donnée de la vulnérabilité sociale et, au contraire, de les laisser indiquer quelles dimensions en semblaient caractéristiques. Ce choix prolonge celui de mettre en avant la notion de vulnérabilité sociale, en insistant sur son caractère multidimensionnel et sur le fait qu'elle peut être un processus.

La part de patients en situation de vulnérabilité sociale estimée par le médecin généraliste augmente significativement avec la part effective de patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) parmi les patients du médecin généraliste (graphique ci-dessous), ce qui suggère une cohérence entre la perception de la vulnérabilité sociale de la patientèle du médecin et la part de patients présentant objectivement un critère de vulnérabilité sociale. Toutefois, 29 % des médecins généralistes estiment que plus d'un quart de leurs patients sont en situation de vulnérabilité sociale ont une patientèle composée de moins de 10 % de bénéficiaires de la CMU-C, ce qui indique que la perception de la vulnérabilité sociale ne peut se réduire uniquement au bénéfice de la CMU-C.

Part de bénéficiaires de la CMU-C dans la patientèle, selon la part de la patientèle perçue en situation de vulnérabilité sociale par le médecin généraliste



Note • Le pourcentage de non-réponses est inférieur à 0,5 % pour la part de la patientèle estimée en situation de vulnérabilité sociale par le médecin généraliste.

Lecture • Parmi les médecins généralistes estimant à moins de 5 % la part de leur patientèle en situation de vulnérabilité sociale, 62 % ont moins de 5 % de bénéficiaires de la CMU-C dans leur patientèle, 30 % entre 5 et 10 %, 8 % entre 10 et 25 % et moins de 1 % en ont plus de 25 %.

Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.

Sources • DREES, unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, mars 2017-mai 2017.

1. Indicateur de densité médicale qui tient compte du niveau d'activité des médecins (pour mesurer l'offre) et du taux de recours différencié par âge des habitants (pour mesurer la demande). Il est calculé au niveau de chaque commune en considérant également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes.

auparavant par de précédentes études (Ben Hammou, 2014 ; De Oliveira, 2015 et Flye Sainte-Marie, 2015).

Pour 55 % des médecins, les difficultés de prise en charge, à degré égal de vulnérabilité sociale, ne diffèrent pas selon que le patient est une femme ou un homme.

Un médecin sur cinq estime à plus de 10 % la part de sa patientèle vulnérable socialement

Les médecins enquêtés ont été questionnés sur la part de leur patientèle qu'ils estiment en situation de vulnérabilité sociale.

Volontairement, le questionnaire ne proposait pas de définition de la vulnérabilité sociale afin d'identifier les représentations des médecins généralistes. Un répondant sur cinq évalue cette part à plus de 10 %. Les médecins femmes sont plus souvent dans ce cas de figure (22 % contre 19 %

ENCADRÉ 2

Des incitations financières pour encourager le recueil d'informations sur la situation sociale des patients ?

Les médecins généralistes semblent considérer que l'évaluation du degré de vulnérabilité sociale de leurs patients est de nature à améliorer leur prise en charge : lors d'une consultation avec un nouveau patient, 85 % d'entre eux déclarent recueillir « toujours » ou « souvent » des informations liées à la situation sociale. Cependant, dans leur pratique quotidienne, les médecins seraient-ils prêts à consacrer davantage de temps au relevé d'indicateurs de vulnérabilité sociale ? Un versement dans le cadre de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) permettrait-il de les y inciter ? Pour le savoir, un schéma d'incitations financières parmi trois a été proposé aléatoirement à chaque médecin : absence de rémunération (scénario 1), rémunération annuelle dans le cadre de la ROSP pouvant atteindre 315 euros (scénario 2) ou 700 euros¹ (scénario 3). Les médecins non soumis à des incitations financières (scénario 1) sont 48 % à se dire prêts à passer plus de temps à repérer la vulnérabilité sociale de leurs

patients, alors que cette proportion atteint 54 % dans le scénario 2 et 59 % dans le scénario 3. Lorsque l'on tient compte des caractéristiques des médecins, qu'elles soient individuelles, liées à leurs patients ou à leur pratique², ces différences subsistent. Les médecins du scénario 2 ont en effet 1,3 fois³ plus de chances que ceux du scénario 1 de se déclarer prêts à passer plus de temps à repérer la vulnérabilité sociale de leurs patients et ceux du scénario 3, 1,7 fois⁴ plus.

