

**ANNEE 2018**

N°

**UNE STRUCTURE DE SANTE ORIGINALE : LE « CENTRE DE SANTE  
POLYVALENT DE LA SDAT » DE DIJON. PRESENTATION, BILAN D'ACTIVITE  
2017.**

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 19 Décembre 2018

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Hanane BATTÀ

Née le 5 octobre 1987

à DIJON



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

**ANNEE 2018**

N°

**UNE STRUCTURE DE SANTE ORIGINALE : LE « CENTRE DE SANTE  
POLYVALENT DE LA SDAT » DE DIJON. PRESENTATION, BILAN D'ACTIVITE  
2017.**

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 19 Décembre 2018

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Hanane BATTÀ

Née le 5 octobre 1987

à DIJON

Année Universitaire 2018-2019  
au 1<sup>er</sup> Novembre 2018

Doyen :  
Assesseurs :

**M. Marc MAYNADIÉ**  
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON  
Mme Laurence DUVILLARD

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
M.	Marc	<b>BARDOU</b>	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	<b>BASTIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	<b>BAULOT</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
M.	Alain	<b>BERNARD</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	<b>BONNIAUD</b>	Pneumologie
M.	Alain	<b>BONNIN</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	<b>BONNOTTE</b>	Immunologie
M.	Olivier	<b>BOUCHOT</b>	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	<b>BOUEMAD</b>	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	<b>BOZORG-GRAYELI</b>	ORL
M.	Alain	<b>BRON</b>	Ophthalmologie
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	Physiologie
Mme	Mary	<b>CALLANAN</b>	Hématologie type biologique
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Pascal	<b>CHAVANET</b>	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	<b>CHEYNEL</b>	Anatomie
M.	Alexandre	<b>COCHET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	<b>CORMIER</b>	Urologie
M.	Yves	<b>COTTIN</b>	Cardiologie
M.	Charles	<b>COUTANT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	<b>CREHANGE</b>	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	<b>CREUZOT-GARCHER</b>	Ophthalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	<b>DUVILLARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	<b>FACY</b>	Chirurgie générale
Mme	Laurence	<b>FAIVRE-OLIVIER</b>	Génétique médicale
Mme	Patricia	<b>FAUQUE</b>	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	<b>FRANCOIS-PURSELL</b>	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	<b>FUMOLEAU</b>	Cancérologie
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Claude	<b>GIRARD</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
(Retraite au 31 Décembre 2018)			
M.	Vincent	<b>GREMEAUX</b>	Médecine physique et réadaptation
(Mise en disponibilité du 12 juin 2017 au 11 juin 2019)			
M.	Pierre Grégoire	<b>GUINOT</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie

M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie
M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	<b>LORGIS</b>	Cardiologie
M.	Jean-Francis	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIÉ</b>	Hématologie – transfusion
M.	Marco	<b>MIDULLA</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
M.	Klaus Luc	<b>MOURIER</b>	Neurochirurgie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	<b>PAGES</b>	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	<b>PHILIPPE</b>	Génétique
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAY</b>	Médecine d'urgence
M.	Patrick	<b>RAT</b>	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	<b>REBIBOU</b>	Néphrologie
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	<b>SAPIN</b>	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	<b>SMOLIK</b>	Médecine et santé au travail
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
M.	Benoit	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

#### PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Bernard	<b>BONIN</b> (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	<b>CAMUS</b> (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Pneumologie
M.	Jean-Marie	<b>CASILLAS-GIL</b> (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Médecine physique et réadaptation
M.	Maurice	<b>GIROUD</b> (Surnombre jusqu'au 21/08/2019)	Neurologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES  
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			<b>Discipline Universitaire</b>
M.	Jean-Louis	<b>ALBERINI</b>	Biophysiques et médecine nucléaire
Mme	Lucie	<b>AMOUREUX BOYER</b>	Bactériologie
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
M.	Benjamin	<b>BOUILLET</b>	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie, psychologie médicale
Mme	Marie-Lorraine	<b>CHRETIEN</b>	Hématologie
M.	Damien	<b>DENIMAL</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Vanessa	<b>COTTET</b>	Nutrition
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT-NICOT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	<b>GEORGES</b>	Pneumologie
Mme	Françoise	<b>GOIRAND</b>	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	<b>GUENANCIA</b>	Cardiologie
Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	<b>LEGRAND</b>	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
M.	Paul-Mickaël	<b>WALKER</b>	Biophysique et médecine nucléaire

**PROFESSEURS EMERITES**

M.	Laurent	<b>BEDENNE</b>	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	<b>BESANCENOT</b>	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	<b>BRUNOTTE</b>	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean	<b>CUISIENIER</b>	(01/09/2018 au 21/08/2021)
Mme	Monique	<b>DUMAS-MARION</b>	01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean	<b>FAIVRE</b>	(01/09/2018 au 21/08/2021)
M.	Patrick	<b>HILLON</b>	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	<b>MARTIN</b>	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Pierre	<b>TROUILLOUD</b>	(01/09/2017 au 31/08/2020)

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Jean-Noël	<b>BEIS</b>	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

**PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Didier	<b>CANNET</b>	Médecine Générale
M.	Gilles	<b>MOREL</b>	Médecine Générale
M.	François	<b>MORLON</b>	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

Mme	Anne	<b>COMBERNOUX -WALDNER</b>	Médecine Générale
M.	Clément	<b>CHARRA</b>	Médecine Générale
M.	Benoît	<b>DAUTRICHE</b>	Médecine Générale
M.	Rémi	<b>DURAND</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

Mme	Lucie	<b>BERNARD</b>	Anglais
M.	Didier	<b>CARNET</b>	Anglais
Mme	Catherine	<b>LEJEUNE</b>	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	<b>JEGO</b>	Biologie Cellulaire

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

Mme	Marianne	<b>ZELLER</b>	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

### **PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE**

Mme	Marceline	<b>EVRARD</b>	Anglais
Mme	Lucie	<b>MAILLARD</b>	Anglais

### **PROFESSEURS CERTIFIES**

Mme	Anaïs	<b>CARNET</b>	Anglais
M.	Philippe	<b>DE LA GRANGE</b>	Anglais
Mme	Virginie	<b>ROUXEL</b>	Anglais (Pharmacie)

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

M.	François	<b>GIRODON</b>	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	<b>KOHLI</b>	Immunologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

M.	Mathieu	<b>BOULIN</b>	Pharmacie clinique
M.	Philippe	<b>FAGNONI</b>	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	<b>LIRUSSI</b>	Toxicologie
M.	Marc	<b>SAUTOUR</b>	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	<b>SCHMITT</b>	Pharmacologie





Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

## **COMPOSITION DU JURY**

Président : Professeur Jean-Noël BEIS

Membres : Professeur Jean-Michel PETIT  
Professeur Patrick MANCKOUNDIA  
Professeur Bernard BLETTERY

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

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

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

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

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

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."*

## **REMERCIEMENTS**

Aux membres du Jury :

**Monsieur le Professeur Jean-Noël BEIS,**

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider ce jury. Recevez ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

**Monsieur le Professeur Jean-Michel PETIT,**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Recevez l'expression de mes plus sincères considérations.

**Monsieur le Professeur Patrick MANCKOUNDIA,**

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

**Monsieur le Professeur Bernard BLETTERY,**

Vous avez accepté de diriger ce travail. Merci pour votre disponibilité et vos conseils qui m'ont été d'une aide précieuse. Je vous remercie sincèrement.

A Dieu, pour tous les bienfaits qu'Il m'a accordés, dont la possibilité d'exercer ce magnifique métier.

A ma mère, à qui je dois la réussite, pour tous les sacrifices consentis pour mon éducation et mon bien-être. Je ne te remercierai jamais assez. Je te dédie cette thèse. Je t'aime.

A mon époux et notre petite princesse, pour votre soutien et votre patience à toute épreuve. Je vous aime.

A mon frère, pour tous tes encouragements. Tu es un super tonton !

A ma grand-mère, j'aurais aimé te connaître. Je t'aime.

A mon grand-père, cela va faire bientôt quatre ans que tu nous as quitté. J'aurais aimé que tu sois là. Tu me manques.

A mes tantes, oncles, cousins et cousines, petits cousins et petites cousines, pour votre soutien et tous ces bons moments passés ensemble.

A ma belle-famille, pour m'avoir accueillie au sein des vôtres.

A Nadia, Marion et Imen, mes amies, pour votre écoute attentive et vos bons conseils. Vous êtes des perles.

A toute l'équipe du Centre de Santé Polyvalent de Dijon, pour votre aide et votre soutien. C'est un plaisir de travailler avec vous.

A toute l'équipe de la SDAT, pour le travail que vous réalisez chaque jour auprès des personnes en souffrance.

A tous les médecins et autres professionnels qui m'ont appris ce métier.

A tous ceux que j'oublie.

# TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION .....	15
II.	CONTEXTE .....	16
A.	Pauvreté et précarité.....	16
1.	Définition et mesure de la pauvreté.....	16
2.	Définition de la précarité.....	17
3.	Conséquences sanitaires de la précarité .....	19
a)	Les inégalités sociales de santé .....	19
b)	Les effets de la précarité sur la santé .....	20
B.	Les causes d'inégalités d'accès aux soins .....	25
1.	Le non-recours aux droits .....	25
2.	Le renoncement aux soins.....	26
3.	Le refus de soins.....	28
C.	Les moyens de lutte contre les inégalités d'accès aux soins.....	29
1.	Les moyens de droit commun .....	29
a)	Les dispositifs d'aide financière .....	29
b)	Les services d'urgence des hôpitaux.....	31
2.	Les moyens spécifiques à la précarité .....	31
a)	Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé .....	31
b)	Le Samu social (43) .....	32
c)	Les associations reconnues d'utilité publique .....	33
D.	La SDAT.....	34
1.	Historique.....	34
2.	Le volet « insertion professionnelle ».....	34
3.	Le volet « insertion sociale » .....	35
4.	Le volet « médical ».....	36
5.	Actions innovantes de la SDAT .....	36
E.	Le Centre de Santé Polyvalent de la SDAT .....	37
1.	Présentation .....	37
2.	Locaux et personnel .....	38
3.	Fonctionnement .....	40
4.	Le dispositif itinérant « du Sourire à l'Œil ».....	41
III.	MATERIEL ET METHODE .....	44
A.	Objectifs de l'étude .....	44
B.	Choix de la méthode.....	44

C.	Population étudiée .....	44
D.	Schéma de l'étude .....	44
1.	Mode de recueil des données .....	45
2.	Données recueillies .....	45
3.	Analyse statistique .....	45
E.	Etude du dispositif itinérant de la SDAT .....	46
IV.	RESULTATS.....	46
A.	Description du pôle « accueil ».....	46
B.	Description du pôle infirmier.....	47
1.	Description de la population .....	47
2.	Description de l'activité infirmière .....	49
C.	Description du pôle médical .....	51
1.	Description de la population .....	51
2.	Description de l'activité médicale.....	54
D.	Focus sur l'activité bénévole du CSP.....	55
1.	Consultations dermatologiques.....	55
2.	Consultations dentaires.....	57
3.	Consultations ophtalmologiques.....	59
4.	Consultations gynécologiques .....	60
5.	Consultations de pédicurie-podologie.....	60
E.	Consultations au sein du camion itinérant de la SDAT .....	60
V.	DISCUSSION .....	62
A.	Limites et points forts de l'étude.....	62
1.	Limites .....	62
2.	Points forts .....	62
B.	Rappel des principaux résultats.....	63
C.	Discussion des résultats.....	64
1.	Description de la population .....	64
2.	Spécificités du CSP .....	66
3.	Les soins infirmiers .....	68
4.	La médecine générale.....	68
5.	La Psychiatrie.....	69
6.	La dermatologie.....	70
7.	L'endocrinologie.....	70
8.	Les soins dentaires .....	71
9.	L'ophtalmologie.....	72

10.	La gynécologie .....	73
11.	L'activité au sein du camion itinérant de la SDAT .....	73
D.	Perspectives .....	74
VI.	CONCLUSION .....	77
VII.	BIBLIOGRAPHIE.....	79
VIII.	ANNEXES .....	83

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Modèle de la Commission des Déterminants Sociaux de Santé .....	20
Figure 2 : Schéma des enchaînements de la mauvaise santé en situation de précarité .....	22
Figures 3 et 4 : Aménagement extérieur et intérieur du camion itinérant de la SDAT .....	42
Figure 5 : Activité du pôle Accueil (en % de temps) .....	47
Figure 6 : Répartition des demandeurs de soins infirmiers selon le genre (n=338) .....	48
Figure 7 : Références sociales des demandeurs de soins infirmiers .....	48
Figure 8 : Activité du pôle infirmier .....	49
Figure 9 : Répartition des actes techniques infirmiers .....	50
Figure 10 : Répartition des actes de prévention .....	50
Figure 11 : Répartition des consultants du pôle médical selon le genre (n=554) .....	51
Figure 12 : Répartition des consultants du pôle médical selon la classe d'âge .....	52
Figure 13 : Couverture sociale des consultants du pôle médical .....	52
Figure 14 : Ressources financières des consultants du pôle médical .....	53
Figure 15 : Références sociales des consultants du pôle médical .....	53
Figure 16 : Répartition des consultations médicales dispensées au CSP .....	54
Figure 17 : Types de pathologies rencontrées chez les consultants du pôle médical .....	55
Figure 18 : Couverture sociale des consultants en dermatologie .....	56
Figure 19 : Ressources des consultants en dermatologie .....	56
Figure 20 : Références sociales des consultants en dermatologie .....	57
Figure 21 : Répartition des consultants en soins dentaires selon la classe d'âge .....	58
Figure 22 : Couverture sociale des consultants en soins dentaires .....	58
Figure 23 : Références sociales des consultants en soins dentaires .....	59
Figure 24 : Références sociales des consultants en ophtalmologie .....	60
Tableau 1 : Présence hebdomadaire des médecins au CSP .....	39
Tableau 2 : Résultats de l'étude des consultations au sein du camion itinérant .....	61



## ABREVIATIONS

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

ARS : Agence Régionale de Santé

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDSS : Commission des Déterminants Sociaux de la Santé

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réadaptation/Réinsertion Sociale

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP : Centre de Santé Polyvalent

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examen de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LHSS : Lits Halte Soins Santé

MAPAM : Maison d'Accueil pour Personnes Âgées Marginalisées

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PUMa : Protection Universelle Maladie

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SDAT : Société Dijonnaise d'Assistance par le Travail

## I. INTRODUCTION

Le système de santé français compte parmi les plus performants au monde, et a même été considéré comme « le plus performant » par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2000 (1). Celui-ci reste particulièrement envié pour sa réputation à garantir à tout un chacun un accès égalitaire aux soins.

Sur le plan législatif, le préambule de la Constitution de 1946 énonce que « *la Nation garantit, notamment à l'enfant, à la mère, et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* » (2). Le Code de la Santé Publique, quant à lui, stipule que « *le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne* » et qu'« *aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins* » (3,4).

Pourtant la France reste un pays de grandes inégalités sociales, avec pour conséquences inéluctables de grandes inégalités de santé et d'accès à la santé, notamment pour les personnes en situation de grande précarité.

La lutte contre ce fléau, le gouvernement en fait son cheval de bataille depuis des décennies.

C'est au début des années 1950 que l'aide sociale à l'hébergement fait son apparition mais elle reste réservée à des catégories précises comme les « vagabonds », sortants de prison ou prostituées. En 1974, une nouvelle loi étend cette aide sociale à l'ensemble des personnes et familles en grandes difficultés sociales et économiques avec la création des Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (CHRS) (5).

Devant le nombre croissant de sans-abris et la saturation des hébergements d'urgence, le Samu social de Paris est créé au cours de l'hiver 1993 pour venir en aide à ces populations exclues et les orienter vers les différentes structures disponibles.

Quelques années plus tard, la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, vise à garantir l'accès pour tous aux droits fondamentaux sur l'ensemble du territoire et ce dans différents domaines comme l'emploi, le logement, la protection de la santé, l'éducation, la justice ou la culture (6). Sur le plan sanitaire, cette loi sera à l'origine de la création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) ou encore de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Toutefois, résultant en partie de la crise financière de 2008 et de l'afflux de migrants de ces dernières années, la problématique d'inégalité d'accès aux soins demeure plus que jamais un enjeu majeur de santé publique. Elle fait d'ailleurs partie des quatre grands axes de la stratégie nationale de santé 2018-2022 prévue par le Ministère des Solidarités et de la Santé, qui propose différentes mesures pour lever les obstacles économiques et sociaux à l'accès aux services de la santé, mais aussi pour garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire (7).

Les populations en situation de précarité ou d'exclusion sociale constituent l'un des publics les plus exposés à ces difficultés d'accès aux soins. Elles sont confrontées à des problématiques médico-sociales multiples et diverses qui leur confèrent une certaine spécificité ainsi qu'une vulnérabilité physique et psychique difficiles à aborder pour les professionnels de santé.

Aussi, une approche globale, médicale et sociale, de ces patients est indispensable à une prise en charge de qualité. Mais il est d'autant plus difficile de soigner ces populations qu'elles sont souvent éloignées des structures de soins traditionnelles.

C'est dans ce contexte que le Centre de Santé Polyvalent de Dijon, créé par la SDAT (Société Dijonnaise d'Assistance par le Travail), accueille depuis presque 30 ans les personnes les plus démunies qui nécessitent un suivi médico-social personnalisé et adapté pour un retour progressif au droit commun.

L'objet de ce travail est de dresser de manière rétrospective, malgré les limites inhérentes à ce type d'étude, le bilan d'activité de l'année 2017 de ce centre de santé au sein duquel j'exerce la médecine générale depuis bientôt deux ans, et de montrer l'apport de cette structure pour pallier les difficultés d'accès aux soins, en particulier chez les populations précaires.

## II. CONTEXTE

### A. Pauvreté et précarité

#### 1. Définition et mesure de la pauvreté

La notion de pauvreté est relative à une époque et une société données, et de ce fait, sa définition ne fait pas consensus.

Elle est définie comme « *l'état, la condition d'une personne qui manque de ressources, de moyens matériels pour mener une vie décente* » (8) ou encore comme « *l'état de quelqu'un qui a peu de ressources financières, peu de biens* » (9).

Sur le plan monétaire, selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), un individu est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. La France utilise essentiellement le seuil de 60 % du revenu médian, mais elle publie aussi des taux de pauvreté selon d'autres seuils (40 %, 50 % ou 70 %). En 2016, selon ce seuil de 60 %, une personne était considérée comme pauvre lorsqu'elle percevait moins de 1 026 euros par mois. On comptait alors 8,8 millions de personnes vivant en-dessous du seuil de pauvreté soit 14 % de la population, avec une augmentation de 820 000 pauvres entre 2006 et 2016. Ces chiffres passaient à 5 millions, soit 8% de la population, pour le seuil de 50 % (10). Bien qu'élevé, le niveau de pauvreté en France se situe parmi les plus bas d'Europe (11).

Toutefois, la pauvreté ne peut se résumer à la simple dimension monétaire. D'autres indicateurs tels que les conditions de vie, les droits d'accès aux droits, à la santé, au logement et à la culture doivent être pris en compte. Déjà en 1984 le Conseil Européen avait introduit une notion plus large puisqu'il considérait comme pauvres « *les personnes dont les ressources (matérielles, culturelles et sociales) sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables de l'Etat membre où elles vivent* » (12).

Le concept de pauvreté est donc intimement lié au niveau économique local et mondial, et certaines populations se retrouvent exclues des méthodes de mesure du niveau de vie, notamment les sans-abris ou la population carcérale, sous-estimant ainsi les chiffres.

## **2. Définition de la précarité**

Souvent employé à tort comme synonyme de pauvreté, le terme de précarité tient son origine étymologique du latin *precarius* qui signifie « obtenu par la prière » et donc désigne ce qui n'est pas assuré, ce qui est incertain.

La précarité a été définie en 1987 par Joseph WRESINSKI, fondateur du Mouvement ATD-Quart Monde, comme « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités,*

*notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » (13).*

Si elle persiste, la précarité peut donc conduire à la grande pauvreté, voire à l'exclusion, lorsqu'il y a rupture des liens sociaux notamment dans les domaines professionnel, relationnel, du logement ou encore de l'accès à la santé.

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) reprend quelques années plus tard la définition de WRESINSKI, et rappelle que la précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais qu'elle est le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale (14).

Cet aspect multidimensionnel du concept de précarité a été intégré dans le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examen de Santé) créé en 1998 pour améliorer le repérage des populations précaires au sein des centres d'examen de santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) (ANNEXE 1). Le score est obtenu par la somme des réponses à 11 questions binaires, chacune étant pondérée, et varie de 0 (non précaire) à 100 (précarité maximale). Son utilisation est particulièrement intéressante car il permet une mesure quantitative et un suivi de la précarité à l'échelle individuelle, et surtout la détection des personnes précaires échappant aux critères socio-administratifs habituels (15). Une thèse réalisée auprès de 32 médecins généralistes maîtres de stage universitaires en Bourgogne en 2014, a montré une évaluation satisfaisante par ces derniers de la situation sociale de leurs patients sans utiliser le score EPICES, qui apparaît finalement utile seulement en cas de doute (16).

