

**MÉMOIRE DE DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE
FACULTÉ DE SAINT-ETIENNE**

**UNE CONSULTATION COMPLEXE À LA
PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ :
LA QUESTION DE L'ACCÈS AUX SOINS**

Année 2010-2011

Virginie Demeester

*«Faire vraiment son travail au jour le jour, le courage de faire son métier sans baisser les bras [...]. Continuer malgré tout, malgré la dégradation du service public et du monde en général, les difficultés d'accès au soin, malgré la fatigue. [...] quand les gens racontent un symptôme potentiellement inquiétant en fin de consultation, avoir le courage de dire : «Allez, redeshabillez-vous, on va regarder.»»
Elisabeth Maurel-Arrighi, Médecin Généraliste, in Pratique, Avril 2011*

*«Le gouvernement veut expulser les étrangers malades :
Nous, médecins, continuerons à les soigner
En cas d'expulsion, et faute d'un accès effectif aux soins, ces personnes seraient exposées à un risque vital.
En tout état de cause, nous, médecins, continuerons à soigner toutes les personnes nécessitant des soins,
quels que soient leur nationalité et leur statut administratif, conformément à nos principes déontologiques.»
Communiqué de presse – mercredi 4 mai 2011
Dr Bruno SPIRE, Président d'AIDES,
Dr Pierre LOMBRAIL, Président de la SFSP,
Dr Didier FASSIN, Président du COMEDE
Dr Patrick DUBREIL, Président du SMG
Dr Marie-Pierre ALLIE Présidente de MSF
Dr Olivier BERNARD, Président de MDM,
Dr François WILTHIEN, Vice-président de MG France
Dr Carine FAVIER, Présidente nationale du Planning familial
Dr Jean-Pierre GEERAERT, Représentant du COMEGAS
Dr Nathalie DE CASTRO et Dr Matthieu LAFAURIE,
initiateurs de l'Appel « accessibilité effective » signé par 1 400 médecins*

Aux équipes de la PASS et de l'ULAT de Saint-Etienne

Je reçois Monsieur C. le mercredi 24 novembre 2010 à la PASS (Permanence d'accès aux soins de santé), pour lui rendre les résultats d'un bilan sanguin et faire le point sur l'évolution de symptômes gênants évoqués lors de la précédente consultation : démangeaisons péniennes et douleurs thoraciques.

Le mercredi 10 novembre 2010, j'avais reçu en consultation Monsieur C. vers 16h45 alors que les consultations finissent vers 17h00 en général les mercredi. Il n'avait pas consulté de médecin depuis mars 2009. C'est le début de mon stage et je ne suis pas encore à l'aise au sein de l'équipe de la PASS. Je perds beaucoup de temps pour des questions d'organisation. Je reviens après une année de disponibilité où je n'ai pas pratiqué la médecine, mais seulement poursuivi une lecture de la Revue Prescrire.

Monsieur C. âgé de 39 ans est d'origine Roumaine, il vit à Saint-Étienne en squat depuis novembre 2007, tout en faisant de nombreux aller-retour entre la France et la Roumanie ce qui occasionne des absences prolongées et des ruptures dans le suivi. Il aurait droit à une assurance maladie Aide Médicale Etat (AME), mais du fait de ses aller-retour il ne remplit pas les conditions de résidence de plus de trois mois sur le territoire ; les droits n'ont jamais pu être ouverts car il se présente pour des demandes urgentes puis rompt le suivi. Par exemple il a consulté en urgence, en mai 2010, pour des douleurs thoraciques atypiques, le bilan effectué ne retrouvait pas de syndrome coronarien aigu et préconisait la réalisation d'une épreuve d'effort, auquel il ne s'est pas rendu car les douleurs avaient disparues. Il est suivi pour une hypertriglycéridémie et une obésité depuis février 2008.