Ces résultats suggèrent que des incitations financières dans le cadre de la ROSP pourraient améliorer le repérage des patients socialement vulnérables par leur médecin. Par ailleurs, cette propension au repérage est d'autant plus forte que le médecin est jeune (ceux de moins de 50 ans se déclarent significativement plus prêts à le faire que les autres) et qu'il exerce en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Le nombre annuel d'actes réalisés par le médecin et les caractéristiques de la patientèle n'ont pas d'effet statistiquement significatif.

1. Soit respectivement 45 et 100 points ROSP (valorisés à 7 euros).

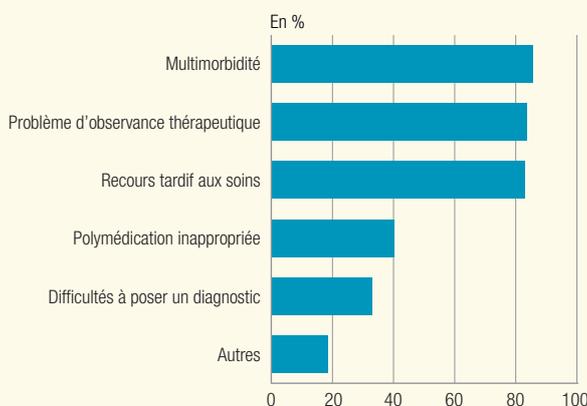
2. Ont été prises en compte comme variables de contrôle des caractéristiques individuelles (âge, sexe) et de pratique (fréquence de repérage de la situation sociale du patient, nombre d'actes réalisés par an) propres aux médecins, des caractéristiques du cabinet (exercice regroupé ou isolé, degré d'accessibilité) ainsi que des caractéristiques de la patientèle (âge, proportion de patients exonérés du ticket modérateur ou couverts par la CMU).

3. Significatif au seuil de 10 %.

4. Significatif au seuil de 1 %.

GRAPHIQUE 1 A

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



Note • Le pourcentage de non-réponses est inférieur à 1 % pour toutes les questions ci-dessus.

Lecture • 86 % des médecins généralistes déclarent rencontrer fréquemment des difficultés liées à la multimorbidité pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale.

Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.

Sources • DREES, unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, mars 2017-mai 2017.

GRAPHIQUE 1 B

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



Note • Le pourcentage de non-réponses est inférieur à 3 % pour toutes les questions ci-dessus.

Lecture • 82 % des médecins généralistes déclarent rencontrer fréquemment des difficultés liées à la plus grande durée de consultation pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale.

Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.

Sources • DREES, unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, mars 2017-mai 2017.

pour les hommes), ainsi que les médecins les plus jeunes (22 % pour les moins de 50 ans contre 17 % pour les plus de 58 ans), ceux réalisant le plus d'actes (23 %) et ceux exerçant à Paris (26 %).

Questionnés sur leur réseau et leur environnement professionnel, 43 % des praticiens ont déclaré avoir été en contact, au cours de la dernière semaine, avec une structure sociale ou médico-sociale pour la prise en charge de l'un de leurs patients.

Les médecins ont été interrogés sur le dernier patient adulte vu en consultation qu'ils considèrent en situation de vulnérabilité sociale. Le plus fréquemment, il s'agit d'un patient de sexe masculin (dans 57 % des cas), âgé de 45 à 59 ans (35 %), vu au cours de la dernière semaine (71 %) et suivi depuis moins de cinq ans (51 %).

Interrogés sur l'état de santé général de ce patient, 45 % l'ont jugé « médiocre » ou « mauvais ». Dès lors que le praticien n'est pas le médecin traitant de ce patient (11 % des cas), ce dernier est principalement venu de lui-même (66 %) et, dans plus de 2 cas sur 10, il a été adressé par un autre professionnel du soin ou une structure sociale.

Pour une large majorité des médecins (83 %), les conditions de vie de ce patient ont une incidence sur son état de santé. Sur les sept critères de vulnérabilité sociale proposés, trois sont majoritairement relevés par les praticiens : des revenus insuffisants pour satisfaire les besoins primaires ou ceux du ménage (67 %), un isolement social (61 %) et des difficultés liées à l'emploi (57 %).