Le terme « précaires » englobe des populations très hétérogènes, parmi lesquelles figurent en première ligne les exilés, les demandeurs d'asile, les sans-papiers, les sans domicile mais aussi la population carcérale, les travailleurs du sexe et les toxicomanes. En dehors du manque de ressources, ces personnes sont dans la majorité des cas issues de milieux défavorisés, déracinées de leur région ou pays d'origine, isolées ou en difficulté d'intégration, sans emploi et/ou logement, et ayant connu des évènements

de vie traumatisants dès l'enfance (17). Aujourd'hui, de nouveaux groupes sont susceptibles d'être touchés par la précarité. C'est le cas par exemple des chômeurs, travailleurs à faibles revenus, retraités sans complémentaire santé, mères célibataires, mineurs ou encore habitants de zones rurales (18).

On retrouve peu de chiffres concernant la précarité car elle représente un phénomène beaucoup plus vaste que la pauvreté, et concerne donc un nombre plus grand de personnes et de situations que les pauvres ou les « exclus ». En 1998, le HCSP estimait que les phénomènes de précarisation, au sens d'absence d'une ou plusieurs sécurités, touchaient 12 à 15 millions de personnes, soit 20 à 25 % de la population (14). En 2016, la Fondation Abbé Pierre a publié les chiffres du mal-logement en France. Ceux-ci ont révélé que près de 900 000 personnes étaient privées de logement personnel dont plus de 140 000 sans-domiciles, correspondant aux personnes sans abri, en hébergement collectif ou associatif, à l'hôtel ou encore en Centres d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA). De plus, environ 3 millions de personnes vivaient dans des conditions de logement très difficiles (19).

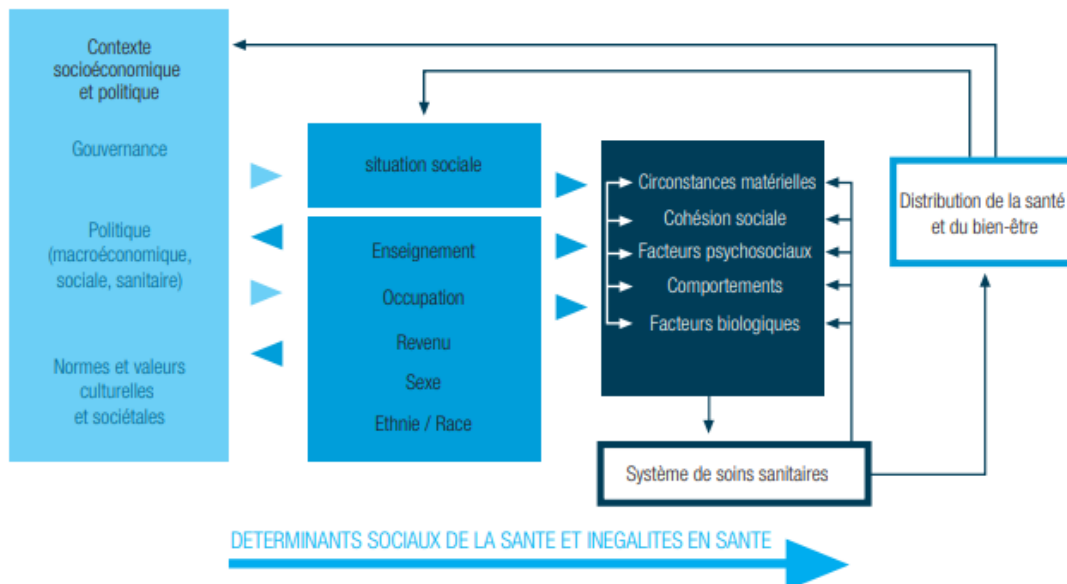
### **3. Conséquences sanitaires de la précarité**

#### *a) Les inégalités sociales de santé*

L'augmentation des inégalités sociales en France est à l'origine d'une aggravation des inégalités de santé, encore appelées « inégalités sociales de santé ». Ces dernières sont définies par l'OMS comme étant « des différences en ce qui concerne l'état de santé ou la répartition des ressources entre différents groupes de population, qui découlent des conditions sociales dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent » (20).

Ces inégalités sociales de santé concernent toute la population et se distribuent selon un « gradient social » traduisant l'existence d'un *continuum* dans l'association entre l'état de santé d'un individu et sa position dans la hiérarchie sociale. Ainsi, l'incidence de certains problèmes de santé augmente régulièrement des catégories les plus favorisées vers les plus défavorisées. Une récente étude de l'INSEE a mis en évidence un écart d'espérance de vie entre les hommes les plus aisés et les plus modestes de 13 ans (84.4 ans contre 71.7 ans), et de 8 ans chez les femmes (21).

L'état de santé d'une personne dépend donc de multiples facteurs appelés « déterminants de santé » qui ont fait l'objet de différents travaux ayant abouti à des représentations schématiques pour de tenter de comprendre le phénomène. Le dernier modèle décrit est celui de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS), un organisme créé par l'OMS en 2005 (22).



Source: Tiré et modifié de Solar & Irwin, 2007.

Figure 1 : Modèle de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé

Ce modèle décrit la complexité des interactions qui s'effectuent entre :

- Le contexte politique et socio-économique du pays dans lequel vit l'individu,
- Des déterminants dits « structurels », correspondant à sa position sociale et économique,
- Et des déterminants « intermédiaires » qui font référence aux conditions matérielles, psychologiques, aux facteurs génétiques et comportementaux ainsi qu'à l'accès au système de santé.

#### b) Les effets de la précarité sur la santé

L'incapacité à jouir des besoins fondamentaux que sont le logement, le travail, l'alimentation et le soutien social, conduit les personnes en situation de précarité à se désintéresser de leur état de santé. Ces différents besoins font partie des conditions

indispensables à la santé énoncées en 1986 dans la Charte d'Ottawa (23) (ANNEXE 2) par l'OMS, qui avait d'ailleurs défini la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social* ».

- Un rapport difficile au corps et à la santé :

En raison de leurs conditions de vie difficiles, les personnes en grande précarité sociale, et a fortiori les sans-abris, subissent une altération profonde de la perception de leur corps, une dégradation de l'image de soi et de l'estime de soi qui aboutissent à un sentiment d'inutilité pouvant aller jusqu'au déni du corps. Dans l'un de ses ouvrages, Xavier Emmanuelli, fondateur du Samu social de Paris, parle de personnes qui « ont divorcé d'avec leur corps » (24).

Ce déni du corps est à l'origine d'un déni de la maladie provoquant un retard dans le recours aux soins, voire un refus de soins, qui amène les patients à consulter avec un état de santé particulièrement dégradé.

Les états d'incurie qui découlent de ce déni sont très fréquents dans cette population. Ils constituent également une cause d'obstacle aux soins du fait d'un aspect physique parfois jugé « repoussant » par certains professionnels de santé, mais aussi d'un sentiment de honte éprouvé par le patient. Patrick Declerck, dans son livre intitulé *Les Naufragés*, emploie des termes forts lorsqu'il décrit ceux qu'il appelle les « clochards » comme des personnes qui la plupart du temps « puent la crasse, les pieds, le tabac et le mauvais alcool » ou encore dans la description de lieux où il a pu côtoyer cette population : « La puanteur est lourde, enveloppante comme de la poix. Odeur âcre, écœurante, insidieuse qui prend à la gorge et imprègne les vêtements », « La salle pue. La pourriture des pieds et celle des corps » (25).

Tous les spécialistes s'accordent à dire qu'il n'existe pas de pathologies spécifiques à la précarité, qu'elle soit psychique ou physique, mais certaines semblent plus fréquentes ou plus graves que dans la population générale. Et le cumul de ces pathologies associé au contexte social fait toute la particularité de la prise en charge de ce public.

- Une souffrance psychique et des pathologies mentales :

L'exclusion et la précarité sont à même d'altérer l'intégrité de la santé mentale et de révéler des pathologies psychiques latentes et, à l'inverse, les troubles psychiques peuvent être générateurs de certaines situations de précarisation.



La souffrance psychique a été reconnue par le HCSP comme étant le « symptôme majeur de la précarité » (14).

Elle est le résultat d'un combat quotidien contre la précarisation, qui induit progressivement un état de fatigabilité psychique puis physique, elle-même à l'origine d'une dégradation des conditions de vie, entretenant ainsi le phénomène. (Figure 2)

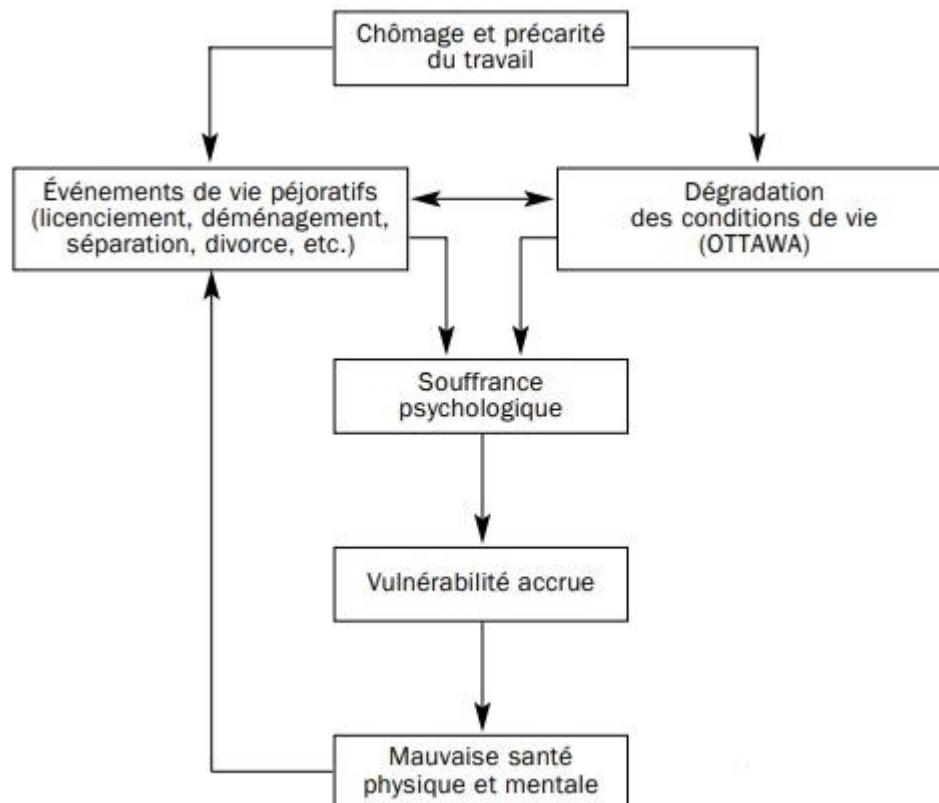


Figure 2 : Schéma des enchaînements causaux de la mauvaise santé en situation de précarité

(Source : « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé », HCSP 1998)

Cette souffrance psychique désigne une symptomatologie qui ne relève pas d'une pathologie mentale avérée, et peut se manifester par un isolement social, des conduites à risque ou addictives, une auto ou hétéro-agressivité, un sentiment d'abandon, d'épuisement, de dévalorisation et de honte, une anxiété, une détresse psychologique ou encore des troubles du sommeil. Elle implique la nécessité d'une prise en charge globale des individus en situation de précarité et d'exclusion, avec l'intervention de travailleurs sociaux pour apporter la réponse la plus adaptée possible.

Parmi les pathologies mentales avérées les plus souvent rencontrées, on peut citer les psychoses, les troubles de la personnalité et les troubles de l'humeur, dont les syndromes dépressifs caractérisés. L'étude SAMENTA menée en Île-de-France sur la santé mentale des personnes sans domicile, a montré qu'un tiers d'entre elles présentaient au moins un trouble psychiatrique sévère, et que la prévalence des troubles psychotiques était huit à dix fois plus importante qu'en population générale. Toutefois, la fréquence des troubles dépressifs sévères était peu éloignée de celle retrouvée en population générale (26).

Cette même étude démontre par ailleurs que le suivi psychiatrique des patients en situation d'exclusion est particulièrement chaotique, avec des ruptures de suivi et de traitement fréquentes. Chez l'ensemble des personnes présentant des troubles psychotiques, de l'humeur ou anxieux, 71,8% étaient en rupture de soins, et 47,8% avaient un jour arrêté le traitement prescrit de manière prématurée.

Créées en 2000, les EMPP font intervenir des équipes de professionnels généralement composées de médecins psychiatres, psychologues, infirmières et travailleurs sociaux, en dehors des établissements et directement auprès des personnes précaires souffrant de pathologies psychiatriques. Elles permettent de raccourcir les délais de prise en charge de ces patients et d'éviter les errances thérapeutiques.

- Des addictions :

Les comportements addictifs peuvent être en cause dans le processus de précarisation, ou être provoqués voire aggravés par le phénomène.

L'étude SAMENTA a montré que la dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives (alcool, médicaments détournés de leur usage et/ou drogues illicites) concernait 28,6 % de la population étudiée, et que les hommes étaient plus concernés que les femmes. Une personne sur cinq était dépendante à l'alcool, et cette consommation concernait le plus souvent celles en hébergement d'urgence.

Cette étude a également mis en évidence l'association entre certaines pathologies psychiatriques et les addictions puisque les personnes atteintes de troubles psychotiques avaient près de trois fois plus de risque d'avoir au moins une addiction (jusqu'à cinq fois pour celles atteintes de schizophrénie), et près de quatre fois plus de risque d'avoir une consommation d'alcool à risque. Les personnes souffrant de troubles de la personnalité ou du comportement avaient trois fois plus de risque d'être consommatrices de façon régulière de cannabis, mais aucune association significative

avec l'alcool n'a été prouvée. La consommation de tabac quant à elle était retrouvée chez plus de la moitié de la population.

La prise en charge de ces comportements, identifiés comme déterminants de santé, doit faire partie intégrante du processus de réinsertion en faisant intervenir les professionnels compétents.

- Des pathologies somatiques :

Comme les pathologies mentales et les addictions, les pathologies somatiques sont susceptibles d'être générées par une situation de précarité qui, à l'inverse, peut elle-même induire ces pathologies.

Une étude menée par l'Observatoire Régional de la Santé du Rhône-Alpes (27) à propos de la morbidité et mortalité des personnes en grande précarité de l'agglomération de Lyon, a permis d'identifier les principales pathologies retrouvées chez cette population. Parmi les celles considérées comme « graves », on peut citer :

- Les maladies cardio-vasculaires, qui touchaient près d'un tiers des patients, représentées en premier lieu par l'hypertension artérielle. Elles ont été citées comme première cause de décès ;
- Les affections neurologiques (15%) avec l'épilepsie et les neuropathies périphériques principalement ;
- Les infections graves (13%) aiguës ou chroniques (tuberculose, hépatites B et C) ;
- Les affections respiratoires (12%), constituées des maladies obstructives chroniques, l'insuffisance respiratoire et l'asthme ;
- Le diabète chez 11% des patients ;
- Les cancers (11%) avec localisations plus fréquemment colorectales, pulmonaires et au niveau des voies aéro-digestives supérieures.

Les pathologies « non graves » étaient représentées par les infections non graves, les problèmes locomoteurs (lombalgies, douleurs articulaires, arthrose), les céphalées et pathologies gastriques.

La surreprésentation des pathologies cardiovasculaires dans cette population s'explique en partie par le fait que les conditions de vie difficiles associées à la précarité provoquent l'accumulation d'un certain nombre de comportements à risque comme l'augmentation de la consommation de toxiques (tabac, alcool), le manque d'exercice physique, le stress, un déséquilibre alimentaire et donc un risque de surpoids voire d'obésité. A cela s'ajoutent une moindre exposition aux messages de

prévention et un fréquent renoncement aux soins (28). Une étude anglaise a montré qu'une personne en situation de précarité affective, en rupture sociale, présentait une augmentation de 29% du risque de développer un infarctus du myocarde (29).

La maladie diabétique elle aussi fait suite à plusieurs de ces comportements à risque et elle est plus fréquemment découverte au stade de complications. La prévalence du diabète chez les patients en hébergement d'urgence a été évaluée par le Samu social en 2006 à 6,2%. Le quart des patients diabétiques, traités ou non, présentaient au moins une complication macrovasculaire, 32 % étaient porteurs d'une rétinopathie, 42 % d'une hyposensibilité au niveau des pieds et 17 % avaient subi une amputation des membres inférieurs (30).

Les pathologies dentaires sont aussi fréquemment retrouvées en contexte de précarité, et sont directement liées aux conditions de vies des personnes en grande précarité qui présentent généralement une mauvaise hygiène bucco-dentaire, un éthylo-tabagisme important et une alimentation déséquilibrée. Une enquête menée auprès de patients consultants dans les centres de soins gratuits en France a révélé une insuffisance de soins, un nombre de dents manquantes très supérieur à celui observé dans la population générale avec en moyenne 4,6 dents non remplacées par personne en population précaire, contre 1,3 dent en population générale. Près de sept personnes en situation de précarité sur dix avaient perdu ou fait arracher des dents. Par ailleurs, le recours au dentiste était moindre, et plus particulièrement chez les hommes (31).

## **B. Les causes d'inégalités d'accès aux soins**

Les principales causes de difficulté d'accès aux soins des personnes en situation de précarité ont été identifiées. Un non recours aux dispositifs d'aide financière existants, le renoncement à consulter ou encore les refus de prise en charge de la part des professionnels de santé, constituent des obstacles et la situation est d'autant plus complexe que ces phénomènes sont très souvent intriqués.

### **1. Le non-recours aux droits**

Malgré les différents moyens développés au fil des années, l'accès aux soins des plus démunis en France reste problématique du fait des difficultés d'accès à ces dispositifs. Paradoxalement, ce phénomène de non-recours touche essentiellement les personnes les plus précaires économiquement et socialement, et donc les plus à même à bénéficier de ces droits.

La principale cause de non-recours identifiée reste la complexité des démarches administratives pour les usagers qui souhaitent accéder à leurs droits., avec une multitude de formulaires à remplir, parfois complexes, un grand nombre de pièces justificatives à fournir, des délais d'attente trop long, des motifs de rejet inexpliqués... En effet, sont confrontées aux démarches administratives les plus compliquées pour faire valoir leurs droits, les personnes les moins aptes à les surmonter (32).

Les difficultés de compréhension, le manque d'information sur les dispositifs existants, la barrière de la langue ainsi que la peur de la stigmatisation sont autant de facteurs de non-recours aux droits sociaux (32).

D'après le rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2017, ce sont environ 30 % des bénéficiaires potentiels de la CMU-C (CMU complémentaire) qui n'y ont pas eu recours. Le taux atteint 55 % en ce qui concerne l'ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé) (33).

Ce phénomène a pour conséquence directe le renoncement aux soins, ou a minima le recours tardif aux soins, de patients qui se présentent alors dans les services d'urgence avec des pathologies à des stades avancés ou compliqués et dont la prise en charge s'avère plus lourde.

Il est d'ailleurs établi que l'absence de complémentaire santé constitue un obstacle à l'accès aux services de santé en France et que la CMU-C joue un rôle protecteur (34).

L'accompagnement social des personnes vulnérables dans leurs démarches administratives apparaît donc primordial afin de limiter les non-recours aux différents droits sociaux, dont les conséquences sanitaires peuvent être graves.

## **2. Le renoncement aux soins**

Une enquête menée en 2016 auprès de 28 350 assurés de 18 CPAM (35) a démontré que 26,5% des personnes composant l'échantillon ont déclaré avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois. Concernant les types de soins renoncés,

figuraient en premier lieu les soins dentaires prothétiques pour 38,6% des renonçants, suivis de près par les soins dentaires conservateurs pour 33,6% d'entre eux. On retrouvait ensuite les consultations en ophtalmologie (20,4%) et achats d'optique (18,7%), puis les consultations chez un médecin spécialiste (14,6%) et le généraliste (13,3%).

Cette même étude a permis de dresser les principales caractéristiques des personnes renonçant aux soins :

- Une majorité de femmes (64,3% contre 35,7% d'hommes) ;
- Les familles monoparentales et dans une moindre mesure, les personnes seules ou couples avec enfants à charge ;
- L'absence d'activité professionnelle ;
- La perception négative de leur état de santé ;
- L'absence de complémentaire santé.

La cause financière est la principale raison de renoncement qui était évoquée, avec en première ligne le reste à charge financier jugé trop important pour 59% des renonçants. Par ailleurs, 32,7% des personnes interrogées déclaraient que l'avance des frais de santé constituait la ou l'une des causes de leur renoncement.

Les deux autres principales causes citées étaient des délais de rendez-vous trop longs et le manque de disponibilité pour se rendre à des consultations médicales.

Une des mesures de la stratégie nationale de santé 2018-2022 est d'ailleurs la limite des dépenses de santé restant à la charge des assurés, en particulier pour les prothèses dentaires et auditives, ainsi que pour les soins optiques, avec un objectif de « zéro reste à charge ». Les dépassements d'honoraires sont eux aussi visés par ce rapport qui préconise l'incitation des professionnels libéraux à modérer leurs dépassements (7).