Le 10 Novembre 2010, il se plaint à nouveau de douleurs thoraciques et d'un prurit pénienn qui ne passe pas depuis plusieurs jours. J'ai fait un examen clinique : la tension artérielle est à 120/80 mmHg, le poids à 136 kg plutôt stable par rapport à 2008. L'abdomen est souple, sensible au niveau de l'hypocondre droit et du creux épigastrique sans défense. La bandelette urinaire négative sauf une croix de sucre. La glycémie capillaire à 17h15 est à 8,7 mmol/L, le dernier repas ayant été pris à midi. À l'examen des organes génitaux, je ne retrouve pas de lésion du gland, pas d'érythème ni au niveau du scrotum, ni du périnée. Il n'y a pas d'écoulement urétral purulent. Il n'y a pas de lésion évoquant un chancre syphilitique, ni de lésion d'herpès. Devant ces symptômes, je pense à une mycose, idée renforcée par l'hypothèse d'un probable diabète de type II. Pour ce qui est des douleurs thoraciques j'étais dubitative et je n'arrivais pas à décider comment procéder. Faut-il reprendre un rendez-vous d'ECG d'effort ou d'angi scanner des coronaires ? Faut-il m'en tenir à la clinique qui n'est pas typique d'un angor d'effort, mais les facteurs de risques de ce patient incitent à la prudence ? Finalement je décide,

après en avoir discuté avec ma maître de stage d'en rester à un traitement par paracétamol pour l'instant. Je reconduis le traitement par fénofibrate 160 mg et prescris un traitement anti-mycotique. Et je prévois un bilan du diabète avec l'infirmière et un rendez-vous de suivi dans 2 semaines.

Le 24 novembre 2010, Monsieur C. se plaint toujours de démangeaisons au niveau du gland, le traitement par ECONAZOLE n'a été d'aucune efficacité. Par ailleurs les douleurs thoraciques semblent avoir régressées.

Sur le plan du bilan, la glycémie à jeun est à 9.6 mmol/L, l'hémoglobine glyquée 8,4%, la triglycéridémie 6,08 mmol/L (N = ou < 1,20) Les sérologies sont négatives : syphilis négative, VIH négatif. Sur le plan génital, je ne retrouve toujours pas de rougeur du gland, ni d'écoulement urétral suspect. Je décide de faire des prélèvements génitaux à la recherche des IST. Je lui remets des préservatifs et lui recommande de prendre des précautions avec ses partenaires. Je reconduis le traitement par ÉCONAZOLE pour l'instant, tout en étant en doute sur la marche à suivre, ne faut-il pas proposer un traitement probabiliste d'IST ?

Je lui annonce qu'il a du diabète sur la prise de sang. Cette information l'inquiète beaucoup, il évoque sa mère qui avait du diabète traité par insuline. Il a peur de devoir prendre de l'insuline. Je lui explique qu'effectivement un jour il aura peut-être besoin d'insuline, qu'avant on essayera des médicaments et que ce qui est important c'est d'essayer de perdre du poids. Il est très motivé par des conseils diététiques. J'hésite à introduire d'emblée un traitement médicamenteux, j'ai envie de rassurer le patient tout en lui faisant prendre conscience de l'importance d'un suivi régulier. J'opte donc dans un premier temps, pour un rendez-vous d'éducation thérapeutique avec l'infirmière du service. Cette décision n'est pas logique au vu de l'hémoglobine glyquée à 8,4 % ce qui évoque un diabète évoluant déjà depuis quelques années. Et compte-tenu du fait que Monsieur a souvent rompu le suivi dans le passé il était certainement plus judicieux de s'éviter le risque de le perdre de vue et peut-être de lui signifier en lui prescrivant d'emblée un traitement que ces problèmes de santé sont à prendre au sérieux. C'est en discutant en débriefing avec ma maître de stage que j'ai perçu le côté inapproprié de ma décision dans ce contexte.