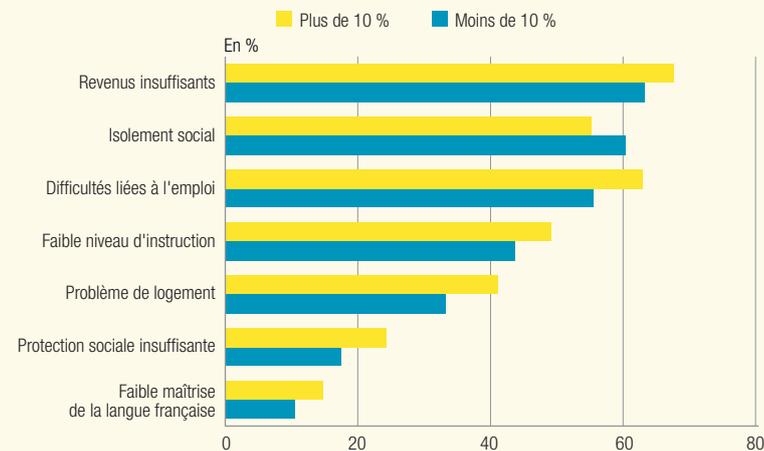
Le repérage de la vulnérabilité sociale semble donc reposer avant tout sur des critères économiques. Les praticiens estimant à plus de 10 % la part de leur patientèle en situation de vulnérabilité sociale identifient plus fréquemment les critères liés au problème du logement (41 % contre 33 % pour les autres médecins) et à l'insuffisance de la protection sociale (24 % contre 18 %) [graphique 2].

Neuf médecins sur dix estiment de leur rôle d'adapter la relation avec un patient en situation de vulnérabilité sociale

Une forte majorité des médecins généralistes (88 %) estiment qu'il est de leur rôle d'adapter leur relation avec un patient en situation de vulnérabilité sociale. De plus,

GRAPHIQUE 2

Critères de vulnérabilité sociale identifiés par le médecin généraliste chez le dernier patient vulnérable rencontré, selon la part de la patientèle vulnérable perçue



Note • Le pourcentage de non-réponses est inférieur à 2,5 % pour toutes les questions ci-dessus, à l'exception de l'insuffisance de revenus (4,5 % de non-réponses).

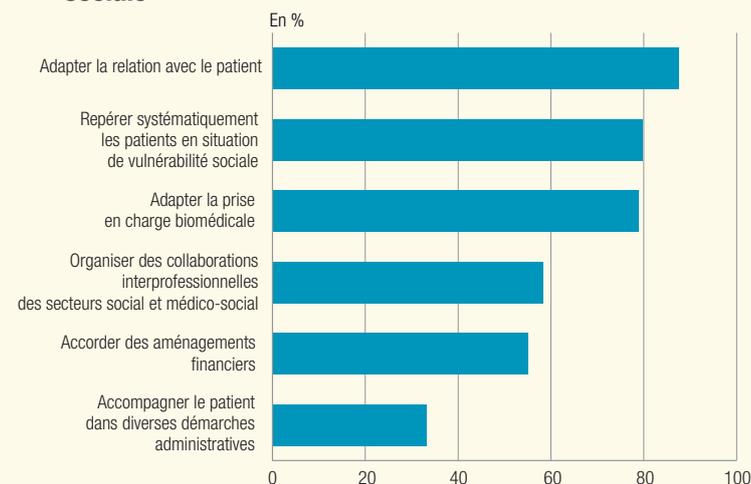
Lecture • Parmi les médecins généralistes estimant à plus de 10 % la part de leur patientèle en situation de vulnérabilité sociale, 68 % déclarent que le dernier patient vulnérable rencontré est concerné par des revenus insuffisants contre 63 % parmi les médecins estimant à moins de 10 % la part de cette patientèle.

Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.

Sources • DREES, unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, mars 2017-mai 2017.

GRAPHIQUE 3

Rôles perçus du médecin généraliste pour une meilleure prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale



Note • Le pourcentage de non-réponses est inférieur à 3 % pour toutes les questions ci-dessus.