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) introduit une dimension psycho-sociale au phénomène de renoncement aux soins pour raisons financières, qui pourrait aussi s'expliquer par les expériences de la précarité passée, présente mais aussi anticipée. Car si les difficultés financières, d'accès au logement ou à l'emploi vécues par le passé ou actuelles sont identifiées comme des causes majeures de renoncement, la crainte du futur proche joue un rôle indéniable (34).

### 3. Le refus de soins

Malgré leur caractère illégal, les refus de soins opposés à certains patients, en particulier aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou encore de l'AME (Aide Médicale d'Etat), demeurent encore trop nombreux. Ils sont contraires au bon fonctionnement de ces dispositifs mais aussi à la jouissance du droit fondamental à la santé.

En 2014, dans son rapport, le Défenseur des Droits expose les taux de refus de soins obtenus dans différentes enquêtes qui soulignent l'importance du phénomène en France. Cependant, il existe des disparités territoriales puisque les taux apparaissent plus marqués dans les grandes villes, mais aussi selon la catégorie des professionnels de santé avec des taux de refus plus marqués chez les dentistes, médecins spécialistes ou médecins généralistes exerçant en secteur 2 (36).

Par exemple, une étude réalisée par le Fonds CMU en 2006 a montré des taux de refus de soins allant de 16,7% chez les médecins généralistes de secteur 2 à 41% chez les spécialistes. Chez les dentistes ce taux atteignait 39,1% (37). En 2007, une autre étude menée en Île-de-France par la DREES a révélé que plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois s'était vu opposer un refus de soins de la part d'un professionnel de santé (38).

Le refus de soin peut s'exprimer de façon « directe » lorsque le professionnel de santé refuse, de façon assumée, de recevoir des patients du seul fait qu'ils sont bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME, mais aussi de manière « indirecte » en cas de fixation tardive de rendez-vous, d'orientation répétée et abusive vers un confrère ou une autre structure, de non-respect des tarifs opposables ou de refus de dispense d'avance des frais médicaux.

Dans le même rapport, le Défenseur des Droits indique que les motifs avancés par les professionnels de santé pour justifier leur refus sont principalement d'ordre administratif avec des délais de remboursement jugés parfois très longs ou même des rejets de remboursement, ainsi qu'une charge de travail supplémentaire due à l'absence d'outil de télétransmission pour les bénéficiaires de l'AME notamment. Les raisons financières sont elles aussi évoquées par les médecins du secteur 2 qui ne peuvent appliquer leurs tarifs à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. En 2013, l'Assurance Maladie avait détecté 733 médecins pratiquant des dépassements d'honoraires à l'encontre de bénéficiaires de la CMU-C. Cependant, depuis la mise en

place de nouvelles mesures en 2012, le taux de dépassement des médecins du secteur 2 connaît une baisse régulière (39).

Les autres causes de refus de soins sont liées à la condition sociale des patients ainsi qu'aux stéréotypes et préjugés dont ils sont victimes. Une étude menée auprès d'internes de médecine générale à Marseille a montré que les bénéficiaires de la CMU-C faisaient l'objet de représentations négatives (40) :

- 25,6% des internes interrogés pensaient qu'ils réalisaient plus de fraudes ;
- 42% pensaient qu'ils avaient une surconsommation de médicaments ;
- 43,6% d'entre eux estimaient qu'ils avaient une exigence particulière de traitement ou d'examens complémentaires ;
- 22% jugeaient leur comportement irrespectueux pendant la consultation.

## **C. Les moyens de lutte contre les inégalités d'accès aux soins**

### **1. Les moyens de droit commun**

#### *a) Les dispositifs d'aide financière*

- La CMU complémentaire :

Toute personne travaillant et résidant en France peut bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé grâce au rattachement à l'un des régimes de l'assurance maladie obligatoire (AMO).

Créée en 2000, la CMU de base a permis d'élargir l'accès aux soins aux plus démunis, qui ne peuvent prétendre à l'AMO. Les bénéficiaires doivent résider en France de manière régulière - c'est-à-dire avoir la nationalité française ou un titre de séjour ou avoir entamé des démarches pour l'obtenir- et stable, soit depuis plus de trois mois de façon ininterrompue. En 2016, la CMU a été supprimée et remplacée par la Protection Universelle Maladie (PUMa) qui garantit les mêmes droits mais tout au long de la vie, sans rupture des droits en cas de changement de situation.

La CMU-C est une complémentaire santé gratuite accordée à toute personne résidant en France de manière régulière et stable, sur conditions de ressources selon un plafond fixé. Elle prend en charge la part complémentaire de tous les soins prescrits



et remboursables par l'Assurance Maladie, et offre des forfaits de prise en charge pour les soins dentaires, lunettes et prothèses auditives. Les bénéficiaires ont un droit à la dispense totale d'avance des frais et ne peuvent se voir facturer de dépassement d'honoraires. La CMU-C est accordée pour un an et doit être renouvelée chaque année.

Au 31 décembre 2017, la CMU-C comptait 5,52 millions de bénéficiaires (33).

- L'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) :

Si leurs ressources dépassent légèrement le plafond de la CMU-C, sans dépasser 35% de ce seuil, certaines personnes peuvent bénéficier de l'ACS. Créée en 2004, elle permet à ces personnes d'obtenir une réduction sur le coût de leur complémentaire santé grâce à l'utilisation d'une attestation-chèque remise par la CPAM. Comme la CMU-C, elle donne droit à la dispense d'avance des frais et à des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires dans le parcours de soins coordonnés.

Elle est accordée pour un an et doit être renouvelée chaque année.

Cependant, tous les bénéficiaires n'utilisent pas leur chèque santé. En 2017 selon le Fonds CMU, 1,58 million de personnes, appelées « bénéficiaires » de l'aide, ont reçu une attestation ACS. Pour celles qui ont utilisé leur chèque ACS pour souscrire un contrat on parle d'« utilisateurs de l'aide » ou de « personnes protégées par l'aide ». Fin 2017, ces dernières étaient au nombre de 1,20 million, soit un taux d'utilisation approchant les 80 % (33).

- L'Aide Médicale d'Etat (AME) :

Les personnes en situation irrégulière peuvent quant à elles bénéficier d'une prise en charge à 100% de leurs dépenses de santé avec dispense d'avance des frais au titre de l'AME. Cette aide, entrée en vigueur en 2000, est attribuée sous conditions de ressources et de résidence stable en France, soit de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

Toutefois, contrairement à la CMU-C, les dépassements d'honoraires restent à la charge des bénéficiaires et elle n'inclut pas de forfaits supplémentaires pour les soins dentaires, achats d'optique ou prothèses auditives.

Au 31 décembre 2016, le nombre de bénéficiaires de l'AME s'élevait à 311 310 (41).

Pour les personnes qui ne peuvent prétendre à l'AME, une prise en charge des « soins urgents et vitaux » au sein d'un établissement de santé peut être accordée grâce au Fond pour les Soins Urgents et Vitaux. Cela concerne notamment les pathologies mettant en jeu le pronostic vital en cas d'absence de traitement, celles à haut risque de contagion (exemple : la tuberculose), les soins d'une femme enceinte ou d'un nouveau-né ou encore les interruptions de grossesse.

#### *b) Les services d'urgence des hôpitaux*

Les services d'urgence des hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés, ont pour vocation d'accueillir et de prendre en charge 24 heures sur 24, toute personne en souffrance, malade ou blessée qui se présente d'elle-même ou amenée par les services de secours (SAMU, pompiers, ambulances privées), et ce quelle que soient sa nationalité et sa situation sociale.

L'accueil médical est généralement effectué par une infirmière d'accueil et d'orientation, qui réalise les premiers soins et hiérarchise les patients selon le degré d'urgence avant qu'ils ne soient examinés par le médecin. Les temps d'attente pour les patients sont très souvent allongés en raison de l'engorgement des services d'urgence auquel on assiste ces dernières années.

Nombreux patients en situation de grande précarité, refusant ou ayant été refusé dans les différents hébergements d'urgence, se rendent eux aussi dans ces services sans véritable demande médicale mais le plus souvent pour trouver un abri, notamment en saison hivernale ou en cas de canicule. Si certains peuvent avoir des comportements violents ou agressifs, du fait d'un état d'alcoolisation aiguë ou d'une pathologie psychiatrique, les sans-domiciles sont généralement peu tolérés dans ces structures de droits commun, qui apparaissent inadaptées à ce public victime de préjugés faute de formation du personnel soignant, et en raison du manque de temps disponible pour assurer une prise en charge sociale.

## **2. Les moyens spécifiques à la précarité**

#### *a) Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé*

Les PASS sont issues de la loi de lutte contre les exclusions de 1998. Elles visent à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité sociale, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à leur parcours de santé. En 2008 on dénombrait plus de 400 PASS en France (42).

Implantées au sein de centres hospitaliers publics ou privés, ces structures offrent un accueil inconditionnel aux personnes sans couverture sociale ou avec une couverture partielle. Celles-ci peuvent bénéficier de soins et de la délivrance de médicaments sans avancer aucun frais.

En raison du public concerné, les PASS travaillent en partenariat avec les différents acteurs médico-sociaux tels que le Samu social, les CPAM, les Centres Médico-Psychologiques, les centres spécialisés ou centres de santé, les services de Protection Maternelle et Infantile, des médecins libéraux ou des associations humanitaires.

Dans certaines régions, des PASS dites « spécialisées » ont été développées, notamment en région parisienne où existent des PASS « bucco-dentaire », « psychiatrie » ou « dermatologie ».

#### *b) Le Samu social (43)*

Fondé en novembre 1993 par le Docteur Xavier Emmanuelli, cofondateur de Médecins Sans Frontières, le Samu social de Paris lutte contre l'exclusion grâce à une équipe mobile qui apporte une assistance de jour comme de nuit à toute personne sans domicile et tente de répondre aux besoins de chacun. Un mois plus tard, il crée le premier des centres d'hébergement d'urgence avec soins infirmiers est créé, qui deviendront plus tard les Lits Halte Soins Santé (LHSS).

Le dispositif s'est par la suite progressivement étendu à l'ensemble du territoire français, et même au-delà avec la création du Samu social International en 1998.

En 1997, une permanence téléphonique est mise en place avec un numéro national et gratuit, le 115, géré par la Croix-Rouge française dans différents départements. Cette assistance permet aux équipes du Samu social de répondre aux demandes d'hébergement d'urgence et d'orienter les sans-abris directement vers les structures disposées à les accueillir.

La même année, un accueil de jour est ouvert à Paris, lieu où les sans-abris peuvent trouver un soutien, une écoute, bénéficier de services de première nécessité (repas, douche, vestiaire, buanderie) et participer à diverses activités.

Au fil des années, le Samu social a poursuivi ses missions dans la lutte contre l'exclusion. Le dernier projet en date, baptisé ELAN, consiste en l'accompagnement de l'hébergement de personnes réfugiées chez des particuliers résidant en Île-de-France.

### c) *Les associations reconnues d'utilité publique*

Les associations humanitaires reconnues d'utilité publique, encore appelées « associations loi 1901 » sont des associations d'intérêt général, à but non lucratif, autorisées à recevoir, en plus de dons manuels, des donations et des legs.

En France, plusieurs associations de ce type ont été créées pour lutter contre toutes les formes d'exclusion sociale, et la majorité possèdent une antenne départementale basée à Dijon. Parmi elles, on peut citer :

- Le Secours Populaire (44), né en 1945, qui apporte aux personnes et familles en difficultés une aide alimentaire et vestimentaire, mais aussi un accompagnement dans l'accès au logement, à la santé, à la culture et aux loisirs, et dans le domaine de l'insertion professionnelle. En 2017, l'association est venue en aide à 3,3 millions de personnes en France et dans le monde.
- Le Mouvement Emmaüs (45), créé en 1949 par l'Abbé Pierre, qui offre aux plus démunis un accueil et un accompagnement inconditionnels et adaptés, en particulier dans les champs de l'emploi et du logement mais aussi en cas de difficultés financières.
- Le Secours Catholique (46), service de l'Eglise catholique créé en 1962, qui mène différentes actions en France et à l'international, notamment à destination des populations sinistrées mais aussi dans le domaine de l'urgence sociale : aide alimentaire, financière ou au logement, accès aux soins, accompagnement scolaire, accueil des migrants...
- Les Restos du cœur (47), fondés par Coluche en 1985, et de vrai nom « Restaurants du cœur – les Relais du cœur », qui est une association dont l'activité est limitée au territoire français. Elle apporte une assistance aux personnes démunies, en particulier dans le domaine alimentaire. Ainsi, en

2017-2018, ce sont 130 millions de repas qui ont été distribués par l'association à 860 000 personnes. L'association mène par ailleurs des missions dans le champ de l'insertion sociale et économique, notamment pour l'accès au logement, avec la création des « Toits du cœur » qui permet aux personnes en difficultés de bénéficier d'un logement et d'un accompagnement adaptés.

## **D. La SDAT**

### **1. Historique**

La Société Dijonnaise d'Assistance par le Travail est une association reconnue d'utilité publique fondée le 13 mars 1903 par les époux Grangier, avec pour l'objectif *« de faciliter aux malheureux sans travail, valides et encore en état de travailler, la recherche d'une place et de leur éviter de se livrer à la mendicité, en leur procurant des ressources par un travail temporaire, en les adressant aux patrons, aux œuvres et aux associations qui sont à même de leur venir en aide, de leur trouver un emploi et de rapatrier, s'il y a lieu, ceux qui sont étrangers à la Ville »*.

C'est lorsque son mari décéda en 1902 et qu'il lui laissa toute sa fortune, que Mme GRANGIER aida à la création de l'association grâce à ses dons généreux. A sa mort, elle-même légua tous ses biens à l'Hôpital Général de Dijon, dont la somme de 100 000 Francs destinée à la SDAT.

Si sa mission initiale était limitée au champ de la réinsertion professionnelle, l'association dijonnaise a su élargir son action aux besoins sociétaux. Elle offre aujourd'hui aux personnes les plus démunies des moyens d'accueil, d'hébergement et d'aide à l'insertion sociale et professionnelle mais aussi dans le domaine de la santé. Elle dispose pour cela de l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire se composant entre autres de travailleurs sociaux, médecins, infirmières, aides médico-psychologiques et chefs d'ateliers.

La SDAT compte ainsi plusieurs établissements et services dont les missions sont différentes mais complémentaires, répartis entre les villes de Dijon - pour la majeure partie - et de Beaune.

### **2. Le volet « insertion professionnelle »**

L'accompagnement dans le parcours de l'insertion professionnelle au sein de la SDAT s'articule actuellement autour de deux catégories de services :

- Des services d'accompagnement socio-professionnel gérés par des conseillers en insertion qui assurent un diagnostic d'insertion professionnelle et un suivi individualisé des personnes accueillies ;
- Des activités de mise au travail qui s'organisent autour d'ateliers de sous-traitance, d'un service de nettoyage et aides ménagères, d'une vêtementerie, et de travaux funéraires et d'espaces verts.

### **3. Le volet « insertion sociale »**

La réinsertion sociale passe avant tout par l'acquisition d'un logement digne. Les services d'hébergement mis à disposition par l'association dijonnaise sont multiples et différents selon les besoins. On retiendra essentiellement :

- Le CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) collectif, situé au Foyer de la Manutention à Dijon, et les CHRS « diffus », sous forme d'appartements répartis au sein de la ville, représentés par le Centre d'Aide à l'Insertion et le service Inter'Social Dijon. Ils accueillent les personnes ou familles en difficultés pour une durée temporaire de 6 mois, renouvelable. Selon leurs ressources, certains résidents peuvent être amenés à s'acquitter d'une participation financière, à valeur essentiellement pédagogique ;
- La MAPAM (Maison d'Accueil pour Personnes Agées Marginalisées), localisée également au Foyer de la Manutention, qui prend en charge des personnes âgées de plus de 60 ans marginalisées et non dépendantes, la structure n'étant pas médicalisée ;
- Les Pensions de famille, qui accueillent des personnes à faibles ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion qui rend impossible un accès à un logement indépendant. Elles se composent de logements autonomes avec un accès à des espaces collectifs et la présence quotidienne d'hôtes assurant l'accompagnement des résidents.

La SDAT assure par ailleurs une mission de veille sociale à travers différents services, notamment :

- L'Accueil de Jour – Restaurant populaire, qui offre une animation permanente pour les personnes en difficultés grâce à des activités de loisir, de culture et une restauration collective ;
- Le Service Halte de Nuit qui assure l'accueil nocturne des personnes isolées, hommes ou femmes sans enfants mineurs à charge, ayant refusé d'aller en centre d'hébergement ou n'ayant pas pu obtenir de place. La capacité du service est de 15 places ;
- ACOR Centre-Ville, qui a pour objectif d'aller vers les populations marginalisées afin de les amener progressivement à accepter une prise en charge sociale, et une orientation vers les services ou établissements adaptés.

#### **4. Le volet « médical »**

La prise en charge médicale des personnes au sein de la SDAT peut s'effectuer à différents niveaux. On distingue :

- Le SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés), qui a pour but la réalisation du projet de vie des personnes présentant un handicap grâce à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire à domicile. Celle-ci est généralement composée d'un médecin coordinateur, d'infirmières et aides-soignantes, d'un psychologue, d'éducateurs spécialisés, d'une assistante sociale. Des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens peuvent aussi participer à la prise en charge, selon les besoins ;
- Les LHSS, qui accueillent toute personne majeure ne disposant pas de domicile ou vivant dans un logement indécemment dont l'état de santé ne relève pas ou plus d'une prise en charge hospitalière, mais d'une vigilance médicale et/ou de soins réguliers. Ce service dispose d'une capacité de 5 lits et est financé par l'ARS (Agence Régionale de Santé) ;
- L'Antenne d'Accueil Médical de Beaune et le Centre de Santé Polyvalent de Dijon, qui offrent un accès aux soins aux plus démunis avec pour objectif une orientation progressive vers les dispositifs de soins classiques.

#### **5. Actions innovantes de la SDAT**

Outre ces multiples services, la SDAT a su mettre en place des actions innovantes au fil des années, et parmi elles on peut citer :

- L'opération « SAKADO », qui existe en France depuis 2005 et conduite chaque hiver depuis trois ans à Dijon par la SDAT qui collecte des sacs de randonnée confectionnés par des donateurs contenant des denrées alimentaires, produits d'hygiène ou vêtements de première nécessité, qui sont ensuite redistribués aux sans-abris ;
- L'opération « 1000 radios » née en France en 2012 et menée chaque hiver à Dijon depuis cinq ans pour lutter contre l'isolement en distribuant aux personnes à la rue des postes radios fonctionnant à l'énergie solaire ou par dynamo ;
- La permanence vétérinaire « Accomp'animos » qui effectue des consultations mensuelles gratuites pour les animaux de personnes accompagnées d'un référent social SDAT ;
- Le camion itinérant « du Sourire à l'Œil » qui, depuis quatre ans, va au-devant des personnes en situation de grande précarité et d'exclusion, en proposant des consultations dentaires et ophtalmologiques gratuites.

## **E. Le Centre de Santé Polyvalent de la SDAT**

### **1. Présentation**

L'Antenne d'Accueil Médical de Dijon est un dispositif médico-social pluridisciplinaire créé en 1989, et agréé Centre de Santé Polyvalent (CSP) par arrêté préfectoral depuis 2003.

Selon l'article L6323-1 du Code de la Santé Publique, « *les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux* » (48).

La France ne compte pas moins de 1933 centres de santé, dont 350 pluriprofessionnels encore appelés Centres de Santé Polyvalents (49).

Contrairement aux maisons de santé, les professionnels y sont salariés, mais des bénévoles peuvent aussi faire partie de l'équipe.



Ces établissements réalisent des prestations remboursables par l'assurance maladie et leur objectif commun est la mise à disposition d'une médecine de qualité pour tous, dans le but de réduire les inégalités en termes de santé.

Le CSP de Dijon est à la fois antenne sociale, centre infirmier et de consultations médicales. Il offre une prise en charge globale et personnalisée à chaque patient.

Ses missions principales sont les suivantes :

- Assurer l'accueil et l'écoute des personnes les plus démunies, en créant un climat de confiance ;
- Permettre un accès aux soins équitable aux personnes en situation de précarité ou d'exclusion sociale ;
- Accompagner ces personnes afin qu'elles regagnent progressivement les dispositifs de droit commun.

Le public accueilli est composé de personnes majeures en situation de grande précarité ou d'exclusion, avec ou sans couverture sociale, éloignées des structures de soins traditionnelles et confrontées à diverses problématiques médico-sociales. Celles-ci peuvent se présenter seules ou accompagnées, à leur propre initiative ou orientées par un travailleur social, une structure de soins ou toute tierce personne.

De plus, le centre travaille en partenariat avec différentes structures médico-sociales. On retiendra essentiellement la convention établie avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) fin 2016 assurer l'accueil des primo-arrivants migrants en Côte d'Or en collaboration avec la PASS de Dijon, et la convention avec l'équipe mobile de psychiatrie ELIPSES qui effectue des consultations au sein du CSP pour des patients sans couverture maladie et sans hébergement.