Je suis ressortie à chaque fois de ces deux consultations assez mécontente de mon intervention. J'ai fait traîner les choses inutilement en repoussant des décisions importantes par ignorance de la réalité de ce patient. Notamment je ne percevais pas, en début de stage, à quel point la prise en compte de la santé est secondaire par rapport à d'autres priorités de la vie quotidienne dans des conditions de vie précaire. Les demandes

se font le plus souvent dans l'urgence, pour des symptômes gênants. Les réponses données sur du long terme sont peu entendues.

Monsieur C. s'est bien présenté pour le rendez-vous avec l'infirmière, ce qui a été l'occasion d'introduire un traitement par metformine initialement à petite dose en expliquant les effets indésirables digestifs fréquents de ce médicament.

Je l'ai revu le 03 janvier pour le suivi, il avait consulté aux urgences quelques jours avant car il présentait une toux grasse, une fatigue et des difficultés pour respirer. Le bilan hospitalier avait alors écarté une origine cardiaque aux symptômes.

Le traitement par metformine est bien toléré, le patient n'est pas gêné sur le plan digestif. Il dit qu'il le prend bien tout les jours. Il est toujours très inquiet par rapport à son poids et à ce diagnostic de diabète. Il est motivé pour perdre du poids, je l'encourage à poursuivre ses efforts comme discuté avec l'infirmière. Je renouvelle son traitement par METFORMINE pour 3 mois.

Depuis il a pris une fois rendez-vous et n'est pas venu. Je ne l'ai pas revu.

LES QUESTIONS QUE JE ME SUIS POSÉES LORS DE CETTE CONSULTATION :

- Que proposer devant une douleur thoracique récurrente et très atypique dans le cadre d'une consultation de Médecine Générale ?
- Comment prendre en charge une hypertriglycémie ?
- Comment prendre en charge l'obésité de ce patient, en situation de précarité sociale, et demandeur ?
- La découverte d'un diabète de type 2 en médecine générale et son annonce
- l'intérêt de l'éducation thérapeutique
- prise en charge d'une suspicion d'IST en médecine générale
- L'accès au soin, le relais avec le droit commun
- Médecin Généralistes et inégalités sociales de santé au-delà de l'accès au soins

SOMMAIRE

I- Douleurs thoraciques récurrentes en médecine générale

II- La prise en charge d'une IST

IV- Hypertriglycéridémie, obésité, diabète de type 2 chez des patients en situation de précarité

V- Accès aux soins, inégalités sociales en santé : des problématiques éthiques et déontologiques pour les médecins généralistes

Conclusion

ANNEXES

Annexe 1 : douleur thoracique d'origine coronaire

Annexe 2 : repères diagnostic et thérapeutique par rapport aux hypothèses digestives pour un douleur thoracique

Annexe 3 : éducation thérapeutique des patients

Annexe 4 : Poster présenté aux Rencontres Prescrire 2008 sur les Permanence d'Accès aux Soins de Santé, E. Rivolier, B. de Goer

Annexe 5 : complément sur la protection sociale, CMU, CMUc, Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Annexe 6 : pistes de réflexion proposé par Thomas Collin à la suite de son travail de thèse, «Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de chambéry - évaluation du retour au droit commun»

Annexe 7 : définition du métier de médecin généraliste – médecin de famille par la WONCA Europe 2002

Bibliographie

I- DOULEURS THORACIQUES RÉCURRENTES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Une douleur thoracique en médecine générale ne doit pas être banalisée, d'autant plus chez un patient qui présente des facteurs de risque, elle doit faire évoquer une pathologie coronaire, une pathologie œsophagienne, gastro-duodénale ou vésiculaire, une pathologie pleurale ou péricardique, une pathologie pariétale ostéo-musculaire ou neurologique.

Si l'examen clinique et un bilan complémentaire élimine toute pathologie grave alors on peut discuter d'une manifestation anxieuse.⁶

1) L'origine pulmonaire, pleural ou péricardique peut être écartée par une radiographie pulmonaire en comparaison éventuelle à un cliché antérieur.