Lecture • 88 % des médecins généralistes jugent que leur rôle est d'adapter leur relation avec leur patient.

Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.

Sources • DREES, unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, mars 2017-mai 2017.

huit médecins sur dix pensent qu'il est également de leur ressort d'adapter leur prise en charge biomédicale et de repérer

systématiquement les patients vulnérables. L'organisation de collaborations interprofessionnelles avec les secteurs social et

TABLEAU 1

Facteurs associés à un score élevé de perception du rôle du médecin généraliste pour une meilleure prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité sociale

	Score de l'importance du rôle global perçu supérieur au premier quartile OR (IC 95 %)
Recueil d'informations relatives à la situation sociale du patient	
Non	Référence
Oui	1.65** [1,13 ; 2,41]
Fonctions dans une structure de prise en charge de publics vulnérables	
Non	Référence
Oui	1.45* [1,06 ; 1,97]
Contacts avec une structure sociale ou médico-sociale	
Non	Référence
Oui	1.64** [1,22 ; 2,20]
Contacts avec d'autres professionnels de santé	
Non	Référence
Oui	1.69*** [1,27 ; 2,26]
Difficultés rencontrées	
Score ≤ 1 ^{er} quartile	Référence
Score > 1 ^{er} quartile	1.35* [1,02 ; 1,80]

Note • *Significativité au seuil de 5 %. **Significativité au seuil de 1 %. ***Significativité au seuil de 0,1 %.

OR : Odds Ratio. IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les variables constituant les scores sont détaillées dans l'encadré 3. La variable dépendante est le score utilisé sous forme dichotomique (supérieur au premier quartile comparé à inférieur ou égal au premier quartile). Les modèles estimés sont des modèles de régression logistique qui tiennent également compte de l'âge, du sexe, du nombre d'actes annuel des médecins, de la densité d'offre de médecins généralistes accessibles et de la part de patients bénéficiant de la CMU-C. Ces variables n'étant pas significatives dans les modèles multivariés, elles n'apparaissent pas dans le tableau. Le pourcentage de non-réponses est inférieur à 3 % pour toutes les questions constituant le score de rôle perçu.

Lecture • La probabilité d'avoir un score de rôle global supérieur au premier quartile est 1,65 fois plus élevée chez les médecins déclarant recueillir des informations relatives à la situation sociale d'un nouveau patient adulte que chez ceux déclarant ne pas le faire (référence).

Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.

Sources • DREES, unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, mars 2017-mai 2017.

ENCADRÉ 3

Méthodologie

1. Construction de deux scores multidimensionnels associés, d'une part, aux rôles et, d'autre part, aux difficultés déclarées par le généraliste

Concernant la perception par le médecin de l'importance de son rôle pour une meilleure prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité sociale, un score a été calculé à partir de 6 items, chaque item prenant la valeur 1 lorsque le médecin estime avoir un rôle à jouer et 0 dans le cas contraire. Le score a été créé en faisant la somme des différents items le constituant : les valeurs du score d'importance du rôle global vont de 0 à 6. De la même façon a été construit un score global de difficultés rencontrées fréquemment par les médecins pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale (composé de 18 items, il prend des valeurs comprises entre 0 et 18).

2. Analyse multivariée des rôles déclarés par le généraliste

Des analyses descriptives ont été réalisées pour déterminer les facteurs associés à l'importance accordée par les médecins à leur rôle d'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité sociale, mesurée par un score totalisant le nombre de rôles que s'attribue le médecin généraliste (variable dépendante). Puis des analyses de régression logistique ont modélisé le fait que le score soit supérieur au premier quartile (c'est-à-dire que le score figure parmi les trois quarts des valeurs les plus hautes). La liste des variables explicatives a systématiquement inclus les quatre variables utilisées pour la stratification du panel de médecins généralistes ; d'autres variables ont été intégrées dans une régression logistique multiple en raison de leur corrélation avec la variable d'intérêt (toutes celles qui étaient significatives au seuil de 10 %) afin de mettre en

évidence les caractéristiques des médecins associées à ces perceptions (tableau 1).