## **2. Locaux et personnel**

Le CSP est installé au rez-de-chaussée d'un pavillon qui a été réaménagé totalement en centre de soins en 2013, à proximité du centre-ville de Dijon et facile d'accès en tramway ou en bus.

L'établissement comporte une salle d'attente avec sanitaires, un secrétariat, une salle de réunion, un bureau dédié aux infirmières pour l'accueil socio-administratif, une salle de soins infirmiers, une douche mise à disposition des patients et deux salles de

consultations médicales. Depuis 2014, des cabinets dentaire et ophtalmologique ont été inaugurés au sein du centre.

Afin d'être la plus globale possible, la prise en charge des patients au CSP est assurée par une équipe pluridisciplinaire constituée de :

- 4 médecins généralistes
- 2 médecins psychiatres
- Une infirmière responsable médico-sociale
- Une infirmière
- Une secrétaire à temps partiel

S'y associe une équipe de bénévoles comprenant : 4 chirurgiens-dentistes, un ophtalmologue et une dermatologue, qui n'a repris son activité au CSP qu'à partir d'avril 2017 en raison du manque de médecins postulants.

	Médecins généralistes		Médecins spécialistes	
Lundi	9h-12h	13h30-16h30	Psychiatre	13h30-17h
Mardi		13h30-16h30	Dentiste	14h30-17h30
Mercredi	9h-12h		Dermatologue	9h-12h (1 semaine/2)
			Psychiatre	13h30-17h
Jeudi	9h-12h	14h-16h30		
Vendredi	9h-12h		Dentiste	9h-12h (1 fois/mois)
			Ophtalmologue	9h-12h (1 fois/mois)

*Tableau 1 : Présence hebdomadaire des médecins au CSP*

En 2017, l'équipe de bénévoles s'est agrandie avec :

- Une sage-femme qui propose, depuis le mois de janvier, trois heures mensuelles de consultations gratuites pour accueillir les femmes en situation de précarité, et leur accorder un temps d'écoute et de dialogue autour de la sexualité, des violences qu'elles ont pu subir, mais aussi pour la prescription d'une contraception ou encore la réalisation d'examen de dépistage ;
- Un podologue, depuis le mois de juin, qui réalise de la même manière trois heures de consultations gratuites par mois, pour les patients du centre aux pieds souvent meurtris par leurs conditions de vie, mais aussi pour assurer le suivi de patients diabétiques.

### 3. Fonctionnement

L'établissement est ouvert au public du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h30 à 17h30, sauf le mardi matin qui est réservé aux réunions institutionnelles et partenariales.

L'organisation du CSP s'articule autour de 3 pôles : l'accueil, les soins infirmiers et les consultations médicales.

- Pôle accueil :

L'accueil des patients est assuré par la secrétaire et/ou les infirmières. Il s'agit en premier lieu de l'accueil physique des patients qui se présentent de manière programmée ou spontanée, la gestion de l'attente, des rendez-vous mais aussi d'une aide sur le plan administratif, très souvent sollicitée.

Cet accueil permet en outre d'offrir un premier temps d'écoute au patient, et bien souvent de débrouiller les motifs de consultation.

L'ensemble des consultations se font sur rendez-vous, excepté en cas d'« urgence » ou pour les soins infirmiers pour lesquels les patients peuvent être pris en charge à leur demande sans rendez-vous.

- Pôle infirmier :

Sur le plan infirmier, les missions sont multiples :

- Offrir un temps d'écoute et d'échange aux personnes accueillies ;
- Assurer l'hygiène de certains patients : douches, bains de pieds, application de traitements médicamenteux locaux... ;
- Réaliser des actes techniques et de prévention : pansements, injections, prises de sange, préparation de piluliers, vaccinations, surveillance glycémique et tensionnelle... ;

Et plus particulièrement pour l'infirmière médico-sociale :

- Effectuer l'entretien d'accueil médico-social de chaque nouveau patient ;
- Assurer la coordination entre les différents soignants et référents sociaux.
- Réaliser une activité de recueil statistique et la télétransmission des prestations effectuées par les différents professionnels du centre.

- Pôle médical :

Le temps de consultation médicale est généralement d'une demi-heure par patient. Ce temps est volontairement plus long qu'en médecine de ville, en raison du type de public accueilli pour qui le contexte social à prendre en compte et le besoin d'écoute sont conséquents, mais aussi du fait de la multiplicité des problématiques médicales à traiter et du temps de coordination nécessaire à la prise en charge. La barrière de la langue est une difficulté supplémentaire particulièrement chronophage lorsqu'il s'agit de patients ne parlant pas ou très mal le français, d'autant qu'ils sont de plus en plus nombreux au CSP.

Par ailleurs, les difficultés pour la population accueillie à respecter les dates et heures de rendez-vous à la lettre implique un taux d'absentéisme important mais faisant partie intégrante des difficultés de prise en charge des patients en situation de grande précarité pour qui un accompagnement est indispensable.

Les dossiers médicaux se présentent sous format papier, et comportent en page de couverture les données suivantes : les nom et prénom du patient, sa date de naissance, son adresse, son numéro de téléphone s'il en possède un, le type de couverture sociale, les coordonnées d'un éventuel référent social, le nom du médecin référent au sein du CSP et le statut vaccinal. La situation familiale, les antécédents familiaux et personnels ainsi que les allergies sont renseignés à l'intérieur du dossier, dans des cadres réservés, avec les observations médicales manuscrites.

Une copie de chaque ordonnance délivrée au patient et des comptes-rendus d'examens est intégrée au dossier pour que tout médecin du CSP consulté puisse y avoir accès.

#### **4. Le dispositif itinérant « du Sourire à l'Œil »**

Le déséquilibre entre les besoins en soins dentaires et optiques en population précaire, et l'accès à ces soins persiste malgré les différents dispositifs existants.

De ce constat a été créée en septembre 2013 l'opération « du Sourire à l'Œil » à Dijon, qui organise des consultations mobiles à l'image du Bus Social Dentaire qui sillonne les rues parisiennes depuis 1996.

Le dispositif dijonnais est né de la collaboration de la SDAT avec l'association humanitaire Nomade Médical créée par des chirurgiens-dentistes qui mènent depuis quinze ans, des actions dans différents pays en voie de développement.

Les premiers fonds ayant permis l'acquisition du véhicule ont été récoltés en grande partie grâce au Rotary Club de Dijon Téméraire, une association dijonnaise qui mène diverses actions dans le domaine de l'humanitaire.

- Les objectifs du dispositif :

Il consiste en une unité mobile ophtalmologique et dentaire qui va à la rencontre des personnes en situation de grande précarité et d'exclusion, en particulier les sans-abris, qui ne consultent pas spontanément dans les différentes structures de soins existantes.

Une équipe de professionnels propose des consultations gratuites de dépistage au cours d'un moment d'échange et d'écoute permettant de rétablir du lien social et de générer le processus de réinsertion, notamment dans le monde professionnel où un mauvais état bucco-dentaire et des troubles visuels peuvent constituer un obstacle majeur.

Une orientation vers les structures publiques ou privées peut être conseillée au patient en fin de consultation au patient pour la poursuite de la prise en charge. C'est en ce sens qu'ont été créés les cabinets dentaire et ophtalmologique au sein du CSP dès le mois de juin de l'année 2014, permettant l'accueil des personnes vues au sein du camion.

- L'organisation :

Le véhicule utilisé est une ancienne ambulance qui a été spécialement réaménagée à l'arrière pour garantir de bonnes conditions d'accueil aux personnes qui se présentent. Celui-ci a été recouvert de divers autocollants ludiques qui constituent un premier pas vers le public ciblé, souvent réticent à consulter.



*Figures 3 et 4 : Aménagement extérieur et intérieur du camion itinérant de la SDAT*

Les consultations se déroulent du mois de septembre au mois de juin, au sein du camion qui stationne Place Grangier à Dijon de 20 heures à 22 heures un mercredi sur deux, avec alternance entre consultations dentaires et ophtalmologiques.

Ce jour de la semaine a été choisi en raison de la présence d'une équipe mobile de la Croix Rouge sur la même place tous les mercredis en été, et tous les jours en hiver, à partir de 20 heures 30 pour la distribution de repas aux personnes sans abri, permettant ainsi une plus grande sensibilisation auprès du public visé.

Tous les intervenants sont des bénévoles. Une ou deux personnes encadrent les sorties du camion et sont chargés du repérage et de l'accueil des personnes en difficultés. Pour les consultations dentaires, trois chirurgiens-dentistes ainsi que deux assistantes dentaires se partagent actuellement le calendrier à raison d'un dentiste et une assistante par consultation. Sur le plan ophtalmologique, l'équipe se compose d'un opticien, d'une orthoptiste et d'une infirmière.

- Déroulement d'une consultation :

Lorsqu'un patient se présente, il est invité à s'installer dans le véhicule. Avant l'examen, l'équipe procède ensuite à un interrogatoire médico-social dont les informations sont reportées sur une fiche de consultation comportant : la date de consultation, le nom des intervenants, les nom et prénom du patient, sa date de naissance, son numéro de téléphone s'il en possède un, le référent social, le motif de consultation, les antécédents médicaux et traitements en cours.

A l'issue de l'examen, les résultats de consultation sont retranscrits et l'équipe précise si oui ou non le patient est adressé au CSP, ou éventuellement autre structure, pour la poursuite de sa prise en charge. En cas d'orientation vers le centre de santé, le patient reçoit une fiche comportant le diagnostic et l'adresse du centre avec plan d'accès pour augmenter les chances de suivi, qu'il devra remettre à l'équipe du CSP. Par ailleurs, des kits d'hygiène dentaire, et parfois même des paires de lunettes recyclées et adaptées par les membres de l'équipe d'ophtalmologie, peuvent être distribués aux personnes accueillies.

### III. MATERIEL ET METHODE

#### A. Objectifs de l'étude

Le Centre de Santé Polyvalent de Dijon offre depuis presque trente ans un accompagnement inconditionnel aux personnes les plus démunies pour qui une prise en charge globale est indispensable en vue d'un retour au droit commun.

Cependant, comme de nombreux autres dispositifs médico-sociaux, il reste méconnu des professionnels de santé, notamment des médecins, qui sont pourtant fréquemment amenés à prendre en charge des patients en situation de grande précarité.

Ce travail a pour objectifs l'étude des caractéristiques socio-démographiques et médicales des consultants du CSP, mais aussi la description et la quantification de l'activité des différents pôles de l'établissement au cours de l'année 2017. Ainsi, ces différentes données permettront d'avoir une meilleure connaissance de la structure et du public qui y est pris en charge, et de montrer que le centre de santé dijonnais répond à un enjeu majeur de santé publique dans sa lutte contre les inégalités.

#### B. Choix de la méthode

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive et rétrospective de l'activité du CSP de la SDAT de Dijon du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017.

#### C. Population étudiée

La population de l'étude est représentée par toute personne ayant consulté au CSP de Dijon entre le 01/01/2017 et le 31/12/2017, avec ou sans rendez-vous, et ayant bénéficié d'une prestation, du simple accueil à la consultation spécialisée.

Aucun patient n'a été exclu de l'étude.

#### D. Schéma de l'étude

## **1. Mode de recueil des données**

Les données ont été recueillies à partir du rapport d'activité 2017 du CSP.

Plus particulièrement, les caractéristiques socio-démographiques et médicales des patients sont tirées des éléments relevés par l'infirmière responsable lors des entretiens médico-sociaux, réalisés pour tout nouveau patient pris en charge au centre, mais aussi des observations médicales contenues dans les dossiers médicaux papiers.

## **2. Données recueillies**

Les données ont été recueillies selon deux catégories :

- Les caractéristiques socio-démographiques et médicales, selon les données disponibles :
  - Le sexe
  - L'âge
  - Le type de couverture sociale
  - Le niveau de ressources
  - La référence sociale, correspondant au lieu de vie ou service adresseur
  - Les différents types de pathologies présentées par les patients ayant consulté au pôle médical
  
- L'activité générale du centre :
  - Le nombre de patients accueillis au niveau des différents pôles du CSP
  - Le nombre et les types d'actes infirmiers réalisés
  - Le nombre et les types de consultations médicales dispensées

Les résultats ont été traités à l'aide du logiciel Microsoft ® Office Excel 2016.

## **3. Analyse statistique**

Compte tenu du caractère rétrospectif et de la limitation des données disponibles, aucune analyse statistique n'a été réalisée.



## **E. Etude du dispositif itinérant de la SDAT**

Une petite partie des résultats est consacrée à l'étude de l'activité au sein du camion itinérant de la SDAT au cours de l'année 2017, en raison de la collaboration mise en place avec le CSP depuis la création des cabinets dentaires et ophtalmologiques il y a quatre ans.

Le recueil des données a été effectué à partir des fiches de consultation disponibles, sans exhaustivité assurée.

Les données recueillies étaient les suivantes :

- La date de consultation
- Le type de consultation : ophtalmologique ou dentaire
- Le sexe
- L'âge
- L'orientation vers le CSP ou non, à l'issue de la consultation

## **IV. RESULTATS**

Au cours de l'année 2017, 6 181 passages ont été comptabilisés pour 632 patients différents, du simple accueil à la consultation spécialisée en passant par les soins infirmiers, avec une moyenne de 25 passages par jour.

### **A. Description du pôle « accueil »**

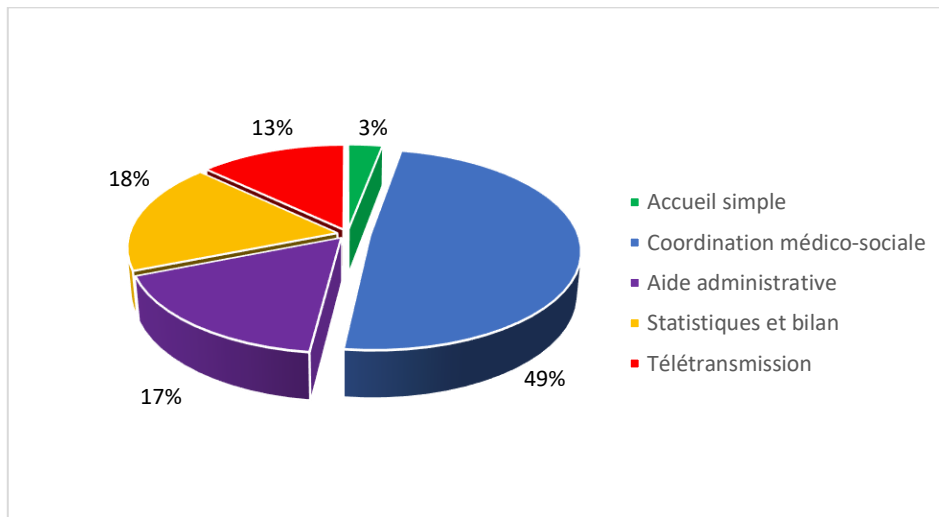


Figure 5 : Activité du pôle Accueil (en % de temps)

Le temps de coordination médico-sociale représente la plus grosse activité du pôle Accueil (49%).

L'accompagnement administratif constitue une autre partie importante de l'activité de ce pôle (17%). En 2017, 474 demandes ont été prises en charge avec notamment 47 dossiers constitués et déposés auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et 14 demandes de CMU-C initiées. Ces demandes ont aussi concerné la lecture et l'explication de documents administratifs, en raison de problèmes de compréhension ou linguistiques.

## B. Description du pôle infirmier

### 1. Description de la population

338 patients, dont 118 nouveaux, ont bénéficiés des soins infirmiers en 2017.

- Répartition selon le genre :

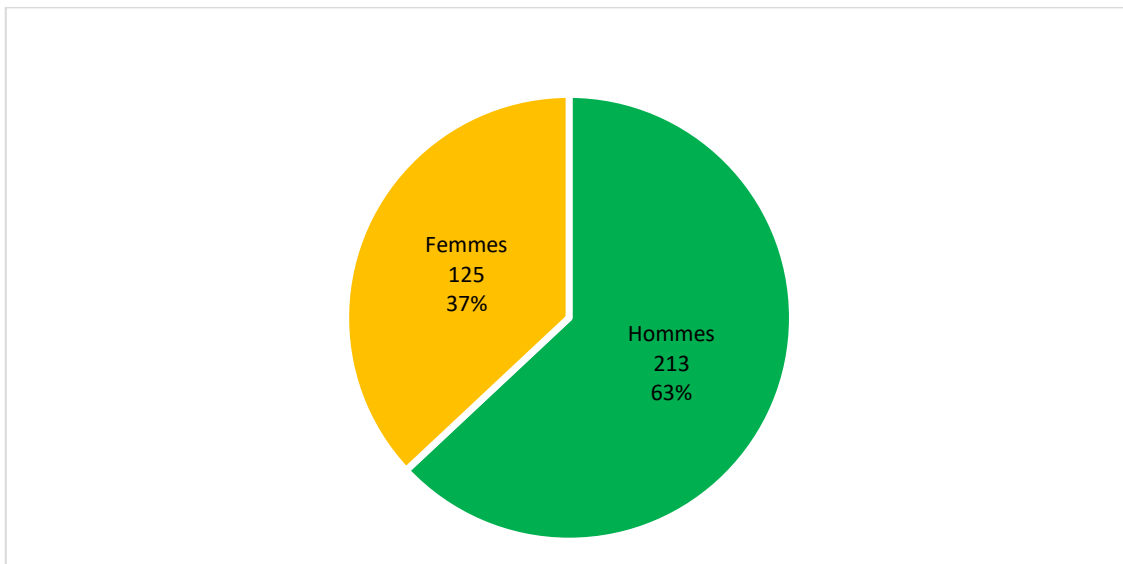


Figure 6 : Répartition des demandeurs de soins infirmiers selon le genre (n=338)

Les hommes représentent environ les deux tiers des patients pris en charge sur le plan infirmier.

- Moyenne d'âge des patients :

La moyenne d'âge des personnes accueillies pour soins infirmiers est de 43 ans, avec 38.7% d'entre elles âgées de 35 ans ou moins.

- Répartition selon la provenance des patients :

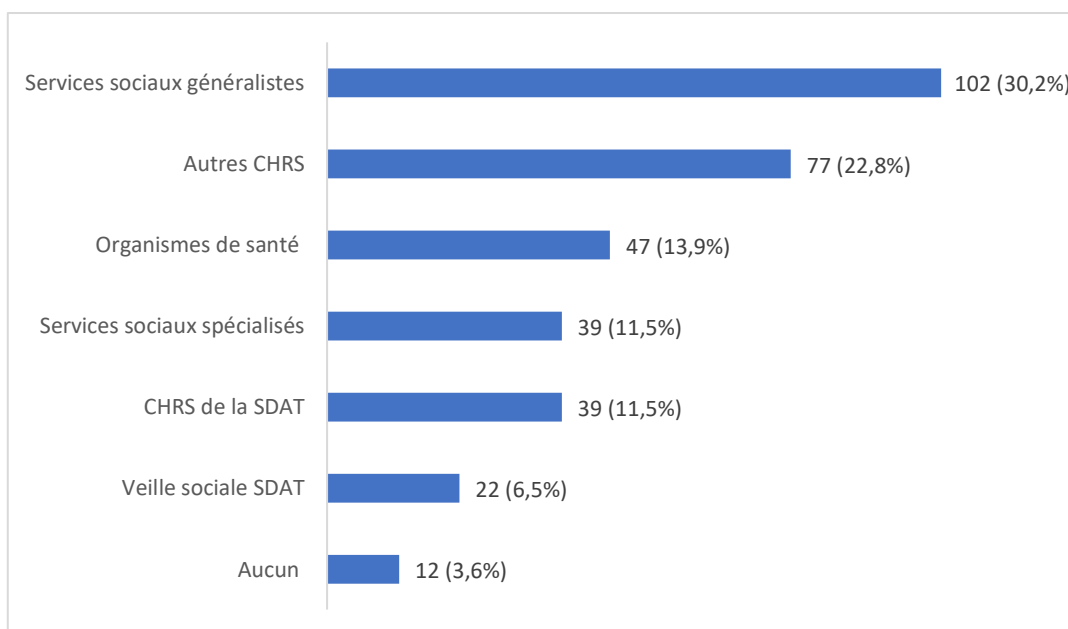


Figure 7 : Références sociales des demandeurs de soins infirmiers

La majorité des personnes ayant bénéficié de soins infirmiers sont issus des services sociaux généralistes (30,2%), essentiellement représentés par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) et le Conseil Général. Mais une grande partie sont aussi des migrants adressés par des services plus spécifiques.

Les organismes de santé sont composés du Centre Hospitalier Universitaire, du Centre Hospitalier de la Chartreuse, de la PASS, des LHSS et de l'équipe mobile de psychiatrie ELIPSES.

Parmi les services sociaux spécialisés, on trouve le service social de l'Assurance Maladie, le service des tutelles et le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation.

Les autres CHRS sont représentés par les établissements suivants : Les foyers du Renouveau, Herriot, Blanqui, Le Pas, le CHRS de la Croix-Rouge.