2) Pour ce qui est de l'origine coronaire : (Annexe 1)

La confirmation diagnostique peut se faire par plusieurs types d'examens plus ou moins invasifs. L'objectif est d'établir un diagnostic certain puis de mettre en place une prise en charge adaptée de prévention des complications à long terme. En dehors de l'urgence elle repose sur l'ECG d'effort ou l'angioscanner des coronaire. Une méta-analyse montre que l'angioscanner permet d'écarter à bon escient une coronaropathie par exemple chez des patients pour qui l'ECG d'effort n'a pas été contributif ou pour des personnes qui ont des douleurs atypiques. Cet examen expose aux effets indésirables des produits de contraste iodés et des radiations ionisantes. En cas de forte suspicion et en vu d'une intervention thérapeutique une coronarographie peut être réalisée.

3) Pour ce qui est d'une origine digestive : (Annexe 2)

=> ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL :

indication d'une endoscopie digestive haute :

- chez tout patient âgé de plus de 45 ans ayant un syndrome ulcéreux typique ou atypique
- chez un patient âgé de moins de 45 ans :
 - présentant des symptômes d'alarme tels qu'une anémie ou un amaigrissement,
 - en cas de positivité d'un test diagnostique d' Helicobacter pylori,
 - en cas d'échec du traitement symptomatique chez un patient âgé de moins de 45 ans ^{7, 8,9}

=> LE REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN

Le reflux gastro-œsophagien est plus fréquent chez les personnes obèses.

Des symptômes d'alarme (amaigrissement, dysphagie, hémorragie digestive, anémie) font craindre une forme sévère de RGO ou une affection néoplasique et imposent donc une endoscopie.^{10, 11, 12}

=> LITHIASSE BILIAIRE

Un autre diagnostic est à garder en tête, c'est l'hypothèse d'une lithiasse biliaire. En effet mes lectures m'ont rappeler que l'obésité et l'hypertriglycéridémie tout comme les traitements hypolipémiants sont des facteurs de risques de lithiasse biliaire.¹³

III- LA PRISE EN CHARGE D'UNE IST

On évoque une **uréthrite non compliquée chez l'homme** devant un écoulement urétral, une dysurie, des brûlures mictionnelle. Il faut confirmer le diagnostic par un prélèvement pour identifier le germe, faire un antibiogramme et assurer une surveillance épidémiologique.

Les traitements probabilistes permettent de limiter la contagiosité et la forme en monodose favorise une prise correcte du traitement et donc l'apparition de résistances.

Le traitement antibiotique probabiliste dirigé contre Neiseria Gonorrhée et Chlamydia Trachomatis est recommandé tout de suite après le prélèvement. ¹⁴

Traitement anti-gonococque : Ceftriaxone 500 mg en en une seule injection (intra-musculaire ou intra-veineuse) ou en cas de contre-indication aux bêta-lactamines : spectinomycine 2 g en une seule injection intra-musculaire ou en cas d'impossibilité d'injection parentérale : céfixime 400 mg en une prise orale unique. ¹⁴

Traitement anti-Chlamydia : azithromycine = 1 g en monodose ou doxycycline : 200 mg/jour en deux prises par voie orale pendant 7 jours. ¹⁴

Le traitement doit être **proposé au/aux partenaires récents après prélèvement bactériologique**, ainsi qu'un dépistage des autres IST : VIH, syphilis, hépatite B.

Et il faut inciter le patient à **protéger ses rapports** pendant 7 jours après le traitement monodose, ou pendant toute la durée d'un traitement en plusieurs prises et jusqu'à disparition des signes.