3. Construction d'une classification des médecins généralistes selon leurs pratiques liées à la vulnérabilité sociale

Afin de rendre compte des associations multiples entre les ressentis, les pratiques, le contexte d'exercice et les caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes, une typologie a été réalisée en utilisant la méthode suivante.

Dans un premier temps, une analyse des correspondances multiples a permis d'écartier des variables semblant peu distinguer les médecins entre eux. Finalement, les caractéristiques suivantes ont été retenues : le sexe, l'âge, l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), le niveau d'activité du médecin, les modalités d'exercice, les difficultés ressenties, les besoins de formation, les ressentis sur le contexte de l'exercice (territoire jugé socialement défavorisé et part de la patientèle estimée en vulnérabilité sociale), l'indice de défavorisation de la commune d'exercice, le fait d'avoir eu des contacts spécifiques pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale, le fait de proposer des consultations sans rendez-vous et d'accorder des aménagements financiers.

Puis, une classification ascendante hiérarchique agrège par itérations successives des médecins puis des groupes de médecins aux caractéristiques les plus proches, jusqu'à aboutir à un nombre restreint de groupes, trois en l'occurrence.

Les résultats de cette classification, sous la forme de la répartition des réponses aux questions utilisées pour les construire, sont présentés dans le tableau complémentaire A¹.

1. À âge, sexe, volume d'activité, densité de médecins généralistes (APL) et part de patients bénéficiant de la CMU-C donnés.

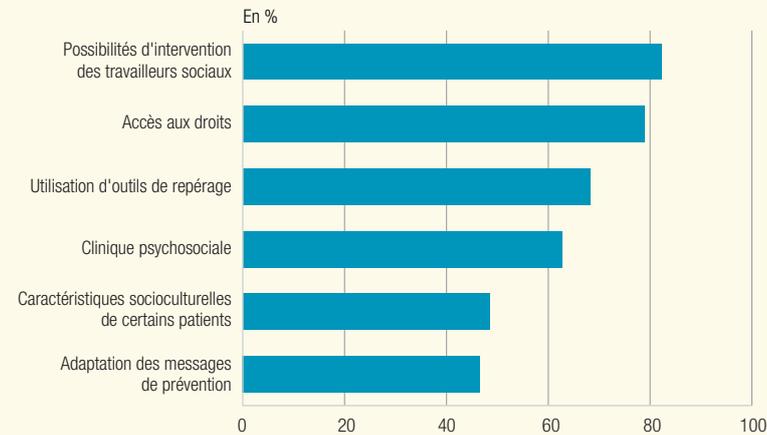
médico-social est moins souvent jugée comme faisant partie du rôle du médecin (59 %), tout comme le fait d'accorder des aménagements financiers (délais de paiement, pas de dépassement d'honoraires pour les médecins en secteur 2) [55 %]. Sur ce dernier point, ils sont pourtant 80 % à avoir accordé « souvent » ou « parfois » des aménagements financiers à certains de leurs patients au cours du dernier mois. Enfin, un tiers seulement considère devoir accompagner le patient dans des démarches administratives (graphique 3). Les expériences antérieures de confrontation avec des situations de vulnérabilité sociale semblent accroître l'importance du rôle que s'attribue le médecin généraliste. En effet, toutes choses observables étant égales par ailleurs¹, le médecin s'attribue une plus grande diversité de rôles s'il déclare exercer ou avoir exercé des fonctions au sein de structures dédiées à la prise en charge de publics vulnérables, recueillir des informations relatives à la situation sociale du patient, avoir été en contact avec une structure sociale ou médico-sociale, avoir eu des contacts spécifiques avec d'autres professionnels de santé ou encore rencontrer plus fréquemment des difficultés pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale (tableau 1 et encadré 3).