## 2. Description de l'activité infirmière

### - Activité générale :

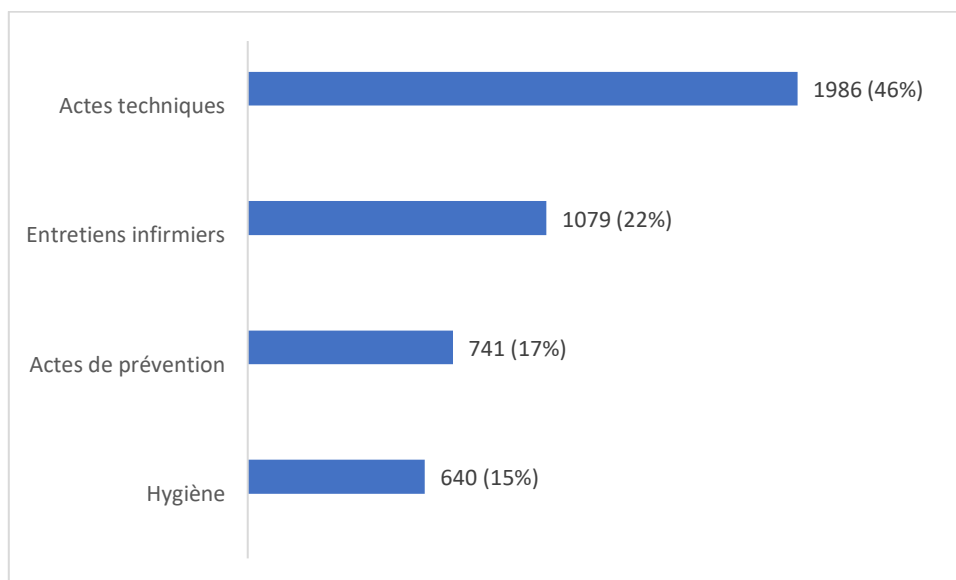


Figure 8 : Activité du pôle infirmier

Au total 4 446 actes ont été effectués, et près de la moitié ont concerné des actes techniques (46%).

### - Les actes techniques :

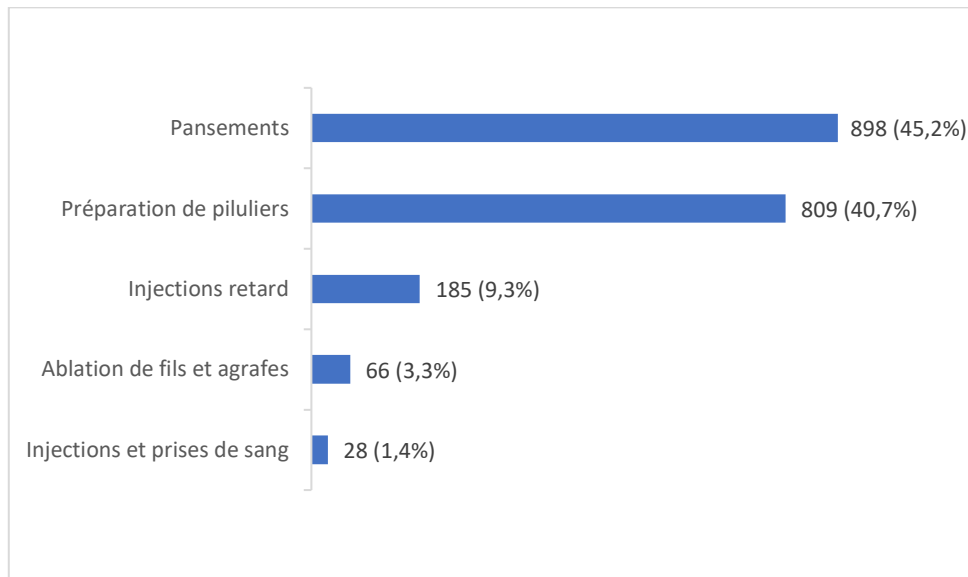


Figure 9 : Répartition des actes techniques infirmiers

La réalisation de pansements et la préparation de piluliers sont les deux principaux actes réalisés par les infirmières, et représentent à eux seuls près de 86% des actes techniques en 2017.

Les « injections retard » correspondent à des traitements neuroleptiques à effet prolongé injectés en intramusculaire. Ils constituent le troisième acte technique effectué par ordre de fréquence.

- Les actes de prévention :

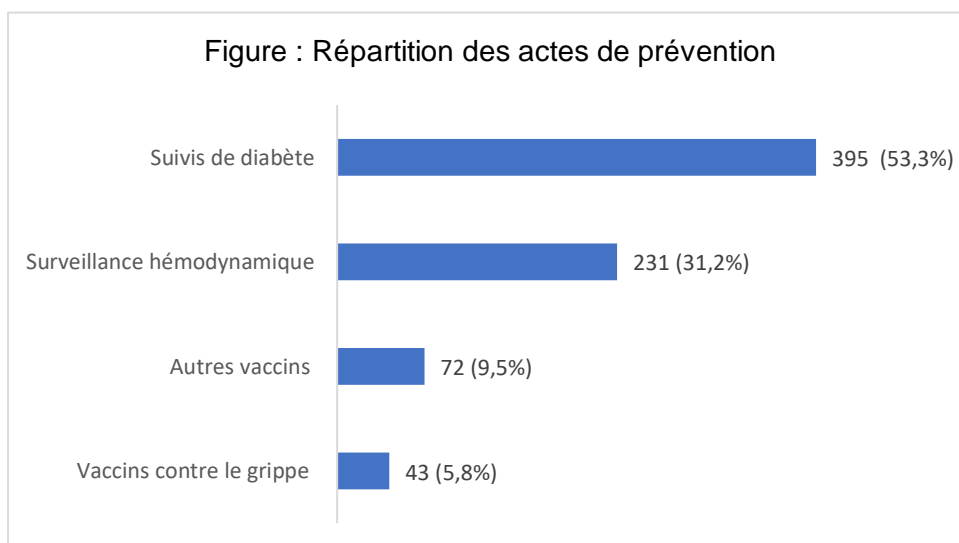


Figure 10 : Répartition des actes de prévention

La surveillance des patients diabétiques représente plus de la moitié des actes de prévention dispensés par les infirmières (53,3%).

Les « autres vaccins » se répartissent de la façon suivante :

- 60 vaccins contre la Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite
- 11 vaccins contre l'hépatite B
- 1 vaccin anti-méningococcique

### C. Description du pôle médical

2 874 consultations médicales ont été effectuées en 2017, toutes spécialités confondues, et celles-ci ont concerné 554 personnes dont 260 étaient des nouveaux patients.

#### 1. Description de la population

- Répartition selon le genre :

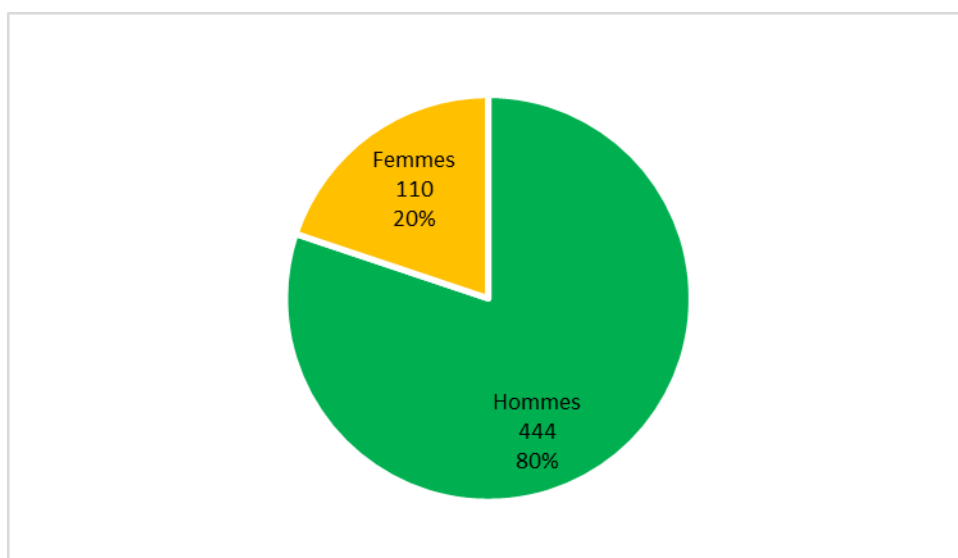


Figure 11 : Répartition des consultants du pôle médical selon le genre (n = 554)

La majorité des consultants sont de sexe masculin (80%).

- Répartition selon l'âge :

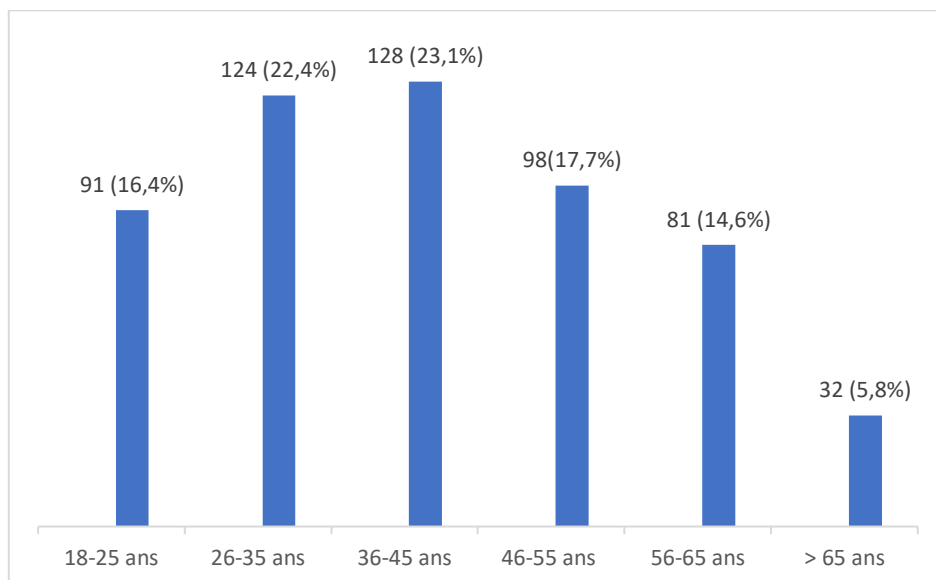


Figure 12 : Répartition des consultants du pôle médical selon la classe d'âge

Trois consultants sur cinq sont âgés de 45 ans ou moins, et les plus de 65 ans constituent une minorité de patients (5,8%).

La moyenne d'âge a été calculée à 42,4 ans.

- Répartition selon la couverture sociale :

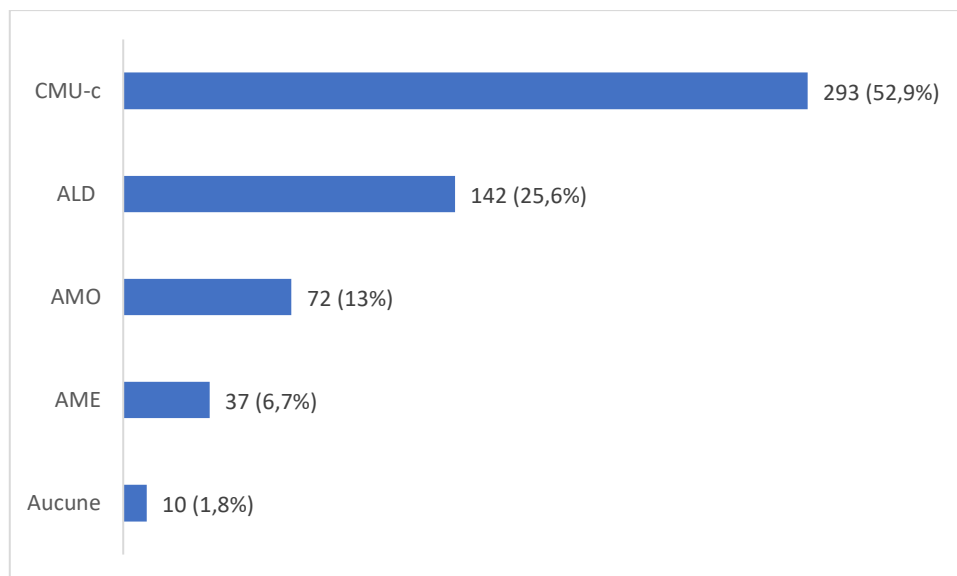
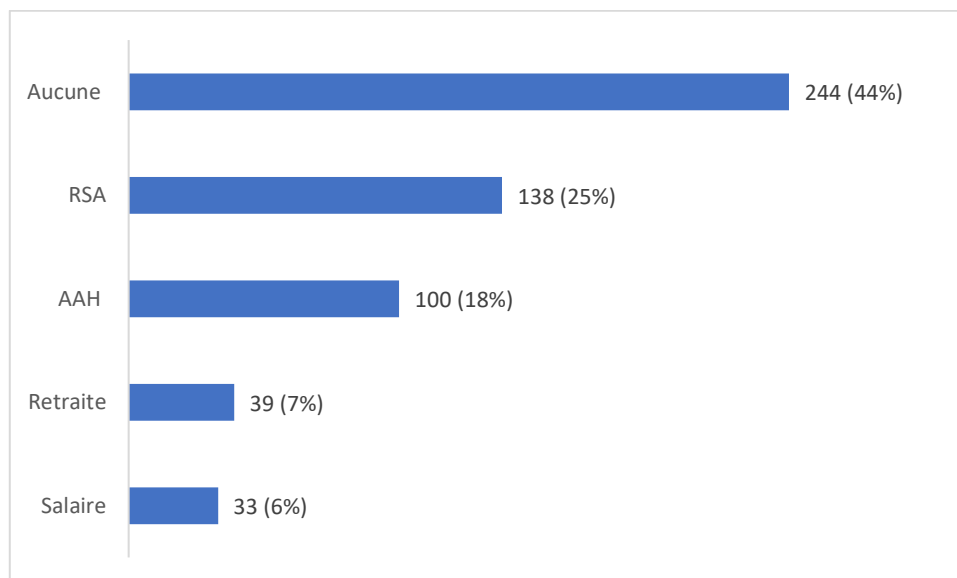


Figure 13 : Couverture sociale des consultants du pôle médical

La majorité des consultants sont des bénéficiaires de la CMU-C (52,9%).

- Répartition selon le niveau de ressources :

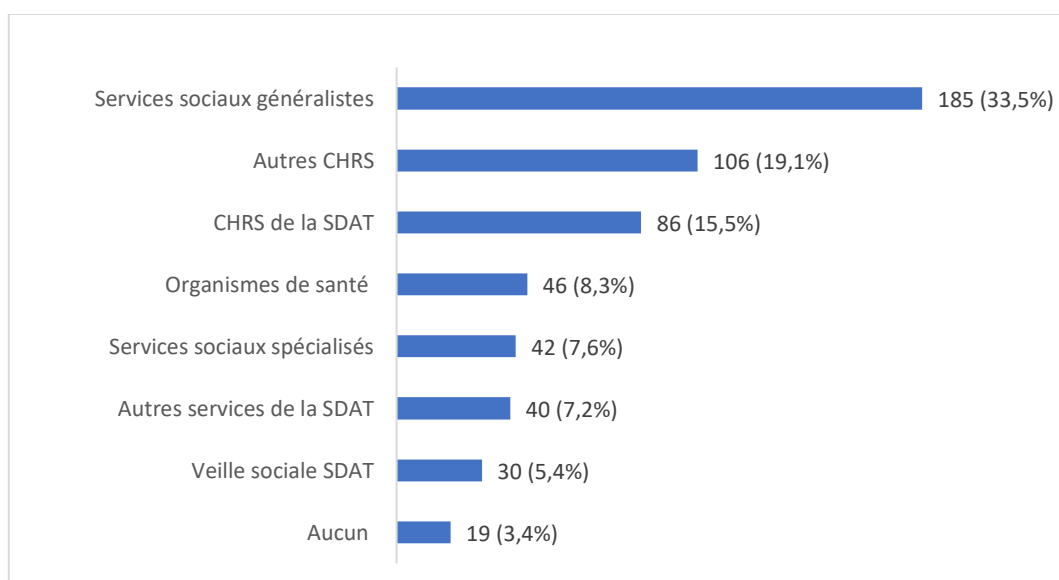


*Figure 14 : Ressources financières des consultants du pôle médical*

La plupart des consultants n'ont aucune ressource (44%).

Un quart d'entre eux touchent le RSA (Revenu de Solidarité Active) et 18 % sont bénéficiaires de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

- Répartition selon les références sociales :



*Figure 15 : Références sociales des consultants du pôle médical*



Un tiers des patients sont adressés par les services sociaux généralistes (33,5%).

Un autre tiers des patients proviennent de l'ensemble des CHRS.

## 2. Description de l'activité médicale

2 874 consultations ont été assurées par les différents médecins du CSP.

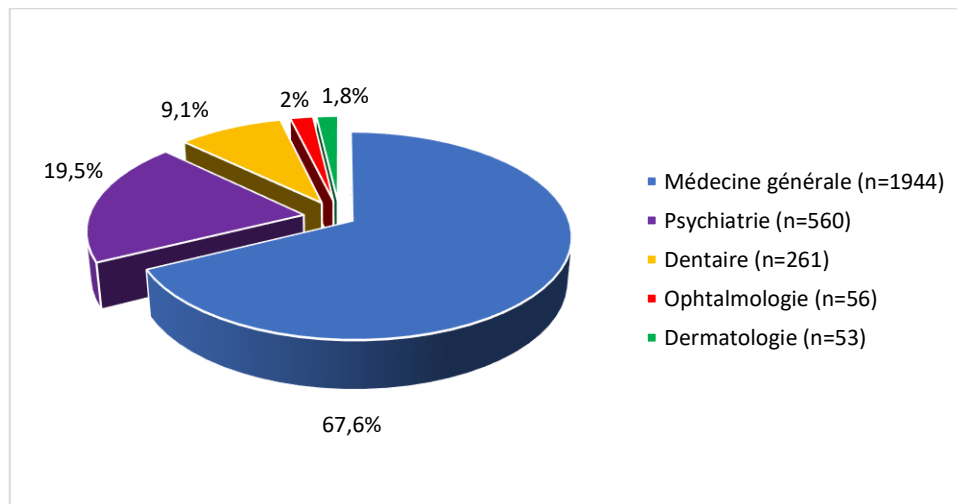


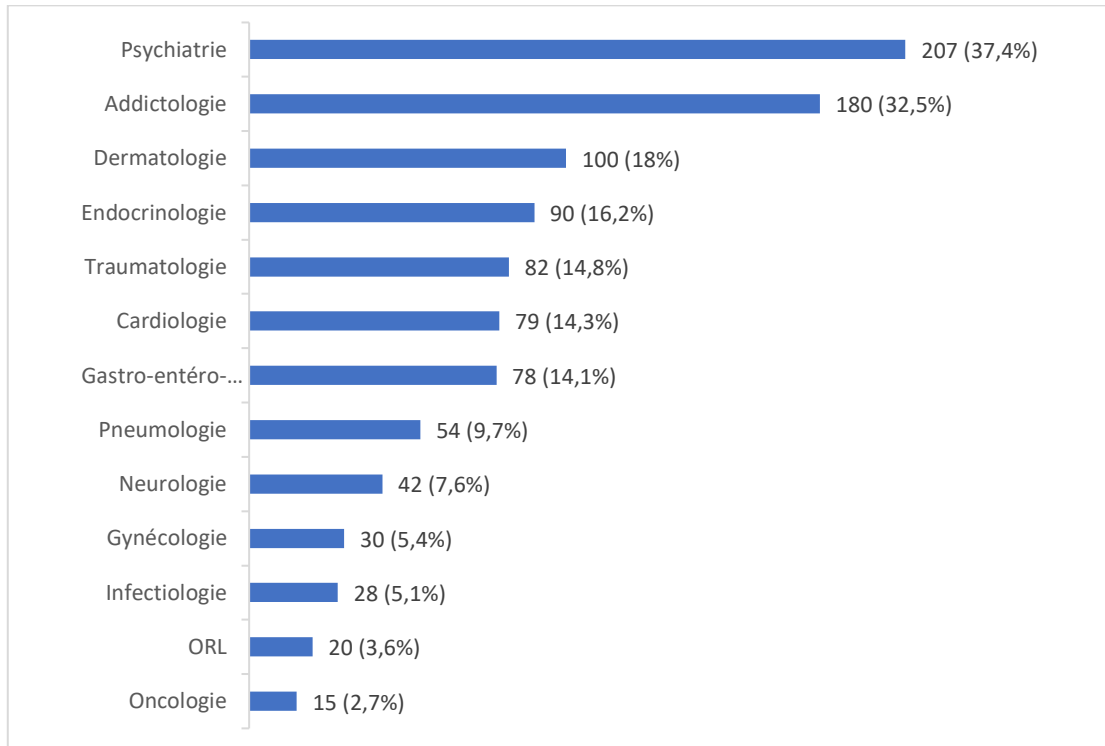
Figure 16 : Répartition des consultations médicales dispensées au CSP

Les médecins généralistes ont réalisé la majorité des consultations (67,6%), suivis par les psychiatres (19,5%).

Le taux d'absentéisme aux consultations de médecine générale a été évalué à 22%. Celui-ci correspond à la proportion de rendez-vous non honorés par les patients.

Les consultations dispensées par les médecins psychiatres ont concerné 132 patients dont 30 nouveaux. Un taux d'absentéisme était également conséquent mais le chiffre est inconnu.

- Répartition selon le type de pathologies rencontrées :



*Figure 17 : Répartition des types de pathologies retrouvées chez les consultants du pôle médical*

*(Note : Plusieurs types de pathologies pouvant être présentés par un même patient, la somme des pourcentages est supérieure à 100)*

Les maladies psychiatriques (37,4%) et l'addictologie (32,5%) sont les pathologies les plus représentées dans la population consultant au pôle médical du CSP.

La dermatologie (18%) et l'endocrinologie (16,2%) arrivent ensuite respectivement en troisième et quatrième positions.

Les pathologies cancéreuses concernent seulement 2,7% des patients.

## **D. Focus sur l'activité bénévole du CSP**

### **1. Consultations dermatologiques**

53 consultations ont été effectuées par la dermatologue en 2017, et 44 patients différents ont été pris en charge.

La moyenne d'âge est de 37 ans.

Le taux d'absentéisme a été important, supérieur à 60%.

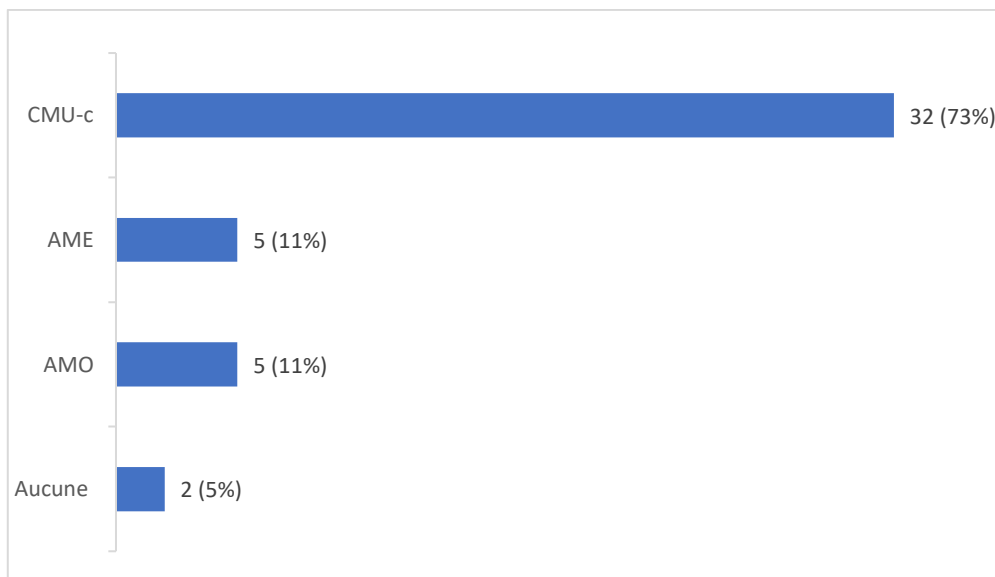


Figure 18 : Couverture sociale des consultants en dermatologie

Les consultants en dermatologie sont très majoritairement des bénéficiaires de la CMU-C (73%).

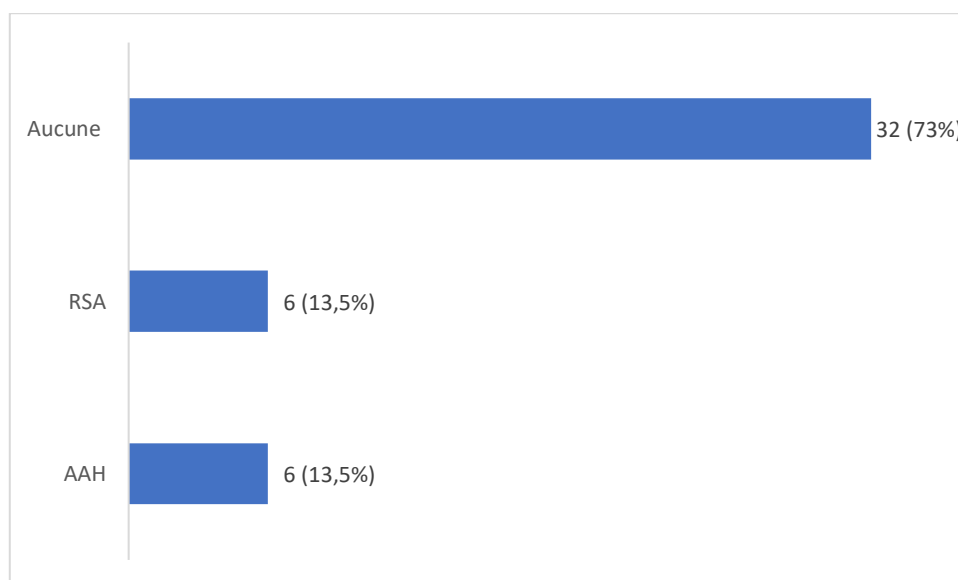
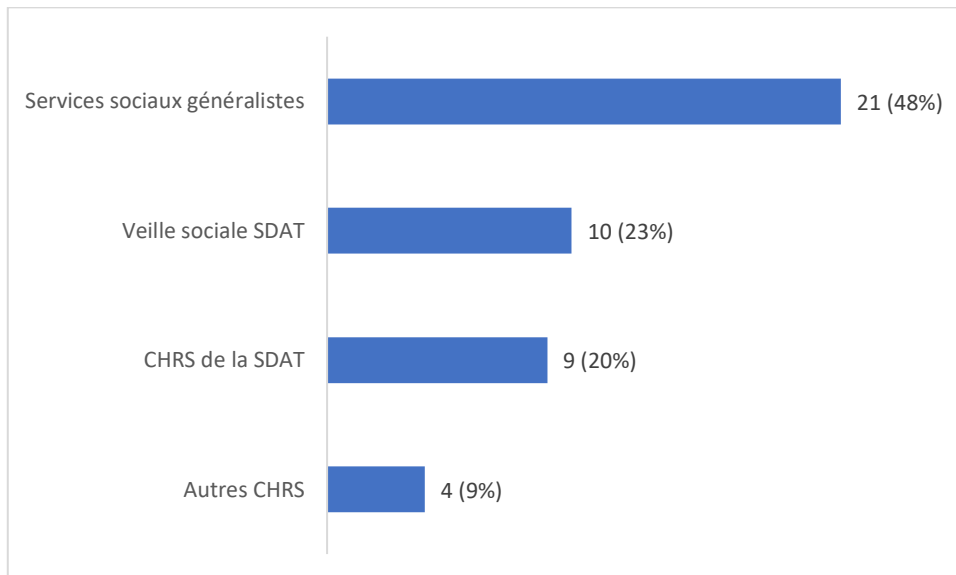


Figure 19 : Ressources des consultants en dermatologie

Les patients n'ayant aucune ressource représentent la majorité des consultants (73%).



*Figure 20 : Références sociales des consultants en dermatologie*

Près de la moitié des consultants proviennent des services sociaux généralistes (48%).

Les autres patients sont essentiellement issus des services de la SDAT (veille sociale et CHRS).

## **2. Consultations dentaires**

261 consultations ont eu lieu au cabinet dentaire du CSP et celles-ci ont concerné 102 personnes différentes.

La moyenne d'âge des patients pris en charge est de 43 ans.

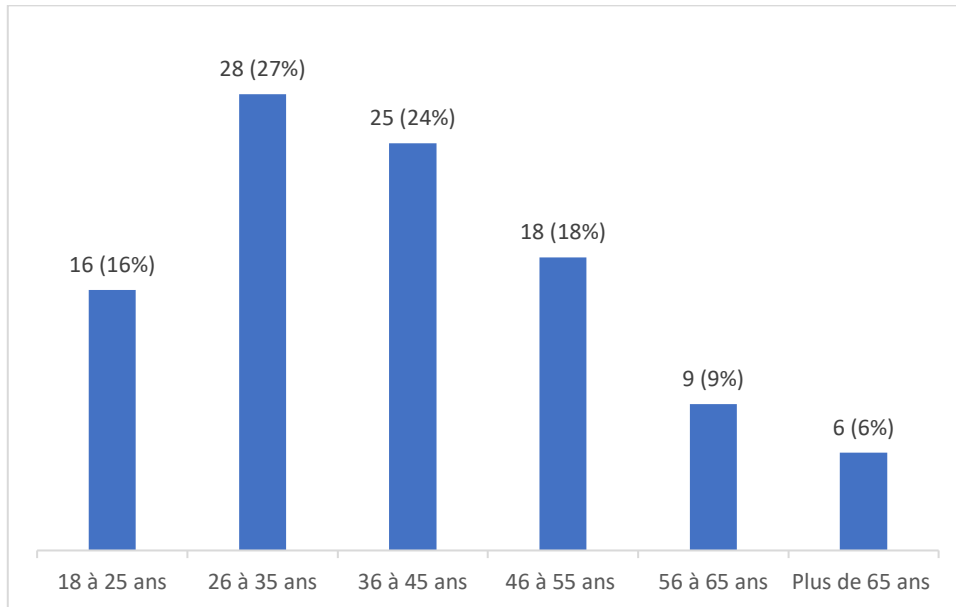


Figure 21 : Répartition des consultants en soins dentaires selon la classe d'âge

La moitié des patients du cabinet dentaire sont âgés de 26 à 45 ans.

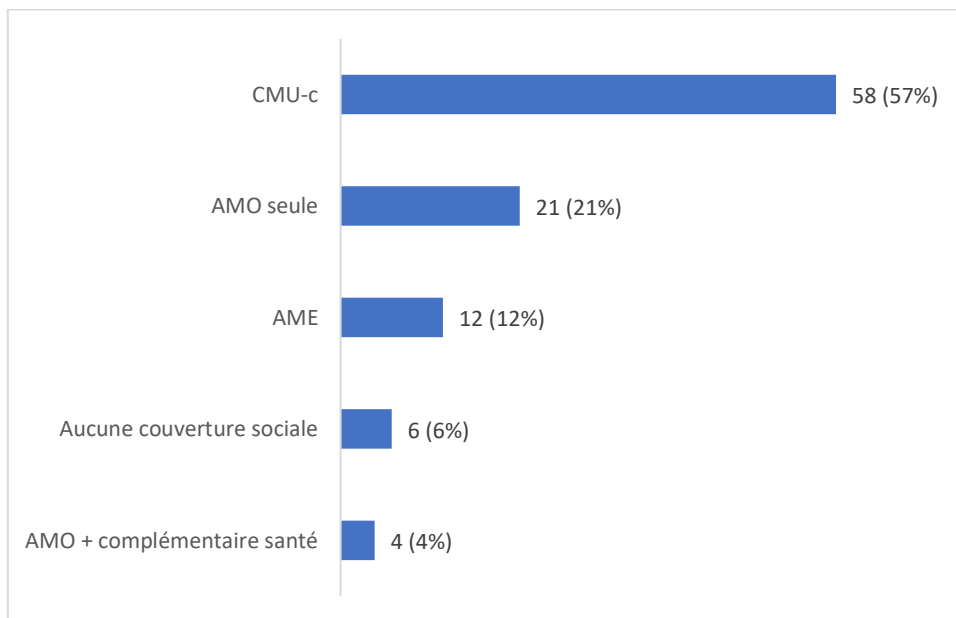
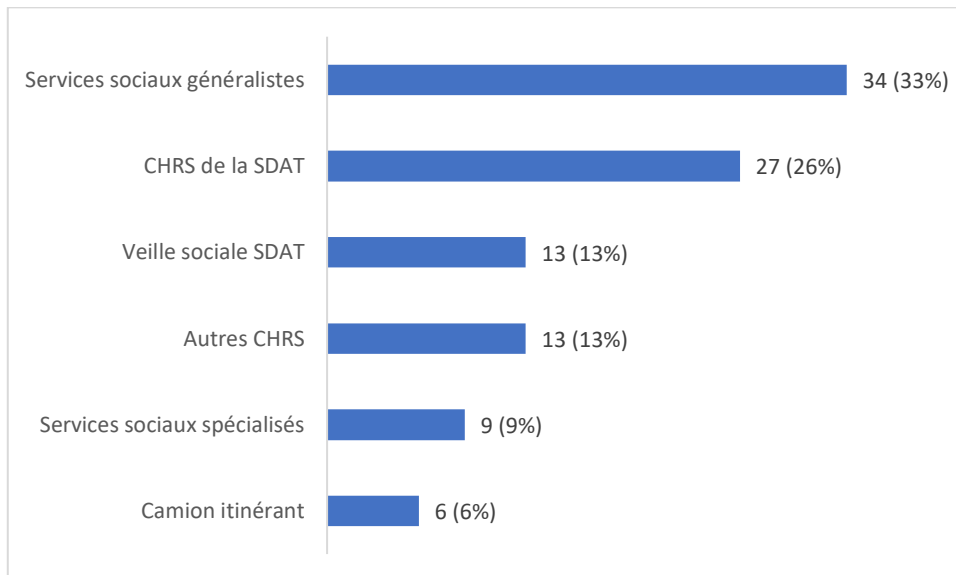


Figure 22 : Couverture sociale des consultants en soins dentaires

57 % des patients consultant pour des soins dentaires sont des bénéficiaires de la CMU-C.



*Figure 23 : Références sociales des consultants en soins dentaires*

Les patients vus au cabinet dentaire proviennent essentiellement des services sociaux généralistes (33%) et des services de la SDAT (CHRS et veille sociale).

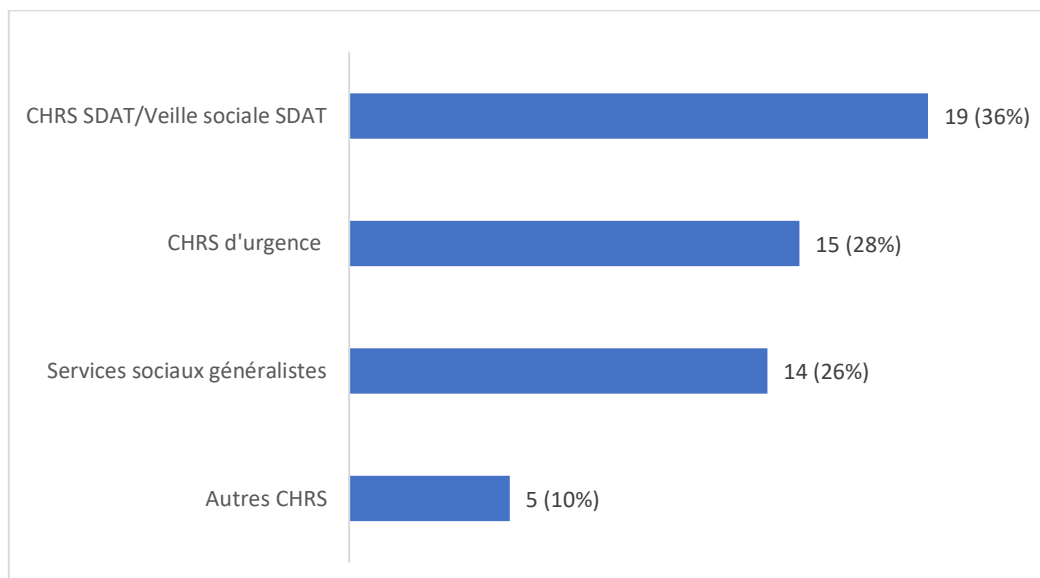
Six pour cent des consultants ont été adressés par le dispositif itinérant « du Sourire à l'Œil ».

### **3. Consultations ophtalmologiques**

56 consultations ont été effectuées pour un effectif de 53 patients.

Dix d'entre eux ont été pris en charge dans le cadre d'une maladie diabétique, soit près de 20% des personnes ayant consulté l'ophtalmologue.

La moyenne d'âge est de 47 ans.



*Figure 24 : Références sociales des consultants en ophtalmologie*

Les patients du cabinet d'ophtalmologie sont issus de manière assez équilibrée entre les services de la SDAT (CHRS et veille sociale), les CHRS d'urgence et les services sociaux généralistes.

La proportion de patients adressés par le camion itinérant de la SDAT n'est pas connue.

#### **4. Consultations gynécologiques**

21 consultations ont été assurées par la sage-femme, et 11 femmes ont pu être prises en charge.

L'absentéisme a été très important avec un taux supérieur à 60%.

#### **5. Consultations de pédicurie-podologie**

Au total, 24 consultations ont eu lieu et 18 personnes en ont bénéficié. Parmi elles, sept ont été prises en charge dans le cadre d'une maladie diabétique.

### **E. Consultations au sein du camion itinérant de la SDAT**

Au cours de l'année 2017, d'après le rapport de l'association SDAT, 20 maraudes ont été organisées :

- Dix par l'équipe dentaire avec 57 consultations effectuées
- Dix par l'équipe d'ophtalmologie avec 53 consultations dispensées

Cependant, les données disponibles concernent seulement 19 consultations. Les résultats sont représentés dans le tableau suivant :

	Consultations Ophtalmologiques	Consultations Dentaires
Nombre de patients vus	10	9
Sexe	9 hommes, 1 femme	8 hommes, 1 femme
Age moyen	47,1 ans	43.1 ans
Nombre de patients orientés vers le CSP	3	7

*Tableau 2 : Résultats de l'étude des consultations au sein du camion itinérant*

- Genre des consultants :

Les consultants sont majoritairement de sexe masculin, qu'il s'agisse des consultations ophtalmologiques ou dentaires.

- Âge des consultants :

La moyenne d'âge des personnes ayant bénéficié de consultations ophtalmologiques a été calculée pour un effectif de neuf patients, la seule femme consultante n'ayant pas pu renseigner sa date de naissance. Sept d'entre eux sont âgés de 45 ans ou plus.

Parmi les neuf personnes ayant consulté un dentiste, six sont âgées de moins de 45 ans.

La moyenne d'âge sur l'ensemble du dispositif est de 45,1 ans.

- Orientation à l'issue de la consultation :

En dentaire, sept patients sur neuf ont été adressés au CSP pour la poursuite des soins. Pour les deux autres, il n'a pas été spécifié s'il y a eu orientation vers le centre ou non.



Concernant les consultations ophtalmologiques, sept patients sur les dix n'ont pas été orientés vers le CSP. Toutefois, parmi ceux qui n'ont pas été adressés vers le centre, trois ont pu obtenir sur place et gratuitement une correction optique adaptée.

## V. DISCUSSION

### A. Limites et points forts de l'étude

#### 1. Limites

Le caractère rétrospectif de l'étude lui confère une première faiblesse qui est l'omission de nombreuses données.

D'autre part, il s'agit de la description d'une population à un instant donné, dont les caractéristiques socio-démographiques mais aussi médicales évoluent dans le temps.

L'ensemble des données a été recueilli uniquement par l'infirmière responsable de manière régulière tout au long de l'année, ce qui représente un premier biais dans le recueil des données. Un biais d'information peut également avoir eu lieu lors des entretiens avec les patients ne parlant pas ou très peu français, induisant des erreurs dans les données recueillies.

Etant donné que les consultations médicales au sein du centre du CSP sont effectuées par différents médecins et que les observations médicales sont saisies manuellement dans des dossiers non informatisés, le recueil rétrospectif des données purement médicales est très difficile.

#### 2. Points forts

Les études rétrospectives ont l'avantage de permettre l'inclusion d'un grand nombre de patients.

D'autre part, la population de notre étude n'a pas subi de sélection puisque tous les patients ayant bénéficié d'une prestation au sein du CSP ont été inclus.

Une grande partie des données recueillies sont des éléments socio-démographiques, qui ne sont pas soumis à interprétation, et constituent donc des données fiables.

## **B. Rappel des principaux résultats**

Au total, 632 personnes ont pu bénéficier d'une prestation au sein du CSP de Dijon au cours de l'année 2017.

Le temps de coordination médico-sociale a constitué la plus grande partie du temps d'accueil au sein du centre (49%).

Sur le plan infirmier, 338 patients, dont 118 nouveaux, ont été pris en charge. Soixante-trois pour cent d'entre eux étaient des hommes, avec une moyenne d'âge de 43 ans. 4 446 actes ont été pratiqués. Les soins techniques étaient principalement représentés par la réalisation de pansements (45,2%) et la préparation de piluliers (40,7%). La prévention, quant à elle, concernait essentiellement le suivi de patients diabétiques (53,3%).

Au niveau médical, 554 personnes ont consulté un médecin du CSP et 260 d'entre elles étaient des nouveaux patients. 2 874 consultations ont été dispensées par les médecins, toutes spécialités confondues, dont 67,6% par les médecins généralistes. Les psychiatres ont réalisé 19,5% des consultations, suivis des dentistes (9,1%), l'ophtalmologue (2%) et la dermatologue (1,8%). Les patients étaient majoritairement des hommes (80%), jeunes (42,4 ans en moyenne), bénéficiaires de la CMU-c (52,9%) et sans ressources (44%). Les principaux types de pathologies présentées par les consultants étaient les maladies psychiatriques (37,4%) et l'addictologie (32,5%). La dermatologie et l'endocrinologie concernaient respectivement 18% et 16,2% des patients.