Près de neuf médecins sur dix interrogent généralement un nouveau patient sur sa situation sociale

Dans le cadre d'une consultation avec un nouveau patient adulte, 86 % des praticiens déclarent recueillir « toujours » ou « souvent » des informations relatives à sa situation sociale. Parmi ces médecins, 94 % les renseignent dans le dossier médical du patient systématiquement ou quand ils le jugent nécessaire. Pour les 14 % qui n'effectuent ce recueil que rarement, voire jamais, les principales raisons évoquées sont son caractère trop intrusif (67 %) et le manque de temps (45 %). Le recueil d'informations est plus fréquent chez les médecins estimant avoir un rôle de repérage systématique des patients en situation de vulnérabilité sociale : 88 %, contre 78 % chez ceux jugeant que ce n'est pas leur rôle. Les praticiens estimant leur part de patientèle en situation de vulnérabilité

GRAPHIQUE 4

Besoins de formation exprimés par les médecins généralistes pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale



Note • Le pourcentage de non-réponses est inférieur à 3 % pour toutes les questions ci-dessus.
Lecture • Parmi les médecins généralistes qui déclarent un besoin de formation, 82 % se sentent insuffisamment formés concernant les possibilités d'intervention des travailleurs sociaux.
Champ • Médecins généralistes déclarant un besoin de formation, France métropolitaine.
Sources • DREES, unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, mars 2017-mai 2017.

sociale à plus de 10 % sont aussi plus nombreux que leurs confrères à rechercher ces informations (91 % contre 84 %).

Un médecin sur deux ne se sent pas assez formé à la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale

Plus de la moitié des médecins interrogés (54 %) ne se sentent pas suffisamment formés pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale (16 % répondent « non, je ne me sens pas suffisamment formé » et 38 % « plutôt non »). Les deux principaux champs dans lesquels ces médecins se sentent le moins bien formés sont les domaines et possibilités d'intervention des travailleurs sociaux (82 %) puis l'accès aux droits dans le système français (79 %) [graphique 4]. Ce manque de connaissance des dispositifs sociaux, déjà constaté par ailleurs (Flye Sainte-Marie, 2015), peut être considéré comme préjudiciable dans la mesure où la prise en charge des patients les plus vulnérables peut nécessiter un suivi médico-social conjoint. Ce ressenti varie en fonction de la fréquence à laquelle ils y sont confrontés. Ainsi, 56 % des médecins généralistes

les moins concernés par la vulnérabilité sociale² considèrent avoir besoin de formation, contre seulement 46 % des plus concernés. En revanche, l'écart n'est pas significatif en matière de difficultés ressenties pour la prise en charge de ces patients : les trois quarts des médecins généralistes se sentent en difficulté, quelle que soit la part de leurs patients qu'ils considèrent en situation de vulnérabilité sociale (tableau complémentaire B)³.

Les résultats sont similaires lorsque la vulnérabilité sociale est mesurée par un indicateur objectif – par exemple, la part de patients bénéficiaires de la CMU-C dans la patientèle (encadré 1). Ainsi, la confrontation à la vulnérabilité sociale semble l'occasion de développer une forme d'expertise qui ne réduit pas le sentiment de difficulté mais amenuise le besoin ressenti de formation.

Trois profils types de médecins, trois façons d'appréhender la vulnérabilité sociale

Trois groupes de médecins peuvent être distingués en fonction de leur degré de confrontation à la vulnérabilité sociale, de leurs difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients vulnérables et de leurs besoins de formation (encadré 3).

- 1. À âge, sexe, volume d'activité, densité de médecins généralistes (APL) et part de patients bénéficiant de la CMU-C donnés.
- 2. C'est-à-dire ceux qui estiment que moins de 10 % de leur patientèle sont en situation de vulnérabilité sociale.
- 3. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à cette étude sur le site internet de la DREES.

Un premier groupe rassemble la majorité des médecins généralistes (56 %). Ces médecins s'estiment peu confrontés à la vulnérabilité sociale (11 % disent exercer sur un territoire qu'ils jugent socialement défavorisé contre 32 % de l'ensemble des médecins), se disent particulièrement en difficulté face à la prise en charge de patients en situation de vulnérabilité sociale et se sentent légèrement moins bien formés (56 % considèrent avoir besoin de formation, contre 54 % de l'ensemble⁴). Ce sont des médecins généralistes légèrement plus jeunes que la moyenne.