Deux nouvelles prestations ont été intégrées au centre de santé en 2017 et ont permis la réalisation de 21 consultations de gynécologie et 24 consultations pour des soins de pédicurie-podologie.

La majorité des patients pris en charge au CSP étaient issus des services sociaux généralistes.

Quant au dispositif de consultations mobiles « du Sourire à l'Œil » mis en place par la SDAT, au moins dix-neuf patients en ont bénéficié en 2017 parmi lesquels dix-sept étaient des hommes. L'âge moyen des consultants était de 45,1 ans. Au total, dix des

patients vus à bord du camion ont été orientés vers le CSP à l'issue de la consultation pour poursuivre leur prise en charge, et pour sept d'entre eux il s'agissait de soins dentaires.

## **C. Discussion des résultats**

### **1. Description de la population**

#### **- Genre :**

Au cours de l'année 2017, les consultants au CSP étaient plus fréquemment de sexe masculin, qu'il s'agisse des soins infirmiers (63%) ou des consultations médicales (80%).

Les femmes représentent pourtant la majorité des personnes en situation de précarité et connaissent un état de santé dégradé, mais aussi un moindre accès aux soins (50). Selon l'étude réalisée dans les 18 CPAM en 2016, 64,3% des personnes ayant déclaré avoir reporté ou renoncé à des soins au cours des douze derniers mois étaient des femmes (35).

La proportion d'hommes est plus importante au niveau du pôle médical et cela pourrait s'expliquer par l'afflux important de migrants au CSP au début de l'année, dans le cadre de la convention mise en place avec la PASS. Effectivement, on sait que cette population est majoritairement constituée d'individus de sexe masculin. De plus, les soins infirmiers ont été moins sollicités par ce public.

#### **- Âge :**

Les personnes prises en charge au CSP sont plutôt jeunes, avec des moyennes d'âge allant de 37 ans pour les consultants en dermatologie, à 47 ans pour l'ophtalmologie.

Chez les patients ayant consulté les médecins du centre, près de deux sur cinq étaient âgés de moins de 36 ans. On remarque effectivement d'une façon générale, une précarisation de plus en plus importante des jeunes en France. Toutefois, ces résultats s'expliquent aussi par l'afflux de migrants au centre de santé, qui sont pour la plupart des hommes jeunes.

#### **- Références sociales :**

La majorité des personnes prises en charges au centre proviennent des services sociaux généralistes : 30,2% pour le pôle infirmier et 33,5% pour le médical. Ces

services sont essentiellement représentés par des services qui hébergent une grande partie de la population migrante.

La proportion de patients adressés par ces services a triplé entre 2015 et 2017, puisqu'elle est passée de 11,1% à 33,5%. Parallèlement le nombre de patients issus des organismes de santé, notamment la PASS qui adressait initialement les migrants au CSP, est passé de 20,1% à 8,3%.

Une grande partie des patients, environ 35%, est aussi issue des CHRS dont les CHRS de la SDAT (Foyer de la manutention, Inter'Social Dijon, le Centre d'Aide à l'Insertion).

- Niveau de ressources :

La majorité des personnes qui ont consulté un médecin au CSP n'ont aucune ressource (44%). Un quart vivent du RSA et près d'un cinquième touchent l'AAH, dont les montants respectifs pour une personne seule sont actuellement de 550,93 euros et 860 euros, donc nettement inférieurs au seuil actuel de pauvreté fixé à 1 026 euros.

Le CSP permet à toutes ces personnes aux moyens financiers très limités de bénéficier de soins sans avance de frais ni dépassements d'honoraires, et lève ainsi l'obstacle financier, première cause de renoncement aux soins (35).

- Couverture sociale :

Plus de la moitié des patients ayant consulté un médecin du centre bénéficient de la CMU-C (52,9%).

Ce chiffre est en constante augmentation avec des taux de 36,4% en 2015 et 45 % en 2016. Si cela s'explique en partie par la revalorisation des plafonds d'attribution, on peut aussi penser que le dispositif est mieux connu et que les patients sont mieux accompagnés dans leurs démarches, notamment par l'équipe du CSP qui apporte une aide administrative conséquente à ses usagers puisqu'en 2017, 14 dossiers de CMU-C ont été initiés, sans compter les demandes de renouvellement.

Il est essentiel de rappeler que l'absence de complémentaire santé est reconnue comme un facteur de renoncement aux soins, et donc que le CSP joue un rôle essentiel dans la lutte contre ce phénomène et a fortiori contre les inégalités d'accès aux soins (34,35).

Un quart des patients sont pris en charge au titre d'une ou plusieurs ALD, dispositif qui permet lui aussi de lever l'obstacle financier chez les patients du centre atteints de maladies chroniques avec la prise en charge à 100% des frais médicaux en rapport

avec leurs pathologies. En 2016, plus de 10 millions de français sont bénéficiaires d'une ALD, et les populations précaires sont particulièrement concernées. En effet, les bénéficiaires de la CMUC-C sont plus fréquemment en ALD que le reste de la population (51).

Par ailleurs, on remarque qu'aucun patient n'est bénéficiaire de l'ACS, attribuée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C, ce qui s'explique bien par le faible niveau de ressources du public consultant au CSP de Dijon.

## **2. Spécificités du CSP**

### **- Renouvellement de la population :**

La population prise en charge par le centre de santé est en constant renouvellement.

Le nombre de patients pris en charge pour des soins infirmiers étaient de 338 dont 118 nouveaux, soit un renouvellement de 35% de la file active au cours de l'année 2017.

Au niveau du pôle médical, 260 patients parmi les 554 qui ont consulté un médecin étaient nouveaux, soit un taux de renouvellement de 47%. Ce chiffre était de 35,8% en 2015 et 43,7% en 2016.

Ces résultats démontrent l'intérêt continu des patients pour l'établissement qui, pour beaucoup, joue un rôle de tremplin vers le retour au droit commun.

### **- Allongement du temps de consultation :**

Le temps de consultation médicale au sein du centre est volontairement allongé avec une durée fixée à trente minutes, mais pouvant aller jusqu'à une heure par patient parfois.

Ce temps est essentiel à la prise en charge du public accueilli, dont le contexte social à prendre en compte est conséquent avec des situations fréquentes de ruptures familiales, d'isolement social, de surendettement, de perte mais aussi d'absence d'emploi ou de logement.

Un temps d'écoute particulièrement long est donc nécessaire pour analyser les conditions de vie de chaque personne et encore plus lorsqu'il existe une barrière linguistique, pouvant être particulièrement chronophage. C'est le cas notamment des psychiatres qui ont aussi été amenés à prendre en charge des patients issus de la crise migratoire, et qui ont dû réduire leur nombre de consultations pour accorder un

temps plus long à ces patients. En effet, le nombre de consultations de psychiatrie est passé de 594, en 2016, à 560 en 2017.

D'autre part, les durées de consultations se trouvent prolongées par des problématiques médicales qui sont souvent multiples et complexes. Les patients présentent en effet pour la plupart, des pathologies chroniques au stade de complications avec des difficultés d'observance thérapeutique, et requièrent ainsi un suivi plus minutieux. La coordination médico-sociale avec les différents professionnels intervenant auprès des patients fait également partie intégrante des consultations dont elle prolonge inévitablement la durée.

Afin de répondre au mieux aux besoins de ses usagers, le CSP a donc su s'adapter en leur offrant un temps plus long de prise en charge, temps qu'il est presque impossible à accorder en médecine de droit commun et qui confère toute sa spécificité à cet établissement.

- Absentéisme :

L'absentéisme aux consultations au sein du centre est particulièrement marqué, avec un taux de 22% de rendez-vous non honorés pour la médecine générale, allant jusqu'à des taux supérieurs à 60% pour la dermatologie et la gynécologie. Les taux n'étaient pas connus pour les autres spécialités.

Néanmoins ces chiffres démontrent la réalité de l'inadaptation de la population prise en charge par le CSP à la médecine de droit commun, où l'absentéisme n'est pas toléré. Il est d'ailleurs évoqué par les professionnels de santé qui opposent des refus de soins aux patients bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME comme étant l'une des raisons motivant leurs refus (36).

Cet absentéisme est directement lié aux conditions de vie difficiles des patients en situation de grande précarité qui vivent au jour le jour, amenés à faire passer certains besoins élémentaires avant leur santé et de ce fait éprouvent des difficultés à respecter les dates et heures de rendez-vous fixés. Une perte des repères temporels peut aussi intervenir dans le phénomène, en particulier chez les sans-abris.

L'accompagnement social de ces personnes est indispensable, et c'est aussi le rôle joué par l'équipe du CSP qui n'hésite pas à rappeler les patients qui ne se présentent pas à leur consultation, ou leur référent social, afin de programmer rapidement un nouveau rendez-vous.

### **3. Les soins infirmiers**

Les soins techniques dispensés par les infirmières du CSP ont concerné la réalisation de pansements dans 45,2% des cas.

Cela s'explique par la fréquence des problèmes dermatologiques ainsi que des plaies chez les personnes en situation de grande précarité, vivant parfois dans la rue, nécessitant des soins locaux et des consultations multipliées pour permettre un suivi rapproché. Parfois il ne s'agit que de simples soins de « bobologie », qui pourraient être effectués par un proche, mais qui ne sont pas réalisables pour certains patients du fait de l'isolement social.

L'équipe infirmière du centre est là aussi pour veiller à la prise régulière des thérapeutiques des patients, souvent polymédiqués et incapables de gérer leurs traitements. Cette surveillance se fait à travers la préparation de piluliers, qui représentait aussi une grande part des actes techniques infirmiers (40,7%) et la réalisation d'injections à effet retard (9,3%) chez les patients atteints d'une pathologie psychiatrique pour qui la prise quotidienne de traitements oraux peut être problématique, pour des raisons matérielles ou liées à la pathologie elle-même. Au même titre que les piluliers, ces injections à effet prolongé permettent d'améliorer l'observance thérapeutique chez ces populations dont les conditions de vie liées à la précarité sont reconnues comme facteur d'inobservance.

Sur le plan préventif, les vaccins contre la grippe ont été moins nombreux en 2017 (43 contre 60 en 2016). Cette diminution se justifie par le fait que le Centre de Vaccination de Dijon se déplace maintenant directement dans les différentes structures de veille sociale où l'équipe infirmière du CSP intervenait auparavant. Les autres vaccinations ont au contraire été plus nombreuses avec 60 vaccins anti diphtérie-tétanos-poliomyélite, contre 28 en 2016, et 11 vaccins anti hépatite B, contre 6 l'année précédente. Ces résultats sont liés en grande partie à l'afflux de migrants au sein de l'établissement qui ont bénéficié de ces vaccins essentiellement dans le cadre d'une primo-vaccination.

### **4. La médecine générale**

L'activité en médecine générale a connu une légère augmentation avec 1 944 consultations en 2017 contre 1 879 réalisées en 2016, soit une augmentation de 3,5%.

Les médecins généralistes ont effectué 67,6% des consultations médicales dispensées au CSP. Effectivement, les quatre médecins assurent à eux tous sept demi-journées hebdomadaires, ce qui permet de proposer aux usagers un large choix pour la prise de rendez-vous. A noter que les généralistes gèrent également les problèmes dermatologiques, ophtalmologiques, dentaires mais aussi psychiatriques lorsque le patient ne peut être vu rapidement par les spécialistes, moins présents au CSP.

## **5. La Psychiatrie**

Elle représente la deuxième activité médicale du centre, avec 19.5% des consultations.

On observe que les maladies psychiatriques (37,4%) et l'addictologie (32,5%) étaient les pathologies les plus fréquemment rencontrées chez les personnes ayant consulté au pôle médical.

Ces résultats confortent les données de la littérature qui a montré la surreprésentation de ces pathologies chez la population précaire en comparaison à la population générale, notamment dans l'étude SAMENTA citée plus haut, réalisée auprès des personnes sans logement en Île-de-France en 2009 (26).

Les pathologies mentales et addictions peuvent par ailleurs coexister chez un même patient. Effectivement, la comorbidité entre elles est établie, en particulier chez les personnes vivant dans des conditions difficiles. L'enquête SAMENTA a démontré que près de la moitié des personnes atteintes de troubles psychotiques (49,3%) présentaient une dépendance à au moins un produit psychoactif, que 30,1% d'entre elles étaient dépendantes à l'alcool et que plus de 30% consommaient régulièrement du cannabis. Les chiffres sont sensiblement proches concernant les troubles de la personnalité. Il n'a cependant pas été établi d'association significative entre les troubles dépressifs et l'usage de l'alcool ou de drogues (26).

Les patients pris en charge au CSP qui, en plus de leur situation sociale, souffrent d'une pathologie mentale à laquelle s'ajoutent des difficultés d'observance thérapeutique et des comportements addictifs fréquents, représentent un danger potentiel vis-à-vis de la société mais aussi de leur propre personne. Le centre de santé, à travers la disponibilité de son équipe tous les jours de la semaine, offre un cadre plus



sécurisant et permet d'assurer un suivi plus rapproché de ces personnes, qui ne pourrait être réalisé en psychiatrie libérale.

## **6. La dermatologie**

Les pathologies dermatologiques sont fréquentes en population précaire, en particulier chez les sans-abris. Au CSP, elles touchaient 18% des consultants du pôle médical. Les données sociales disponibles pour les patients ayant consulté la dermatologue montrent qu'elles proviennent en grande partie de la veille sociale, sont bénéficiaires de la CMU-C et n'ont aucune ressource. Ce sont donc essentiellement des personnes vivant dans des conditions sociales défavorables, dont une grande promiscuité et un défaut d'hygiène, qui les prédisposent à certaines maladies de la peau contagieuses telles que les ectoparasitoses (gale, pédiculose de corps) ou les dermatoses bactériennes et fongiques, à risque de complications en cas d'absence de traitement.

Malgré la demande, le nombre de consultations dermatologiques dispensées au CSP a connu une baisse progressive depuis 2015. Elles étaient au nombre de 97, 75 puis 53 respectivement en 2015, 2016 et 2017. Ceci est directement lié au manque de spécialistes pour assurer les consultations. En effet, celles-ci ont été suspendues à partir de septembre 2016 suite au départ non remplacé de la dermatologue bénévole du CSP, et n'ont pu reprendre qu'en avril 2017 avec le retour de ce médecin, faute de postulants.

La présence d'un dermatologue au sein de cet établissement apparaît donc essentielle au vu de la fréquence des problèmes cutanés, qui sont étroitement liés aux conditions de vie et pour lesquels une prise en charge adaptée est nécessaire.

## **7. L'endocrinologie**

16,8% des patients du pôle médical avaient une pathologie endocrinologique.

Les diabète de types 1 et 2 sont eux aussi surreprésentés au sein de la population précaire. En effet, la précarité prédispose à la maladie diabétique et notamment au risque de complications du diabète (30,52).

En effet, le suivi de patients diabétiques représentait plus de 50% des actes de prévention réalisés par l'équipe infirmière du CSP en 2017, et près d'un patient sur cinq du cabinet d'ophtalmologie du centre, ont été vus dans le cadre d'un diabète.

Différents facteurs doivent être pris en compte chez les populations en grande précarité souffrant d'un diabète. Une mauvaise hygiène de vie avec des comportements addictifs, notamment à l'alcool, une alimentation déséquilibrée et irrégulière, des troubles mentaux fréquemment associés et parfois l'absence de logement et un isolement social peuvent compromettre l'équilibre glycémique et donc induire des complications potentiellement graves.

L'intervention d'un pédicure-podologue depuis le mois de juin 2017 a permis la prise en charge de 18 patients dont sept diabétiques. Cette nouvelle prestation au sein du CSP a toute sa place puisqu'il est démontré que les patients diabétiques en grande précarité ont un risque podologique élevé (52) et donc la surveillance se doit d'être accrue dans cette population.

De ce fait, une prise en charge globale médico-psycho-sociale de ces patients est primordiale, et c'est là le rôle du CSP qui fait intervenir différents acteurs pour assurer le meilleur suivi possible.

## **8. Les soins dentaires**

Parce qu'ils sont les plus touchés par le renoncement aux soins pour raisons financières et qu'ils sont dispensés gratuitement au CSP, les soins dentaires représentent l'activité bénévole principale du centre avec 261 consultations réalisées en 2017, soit 78 consultations de plus qu'en 2016.

En effet, du fait de leurs conditions de vie difficiles associant une mauvaise hygiène, une alimentation déséquilibrée et une prévalence élevée des comportements addictifs, les personnes en grande précarité sociale se présentent très souvent en consultation avec des dégradations majeures de leur état bucco-dentaire avec un risque de complications infectieuses et de dénutrition. Ils nécessitent fréquemment des soins lourds, qui sont mal pris en charge par la CPAM avec un reste à charge important. D'ailleurs, 21% des consultants pour soins dentaires au CSP n'avaient pas de complémentaire santé et 6% n'avaient aucune couverture sociale. D'autre part, 57% d'entre eux étaient des bénéficiaires de la CMU-C et 12% de l'AME, et donc étaient

par conséquent plus exposés au refus de soins de la part des chirurgiens-dentistes libéraux. Tous ces éléments expliquent le succès connu par le cabinet dentaire du CSP.

La demande de soins a donc été plus importante, notamment dans la tranche des 18-25 ans, qui représentaient 16% des patients du cabinet dentaire (4% en 2016), et qui étaient pour la plupart des jeunes migrants. Parallèlement, l'équipe de chirurgiens-dentistes s'est agrandie avec 1 médecin et 1 assistant supplémentaires par rapport à l'année précédente, ce qui a permis de mieux répondre aux besoins des usagers.

La proportion de patients issus du dispositif « du Sourire à l'Œil » n'était pas connue, probablement en raison d'un manque de traçabilité, étant donné que les patients ne présentent pas nécessairement la fiche de suivi remise lors de la consultation au sein du camion.

## **9. L'ophtalmologie**

L'ophtalmologie est la deuxième spécialité touchée par le renoncement aux soins pour raisons financières, et comme les soins dentaires, ils sont dispensés gratuitement aux usagers du centre de santé.

Pourtant l'activité du cabinet d'ophtalmologie a connu une légère baisse avec 56 consultations en 2017 contre 69 en 2016. Ce résultat ne fait pas suite à une moindre demande, mais au manque de personnel avec le départ de deux des trois ophtalmologistes qui exerçaient au CSP. Les consultations sont donc assurées par un seul ophtalmologiste depuis le 2<sup>ème</sup> semestre de l'année 2016.

Ces consultations font partie intégrante du processus de réinsertion. En effet, des troubles visuels non détectés sont susceptibles d'avoir un impact majeur sur la mobilité des personnes mais aussi sur leurs interactions avec autrui et donc de faire obstacle à une réinsertion sociale et professionnelle, notamment lorsqu'il existe un analphabétisme associé, fréquent en population précaire.

On remarque que six pour cent des patients reçus au cabinet d'ophtalmologique proviennent du dispositif itinérant de la SDAT. Cependant ce chiffre ne concerne que les patients qui se sont présentés avec la fiche remise par l'équipe mobile, ou en spécifiant oralement qu'ils ont été adressés à la suite d'une consultation au sein du camion. Comme pour le cabinet dentaire, il est donc possible des patients issus du

dispositif de consultations mobiles aient été pris en charge sans que cette provenance n'ait été connue par l'équipe soignante.

## **10. La gynécologie**

Seulement 21 consultations ont été effectuées par la sage-femme.

Ceci s'explique par le fait que cette prestation au sein du centre est récente, puisqu'elle n'a débuté qu'en janvier 2017, et par la spécificité du public visé.

En effet, les femmes en situation de précarité ont un moindre accès aux soins, et particulièrement sur le plan gynécologique, s'agissant de leur intimité. Elles utilisent moins souvent les moyens de contraception (53), a fortiori pour les femmes sans abri, ce qui engendre une prévalence plus élevée de grossesses non prévues et non désirées, mais aussi plus risquées. Une étude menée auprès de femmes prises en charges dans les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde en 2013 (54) a relevé que 37,3% de ces femmes ont déclaré avoir eu recours à une interruption volontaire de grossesse au cours de leur vie, contre 17,4% en population générale.

Elles participent également moins souvent aux dépistages des cancers spécifiques des femmes et y survivent moins (50). Par exemple, l'étude menée par Médecins du Monde a montré que 66,9% des femmes interrogées ont déclaré n'avoir jamais réalisé de frottis cervico-utérin, et ce parce qu'elles ne connaissaient pas cet examen pour 34,5% d'entre elles. La notion de sous-diagnostic rejoint les résultats obtenus au CSP qui ont révélé que les pathologies cancéreuses, d'une manière générale, concernaient seulement 2,7% des consultants.

Les consultations gynécologiques proposées par le CSP ont donc toute leur place, cependant un temps d'« apprivoisement » semble nécessaire pour arriver à réconcilier ces femmes avec le soin mais aussi leur corps, et augmenter les chances de les voir consulter au centre.