Un second groupe, soit près d'un tiers des médecins généralistes, est nettement plus confronté à la vulnérabilité sociale : 77 % estiment exercer sur un territoire marqué par la vulnérabilité sociale. Ils ressentent un moindre besoin de formation (49 % évoquent un besoin de formation, contre 53 % de l'ensemble) et le nombre de difficultés qu'ils déclarent est moins important (inférieur au niveau médian pour 64 % des médecins de ce groupe). Enfin, un troisième groupe, qui rassemble environ 15 % de l'échantillon, est composé de médecins généralistes plus âgés, exerçant

plus souvent seuls, qui se sentent à la fois moins concernés que la moyenne et moins en difficulté (tableau complémentaire B).

Prise en charge initiale du diabète : des variations limitées selon les caractéristiques du patient

Pour déterminer si la prise en charge s'adapte en fonction de la vulnérabilité sociale des patients et de ses dimensions économique, sociale et linguistique, une vignette clinique, c'est-à-dire un cas fictif, a été introduite dans le questionnaire.

•••
4. Différence significative au seuil de 10 % seulement.

ENCADRÉ 4

La vignette clinique associée à la prise en charge initiale du diabète

La méthode des vignettes cliniques est d'usage récurrent dans les panels de médecins généralistes. La vignette clinique ici construite repose sur la prise en charge initiale d'un diabète (de type 2, non compliqué, hémoglobine glyquée à 6,5) chez une femme de 40 ans dont l'indice de masse corporelle (IMC) est de 34, sans complication ni risque cardiovasculaire particulier, qui aurait pour médecin traitant le généraliste interrogé et dont la situation sociale varie : elle est mère de deux enfants soit en couple, soit isolée ; elle est soit dans un emploi stable, soit au chômage depuis plus de deux ans ; elle comprend soit bien, soit mal le français.

Cela représente au total 8 situations possibles. Une situation aléatoirement sélectionnée est présentée au médecin, qui décrit ensuite les modalités de prise en charge afin de conduire à une perte de poids : dans le choix de stratégie thérapeutique (prescription médicamenteuse – ce qui ne correspond pas aux recommandations de bonnes pratiques – et/ou activité physique et/ou travail sur l'alimentation), dans les propositions faites pour inciter à l'activité physique et/ou au changement de pratiques alimentaires (conseils généraux, brochures

ou fiches, orientation vers des professionnels dédiés, etc.), dans le choix de suivi (programmation d'un rendez-vous dédié ou non).

Plusieurs grilles d'analyse sont possibles : les modalités de prise en charge dans les 8 situations peuvent être comparées les unes aux autres mais chaque critère peut aussi être étudié séparément en groupant les 4 situations favorables quant au critère considéré, d'une part, et les 4 situations défavorables, d'autre part ; enfin les modalités de prise en charge en cas de cumul de difficultés peuvent également être étudiées.

Puisque la situation testée est assignée aléatoirement à chaque médecin, elle est indépendante de ses autres réponses aux questionnaires et les écarts observés entre les situations peuvent donc être attribués à l'effet des critères choisis pour faire varier les situations.

Les premiers résultats (tableau 2) reposent principalement sur le choix de stratégie thérapeutique et sur le choix de suivi. Les écarts sur les propositions faites aux patients pour l'alimentation ou pour l'activité physique sont apparus assez faibles et difficiles à interpréter.

TABLEAU 2

Adaptation de la prise en charge initiale du diabète dans la vignette clinique présentée

Caractéristiques (fictives) des patients présentés dans la vignette clinique	Part de médecins qui initient un traitement médicamenteux	Part de médecins qui programment un rendez-vous dédié au suivi de la perte de poids
Liées à l'emploi		
En emploi stable	20	79
Au chômage depuis plus de deux ans	24	76
Liées à l'isolement social		
Femme en couple, mère de deux enfants	21	79
Femme isolée, mère de deux enfants	23	76
Liées à la compréhension du français		
Comprend bien le français	20	79
Comprend mal le français	24	76
Cumul de difficultés		
Aucune	21	84
Une	19	79
Deux	22	73
Trois	29	79

Lecture • 20 % des médecins initieraient un traitement médicamenteux dans le cas (fictif) de prise en charge initiale du diabète pour une femme dont l'emploi est stable, contre 24 % des médecins pour une femme au chômage depuis plus de deux ans.

Champ • Médecins généralistes de France métropolitaine interrogés au cours de la cinquième vague du troisième panel d'observation des pratiques.