## **11. L'activité au sein du camion itinérant de la SDAT**

D'après les données disponibles, 19 patients au total ont été prise en charge à bord du dispositif, dont dix personnes lors des consultations ophtalmologiques et neuf en

dentaire. La majorité des consultants étaient des hommes, âgés de 45,1 ans en moyenne.

L'INSEE, dans une étude à propos de l'hébergement des personnes sans-domicile francophones en 2012 (55), révèle que ces derniers sont âgés de moins de 50 ans dans 75% des cas et que 38% d'entre eux sont des femmes. Plus particulièrement, ces dernières représentent seulement 5% des sans-abris, car elles bénéficient en général de solutions d'hébergement plus stables. Cela explique peut-être pourquoi la population vue à bord du camion est essentiellement masculine, d'autant plus que les femmes ont un moindre recours aux soins que les hommes.

La couverture sociale, le niveau de ressources et le type d'hébergement des patients pris en charge n'étaient pas connus.

Le nombre de patients orientés vers le CSP à la suite d'une consultation au sein du camion était plus important lorsqu'il s'agissait de soins dentaires avec sept patients adressés sur les neuf pris en charge, alors que seulement trois patients sur les dix vus en ophtalmologie y ont été adressés. Cela s'explique par la fréquence et la gravité des pathologies dentaires nécessitant des soins urgents dans cette population, soins ne pouvant être réalisés sur place puisque le dispositif n'a qu'une activité de dépistage et de prévention. Et d'autre part, sur les sept patients d'ophtalmologie qui n'ont pas été orientés vers le centre, trois ont pu repartir avec une correction optique adaptée et gratuite.

On peut donc affirmer que le dispositif rempli sa mission puisque grâce à lui, quelques personnes, aussi peu nombreuses soient-elles, ont pu bénéficier de ces services et engager le pas vers la réinsertion. Ce projet mené par la SDAT avait d'ailleurs été récompensé par la FEHAP (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs) qui lui a décerné le prix de l'innovation en 2013.

La coordination avec le CSP devrait être néanmoins améliorée pour assurer un meilleur suivi des patients pris en charge.

#### **D. Perspectives**

Cette étude réalisée au CSP de Dijon a permis de mettre en évidence les principales caractéristiques socio-démographiques et médicales de la population prise en charge

par l'établissement, ainsi que de quantifier l'activité des différents pôles au cours de l'année 2017.

Cependant, le caractère rétrospectif de ce travail n'a pas permis de recueillir un nombre suffisant de données, notamment sur le plan médical. Un travail prospectif permettrait d'avoir des réponses plus précises et plus fiables, d'autant plus que l'informatisation des dossiers médicaux est prévue très prochainement au sein du CSP, ce qui facilitera le codage et l'exploitation des données qui pourront être utilisées à des fins statistiques.

Concernant les résultats de l'étude, l'augmentation constante de la demande de soins au CSP montre que les besoins en matière de santé sont de plus en plus importants au sein de la population précaire. Il est donc évident que cet établissement, qui assure une prise en charge médico-sociale globale et adaptée à chaque usager, tient une place primordiale dans le processus de réinsertion qui va faire intervenir l'ensemble des acteurs de la SDAT.

Toutefois, l'offre y reste limitée par manque de personnel soignant. Le problème étant que les structures médico-sociales d'une manière générale, tout comme le public précaire, sont peu ou mal connus des professionnels de santé, notamment des médecins, alors que la prise en charge de ces patients exige une connaissance de ce milieu. Être capable de repérer les situations sociales fragiles et savoir où orienter les patients sont deux compétences nécessaires pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins.

Au cours du cursus des études médicales, la précarité est évoquée dans un item du programme des Epreuves Nationales Classantes intitulé « Sujets en situation de précarité » avec des objectifs d'apprentissage tels que la connaissance des facteurs de risque de précarité, des pathologies les plus fréquentes et des dispositifs médico-sociaux adaptés mais aussi la capacité à évaluer une situation de précarité. Par ailleurs, l'Université de Bourgogne propose depuis plusieurs années une formation dispensée dans le cadre du Diplôme Universitaire « Action Humanitaire » destinée aux étudiants inscrits en 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales ou tout autre professionnel de santé souhaitant s'investir dans l'action humanitaire ou amenées à travailler en pays en développement mais aussi en milieu précaire. Toutefois, le sujet reste peu abordé, en particulier sur le plan pratique. Les terrains de stage au sein de structures médico-sociales telles que les services de Protection Maternelle et Infantile, les PASS, les Centres de Santé ou Centres d'Examens de Santé des CPAM, pourraient être

favorisés. Pour les médecins salariés ou libéraux, des journées de formation dans le cadre de la formation continue, devraient être encouragées pour parfaire les connaissances du domaine de la précarité et de l'exclusion sociale.

Force est de constater que des populations demeurent en situation d'extrême exclusion, en rupture avec les structures existantes. Des consultations médicales mobiles pour aller au-devant de ces personnes marginalisées, peuvent constituer une alternative dans la problématique d'inégalités d'accès aux soins des plus démunis.

Le dispositif « du Sourire à l'Œil » créé à Dijon par la SDAT montre des résultats encourageants puisqu'il a permis à des personnes éloignées des soins de bénéficier d'un dépistage gratuit ophtalmologique et dentaire, spécialités les plus touchées par le renoncement aux soins, avant d'être orientées vers le CSP afin d'assurer la continuité des soins. Mais avant tout, ces consultations permettent de recréer du lien social et de remettre ces hommes et ces femmes sur le chemin de la réinsertion.

C'est dans le même esprit que l'association dijonnaise a développé il y a un an un nouveau projet, baptisé « l'Amour Propre » qui consiste à mettre à disposition des sans-abris un camion réaménagé en douche mobile. Des vêtements propres sont proposés aux usagers, ainsi qu'un moment d'échange et d'écoute autour d'un repas ou d'une boisson chaude. A Dijon, la population sans domicile féminine a elle aussi été ciblée par ce nouveau dispositif qui propose parallèlement des consultations gynécologiques mensuelles gratuites dispensées par une sage-femme bénévole, offrant ainsi la possibilité à ces femmes vulnérables d'évoquer leurs problèmes dans le domaine de la sexualité et de bénéficier d'actions de dépistage avec notamment la réalisation de frottis cervico-utérins.

D'autres initiatives similaires, inspirées elles aussi du modèle parisien « Mobil'douche » créé en 2012, ont vu le jour en France. Parmi elles on peut citer « Le Camion douche » à Toulouse qui maraude depuis mai 2015 et « Etmadouche ? » à Nantes depuis mai 2018.

La médecine « itinérante » pourrait ainsi s'élargir à d'autres types de populations, exposées elles aussi aux difficultés d'accès aux soins comme les personnes âgées ou en situation de handicap, mais aussi les habitants de zones touchées par la désertification médicale.

## VI. CONCLUSION

Diverses études ont permis d'identifier les phénomènes à l'origine des inégalités d'accès aux soins, en particulier chez les populations en grande précarité sociale. Bien que des progrès aient été réalisés depuis la création de nouvelles structures d'accueil et de dispositifs d'aide financière pour les plus démunis, des inégalités persistent au sein du système de santé français pourtant considéré comme « le plus performant » par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2000.

Dans ce contexte, les centres de santé, qui constituent des structures de proximité délivrant des soins de premier recours, ont vocation à se développer.

La SDAT (Société Dijonnaise d'Assistance par le Travail), association dijonnaise historique créée en 1903 ayant pour mission principale la lutte contre l'exclusion en faveur des plus démunis et agissant dans le champ de l'insertion sociale et professionnelle, a vu son antenne d'accueil médical être agréée Centre de Santé Polyvalent en 2003.

Cette étude rétrospective avait pour but de dresser le bilan d'activité de l'année 2017 du Centre de Santé Polyvalent de Dijon, réservé à un public en situation d'exclusion sociale, et de montrer que cet établissement à toute sa place dans notre système de santé à l'heure où les inégalités se creusent.

La demande de soins y est en constante augmentation, notamment dans les domaines dentaire et ophtalmologique qui sont les plus touchés par le renoncement aux soins. L'établissement tente de répondre à ces besoins grâce l'investissement de quelques personnes, salariées ou bénévoles. Cependant l'offre reste insuffisante et ce, en grande partie en raison de la méconnaissance de cette structure ainsi que du phénomène de précarité par les différents professionnels de santé.

Loin de pratiquer une médecine à deux vitesses, le centre de santé veille à maintenir un accès égalitaire à des soins de qualité et adaptés à l'égard de ses usagers qui requièrent une prise en charge globale par une équipe pluridisciplinaire.

Pourtant, une partie de la population se trouve toujours en situation d'exclusion et éloignée des soins, suggérant le nécessité d'une autre approche.



C'est à l'image du SAMU social ainsi que d'autres associations, que la SDAT a su développer de nouvelles stratégies pour aller au-devant des personnes en errance dans les rues dijonnaises avec la mise en place de consultations mobiles gratuites. Ce dispositif, baptisé « du Sourire à l'Œil », propose depuis cinq ans des bilans dentaires et ophtalmologiques à toute personne démunie ou en situation d'exclusion. Et plus récemment, devant les résultats plutôt encourageants, l'association a renouvelé l'expérience avec la création de consultations mobiles gynécologiques, visant ainsi le public féminin pour qui l'accès aux soins est moins aisé.

Des consultations « itinérantes » de ce type peuvent en effet constituer une alternative pour pallier la problématique des inégalités d'accès aux soins, que ce soit pour des populations en grande précarité et exclues du système de santé ou bien en situation de dépendance, comme les personnes âgées ou handicapées, mais aussi celles exposées à la désertification médicale.

Il est certain que ce type de consultations a un coût et des actes techniques ne peuvent pas toujours être pratiqués. Néanmoins, de simples actions de dépistage et de prévention auprès de ces populations fragilisées et exclues, avec une orientation éventuelle vers les structures adaptées, participeraient déjà au processus de promotion de la santé.

Enfin, la sensibilisation des professionnels de santé, notamment des médecins, passant par une meilleure formation et information sur la question de la précarité et des structures médico-sociales existantes, permettrait un meilleur repérage des populations les plus vulnérables et donc une prise en charge adaptée. Ces mesures pourraient ainsi contribuer à la réduction des inégalités d'accès aux soins et donc des inégalités sociales de santé.

Le Président du jury,

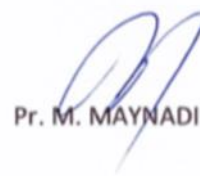


Pr. J.-N. Bois

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 27 Novembre 2018

Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

## VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport sur la santé dans le monde, 2000. Pour un système de santé plus performant. [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé; [cité 11 nov 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf)
2. Constitution de 1946, IVe République [Internet]. Conseil constitutionnel. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/les-constitutions-dans-l-histoire/constitution-de-1946-ive-republique>
3. Code de la santé publique - Article L1110-1. Code de la santé publique.
4. Code de la santé publique - Article L1110-3. Code de la santé publique.
5. Loi n°74-955 du 19 novembre 1974 étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et modifiant diverses dispositions du code de la famille et de l'aide sociale - Le site du CNLE [Internet]. [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/loi-no74-955-du-19-novembre-1974.html>
6. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions - Article 1.
7. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 [Internet]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)
8. Définition pour PAUVRETÉ subst. fém. — Le Trésor de la langue française informatisé [Internet]. [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.le-tresor-de-la-langue.fr/definition/pauvrete>
9. Définitions : pauvre - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pauvre/58780>
10. Les seuils de pauvreté en France [Internet]. Observatoire des inégalités. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: [https://www.inegalites.fr/spip.php?page=article&id\\_article=343&id\\_rubrique=123&id\\_groupe=9&id\\_mot=76](https://www.inegalites.fr/spip.php?page=article&id_article=343&id_rubrique=123&id_groupe=9&id_mot=76)
11. La pauvreté en Europe [Internet]. Observatoire des inégalités. [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/La-pauvrete-en-Europe>
12. Loisy C. Pauvreté, précarité, exclusion. Définitions et concepts. 2000;30.
13. WRESINSKI J. Grande Pauvreté et Précarité Economique et Sociale [Internet]. 1987 févr [cité 11 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>
14. France, éditeur. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: Editions ENSP; 1998. 349 p. (Collection Avis et rapports).
15. Abrantes P, Sabatier S, Guenot C. Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé. 2005;18.
16. GASIOREK E. Etude de la concordance entre le score EPICES et l'évaluation spontanée de la précarité par les médecins généralistes [Médecine générale]. [Dijon]; 2014.
17. Cambois E. Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. :26.

18. Eric ALLERMOZ, DRAULT C. Accès aux soins et précarité. La situation se dégrade. 2014;32.
19. Les chiffres du mal-logement en France [Internet]. Fondation Abbé Pierre; 2016 [cité 8 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/les\\_chiffres\\_du\\_mal-logement\\_2016.pdf](https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/les_chiffres_du_mal-logement_2016.pdf)
20. OMS | 10 faits sur les inégalités en matière de santé [Internet]. WHO. [cité 7 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.who.int/features/factfiles/health\\_inequities/fr/](https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/fr/)
21. Blanpain N. L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes. févr 2018;(1687).
22. Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, rapport final.
23. OMS. Promotion de la santé - Charte d'OTTAWA. 1986 nov p. 6.
24. Emmanuelli X. Dernier Avis avant la fin du monde. Albin Michel. 2013. 256 p. (Espaces Libres).
25. Declerck P. Les Naufragés. Avec les clochards de Paris. Pocket. 2003. 464 p. (Terre humaine).
26. Laporte A, Chauvin P. Samenta: rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. :228.
27. Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes. Etude « Maladies graves et fin de vie chez les personnes en grande précarité ». Volet quantitatif : « Morbidité et mortalité des personnes en grande précarité dans l'agglomération de Lyon » [Internet]. 2011 [cité 8 déc 2018]. Disponible sur: [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/Grande\\_precaire.pdf](http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/Grande_precaire.pdf)
28. La précarité : Un facteur de risque cardio-vasculaire encore sous-estimé [Internet]. <https://www.fedecardio.org/> [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/La-Federation-Francaise-de-Cardiologie/Presse/la-precaire>
29. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. 1 juill 2016;102(13):1009-16.
30. Arnaud A. Prévalence et caractéristiques du diabète chez les personnes sans domicile fixe fréquentant des centres d'hébergement d'urgence à Paris, 2006. *BEH*. 2008;(43).
31. Beynet A. Problèmes dentaires et précarité. Paris: CREDES; 2002.
32. Geeraert J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Soins*. nov 2014;59(790):14-8.
33. Rapport d'activité 2017 [Internet]. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie; [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2017\\_RA\\_VF.pdf](https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2017_RA_VF.pdf)
34. Boisguerin B. Le renoncement aux soins : Actes du colloque du 22 novembre 2011 à Paris. :150.
35. REVIL H. Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses Primaires d'Assurance Maladie [Internet]. 2016 juin [cité 12 oct 2018]. Disponible sur: [https://odenore.msh-alpes.fr/documents/analyse\\_diagnostic\\_quantitatif\\_-\\_odenore\\_-\\_vf.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/documents/analyse_diagnostic_quantitatif_-_odenore_-_vf.pdf)
36. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME [Internet]. Défenseur Des Droits; 2014 mars [cité 12 sept 2018]. Disponible sur:

[https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd\\_r\\_20140301\\_refus\\_soins.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_r_20140301_refus_soins.pdf)

37. Desprès C. Une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens. :99.
38. Boisguérin H. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. :8.
39. Observatoire des pratiques tarifaires. Dépassements d'honoraires des médecins, une tendance à la baisse qui se confirme [Internet]. 2017 [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Observatoire\\_des\\_pratiques\\_tarifaires.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Observatoire_des_pratiques_tarifaires.pdf)
40. MERIAUX I, ERNST S. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé: Faire partie du problème ou contribuer à la solution ? [Médecine générale]. [Marseille]; 2013.
41. Projet de loi de finances pour 2018 : Santé [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/a17-111-6/a17-111-65.html>
42. Organiser une Permanence d'Accès aux Soins de Santé PASS, recommandations et indicateurs [Internet]. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative; [cité 6 déc 2018]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser\\_une\\_pass-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser_une_pass-2.pdf)
43. Page d'accueil | Samusocial de Paris [Internet]. [cité 6 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.samusocial.paris/>
44. Secours populaire [Internet]. [cité 6 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.secourspopulaire.fr/>
45. emmaus-france | Le site de tous les groupes Emmaüs de France. [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <http://emmaus-france.org/>
46. Secours Catholique [Internet]. Secours Catholique. [cité 6 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.secours-catholique.org/>
47. Les Restos du Cœur [Internet]. [cité 6 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.restosducoeur.org/>
48. Code de la santé publique - Article L6323-1. Code de la santé publique.
49. Les chiffres clés de l'offre de soins. Edition 2018 [Internet]. Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS); [cité 23 sept 2018]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_cc\\_2018\\_02\\_16\\_a\\_web\\_pages\\_hd.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf)
50. La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité [Internet]. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes; 2017 mai [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: [http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_la\\_sante\\_et\\_l\\_acces\\_aux\\_soins\\_une\\_urgence\\_pour\\_les\\_femmes\\_en\\_situation\\_de\\_prekarite\\_2017\\_05\\_29\\_vf.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_la_sante_et_l_acces_aux_soins_une_urgence_pour_les_femmes_en_situation_de_prekarite_2017_05_29_vf.pdf)
51. Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire [Internet]. Assurance Maladie; 2007 août [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Points\\_de\\_repere\\_n\\_\\_8.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n__8.pdf)
52. Recommandations : Prise en charge du diabète chez les personnes en grande précarité. Paris; 2007 oct.

53. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? 2012;4.
54. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France [Internet]. Médecins du Monde; 2012 [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/MDM2013Rapportcomplet.pdf>
55. L'hébergement des sans-domicile en 2012 - Insee Première - 1455 [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324>

## VIII. ANNEXES

### ANNEXE 1 : Score EPICES : indicateur de précarité des Centres d'examens de santé

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

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

### ANNEXE 2 : Les conditions indispensables à la santé (Charte d'OTTAWA de l'OMS, 1986)

« La santé exige un certain nombre de conditions et ressources préalables, l'individu devant pouvoir :

- Se loger,
- Accéder à l'éducation,
- Se nourrir convenablement,
- Disposer d'un certain revenu,
- Bénéficier d'un éco-système stable,
- Compter sur un apport durable des ressources,
- Avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé. »

**TITRE DE LA THESE : UNE STRUCTURE DE SANTE ORIGINALE : LE « CENTRE DE SANTE POLYVALENT DE LA SDAT » DE DIJON. PRESENTATION, BILAN D'ACTIVITE 2017.**

**AUTEUR : HANANE BATTA**

**RESUME :**

Les inégalités sociales de santé, et notamment d'accès aux soins, persistent en France. Le Centre de Santé Polyvalent de la SDAT (Société Dijonnaise d'Assistance par le Travail) de Dijon offre, depuis près de trente ans, une prise en charge médico-sociale globale et adaptée aux plus démunis pour un retour progressif au droit commun. Et pour tenter de subvenir aux besoins des personnes en situation d'exclusion, en particulier les sans-abris, l'association propose des consultations mobiles ophtalmologiques et dentaires gratuites avec orientation éventuelle vers le centre de santé pour poursuivre les soins. L'objectif de cette étude est de décrire l'activité de ce centre de santé au cours de l'année 2017 et démontrer l'intérêt de cette structure pour pallier les inégalités d'accès aux soins.

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive et rétrospective concernant les personnes ayant consulté au Centre de Santé Polyvalent de Dijon du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017.

632 personnes ont bénéficié d'une prestation au sein du Centre de Santé Polyvalent en 2017 et 554 d'entre elles ont consulté un médecin, dont 260 étaient des nouveaux patients. 4 446 actes infirmiers ont été réalisés. 2 874 consultations médicales, toutes spécialités confondues, ont été dispensées par les médecins du centre. Les consultants étaient majoritairement des hommes (80%), jeunes (42,4 ans en moyenne), sans ressources et bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire. Les médecins généralistes ont effectué 67,6% des consultations. Les maladies psychiatriques et addictions étaient les pathologies les plus représentées. Le nombre de consultations dentaires a augmenté de 42,6% par rapport à l'année précédente tandis qu'il a diminué pour la dermatologie et l'ophtalmologie, faute de médecins. La grande majorité des patients pris en charge par le dispositif de consultations mobiles étaient des hommes, avec une moyenne d'âge de 45,1 ans. Un peu plus de la moitié ont été orientés vers le centre de santé.

La demande de soins au sein du Centre de Santé Polyvalent de Dijon est en constante augmentation, mais l'offre demeure insuffisante car la structure est méconnue des professionnels de santé, notamment des médecins. La formation de ces derniers sur la question de la précarité et les dispositifs existants mériterait d'être renforcée. Quant aux populations qui demeurent exclues des soins, de nouvelles stratégies devraient être développées. L'organisation de consultations mobiles pourrait constituer une alternative dans la réduction des inégalités d'accès aux soins, qu'elle qu'en soit la cause.

**MOTS-CLES :** précarité, exclusion sociale, inégalités sociales de santé, accès aux soins, centre de santé.