Source • DREES, unions régionales des professionnels de santé des médecins libéraux (URPS-ML), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, mars 2017-mai 2017.

Elle portait sur la prise en charge initiale d'un diabète chez une femme de 40 ans, en situation d'obésité non morbide. La vignette était ensuite modulée selon trois critères de vulnérabilité sociale : le chômage de longue durée, l'isolement, la maîtrise du français. L'une des huit combinaisons résultant du croisement des trois critères, était présentée aléatoirement à chaque médecin, qui était invité à décrire ce qu'il mettrait en œuvre pour prendre en charge la patiente (encadré 4).

La prise en charge ne diffère pas significativement selon les caractéristiques des patientes quand celles-ci présentent un seul ou deux des critères de vulnérabilité (tableau 2). En revanche, le cumul des trois difficultés testées incite le médecin généraliste à davantage initier un traite-

ment médicamenteux (dans 29 % des cas, contre 21 % en l'absence de ces trois difficultés simultanées), souvent en complément de conseils sur l'alimentation ou l'activité physique (mentionnés dans plus de 9 cas sur 10, toutes situations confondues). Les médecins ne prévoient pas davantage de rendez-vous de suivi dédiés chez les patientes cumulant toutes les difficultés, alors que plus de 8 médecins sur 10 évoquent les difficultés d'observance des traitements parmi les problèmes rencontrés et soulignent l'inefficacité de la prévention envers ces patients (75 %).

Plusieurs raisons peuvent expliquer la faible variabilité des pratiques. Tout d'abord, le choix du problème de santé considéré dans cette vignette clinique pourrait avoir influé sur ce résultat :

et bien décrit dans des recommandations de bonnes pratiques, il peut correspondre à une prise en charge relativement normée pour le médecin généraliste, variant donc peu selon les caractéristiques des patients. Ensuite, ces questions sont susceptibles d'être affectées par un biais de désirabilité sociale, c'est-à-dire que les médecins peuvent avoir été tentés de produire des réponses conformes non pas à leurs pratiques effectives, mais à leur représentation de ce qui était souhaitable et aux recommandations de bonnes pratiques. ■

Les auteurs remercient l'ensemble des médecins généralistes libéraux qui ont accepté de participer à l'enquête.

POUR EN SAVOIR PLUS

- **De Oliveira, A.** (2015, octobre). *Accompagnement des patients présentant des difficultés sociales en médecine générale*. Paris, thèse d'exercice de doctorat de médecine.
- **Flye Sainte-Marie, C., Querrioux, I., Baumann, C., et al.** (2015, septembre-octobre). « Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires ». *SFSP, Santé Publique*, 5 (27), 679-90.
- **Ben Hammou, K.** (2014, juin). *Le patient précaire au cabinet de médecine générale. Le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires*. Rouen, thèse d'exercice de doctorat de médecine.
- **Collège de la médecine générale** (2014, mars). *Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ?* Recommandations réalisées sous l'égide du Collège de la médecine générale.
- **Bourgueil, Y., Jusot, F., Leleu, H., et al.** (2012, septembre). « Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, 179, 1-8.
- **Lemaire Lesoin, Ch.** (2012, octobre). *Représentations des médecins généralistes sur les inégalités sociales de santé : étude qualitative réalisée chez quinze médecins généralistes de la région avignonnaise*. Grenoble, thèse d'exercice de doctorat de médecine.
- **Denantes, M., Chevillard, M., Renard, J.-F., et al.** (2009). « Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale ». *Exercer. La revue française de médecine générale*, 85 (20), 22-6.
- **Afrite, A., Dourgnon, P., Pascal, J., et al.** (2008, octobre). *Premiers résultats d'une enquête pilote sur l'interaction médecin-patient et son rôle dans la formation des inégalités sociales de santé* (INTERMEDE). Communication présentée au Congrès national des observatoires régionaux de la santé – Les inégalités de santé, Marseille.
- **Mercer, S. W., Watt, G. C. M.** (2007, novembre-décembre). « The inverse care law : clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland ». *Annals of family medicine*, 6 (5), 503-10.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution

drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Jean-Marc Aubert

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger

Secrétaires de rédaction : Fabienne Brifault et Émilie Morin

Composition et mise en pages : Stéphane Jeandet

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384