Si les signes persistent malgré le traitement il faut inciter le patient à reconsulter. ¹⁴

Les facteurs socio-économiques ont une influence déterminante. Les **migrants/étrangers en situations de précarité** ont donc

- un **accès limité** aux actions d'**information**, de **sensibilisation** et de **prévention**
- un **moindre recours au dépistage** qui entraîne un accès plus tardif aux traitements

Et **l'exil et l'exclusion** entraînent en commun une **culture de la survie**, c'est à dire que cela modifie la perception des risques et **diminue la réceptivité aux messages de prévention**, surtout si l'information est donnée dans une **langue peu familière**.

Une prévention normative risque d'être contre-productive, il est important de tenir compte des représentations et croyances de l'individu pour être efficace.

Le **risque majeur** de l'intervenant : **être mal compris**. Il est souvent utile de recourir à un interprète professionnel et de prendre le temps pour comprendre ce que le patient sait ou croit.

La **consultation médicale** représente une **opportunité rare d'échange autour des questions de prévention** pour les personnes en situation d'exclusion et/ou de grande précarité et **repose par ailleurs sur les techniques de counseling d'efficacité largement étayées dans la littérature**. ^{15,16, 28}

IV- HYPERTRIGLYCÉRIDÉMIE, OBÉSITÉ, DIABÈTE DE TYPE II CHEZ DES PATIENTS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

1) Hypertriglycéridémie, faut-il traiter et comment ?^{17,18}

L'hypertriglycéridémie doit faire **surveiller la glycémie à jeun**. Le diabète de type 2 est une cause de dyslipidémie.

Les **statines** sont les **hypolipémiants les mieux validés** en prévention primaire et en prévention secondaire en cas d'hypercholestérolémie isolée ou associée à une hypertriglycéridémie.

La colestyramine ou le gemfibrozil peuvent être utilisés en seconde intention, en cas d'inefficacité ou d'effet indésirable des statines.

On ne connaît pas l'intérêt du traitement des hypertriglycéridémies sans hypercholestérolémie associée. Cependant le gemfibrozil, a réduit dans un essai l'incidence des infarctus, des décès coronariens et baisse des valeurs mesurée de triglycérides, sans réduire la mortalité totale. Les autres fibrates, comme le **fénofibrate** n'ont **pas eu de résultat tangible** prouvé et sont **probablement responsable d'insuffisance rénale chez les patients diabétiques**.

L'élévation isolée des concentrations sériques des triglycérides entre 1,5 et 4 g/l (1,7 et 4,6 mmol/l), nécessite avant tout un **traitement diététique** spécifique : **réduction pondérale, activité physique, réduction des glucides simples, réduction de la consommation d'alcool**.

Cependant, en cas d'hypertriglycéridémie pure réfractaire à la diététique, le recours aux fibrates semble justifié si les concentrations sériques des triglycérides restent au-delà de 4 g/l. Mais l'intérêt d'une réduction du taux des triglycérides pour prévenir la survenue des complications cardiovasculaires de la maladie n'a pas été démontré.

2) Prise en charge de l'obésité^{19, 20,21}

En France, un peu plus de 10 % des adultes sont obèses.

Cette prévalence augmente comme dans de nombreux pays riches. La prévalence de l'obésité est plus forte chez les personnes les plus défavorisées du point de vue socio-économique.

L'obésité favorise le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, divers cancers.

À partir d'un IMC supérieur à 25 kg/m², la mortalité et la prévalence de nombreuses affections augmentent progressivement avec l'IMC.

On définit le surpoids par un IMC de 25 kg/m² à 30 kg/m², et l'obésité par un IMC supérieur à 30 kg/m².

La **prise en charge** repose sur mesures diététiques associé à une activité physique

L'intervention la plus efficace au vue des études actuelles est une **restriction calorique modérée et équilibrée** permettant une **perte de poids d'environ 5kg en 1 an**. Ces mesures sont plus efficace associés à une reprise d'activité physique. Un soutien tiré des **thérapies cognitivo-comportementales** améliore les résultats et notamment plus si le conjoint y participe.

Cependant les **bénéfices attendus sont modestes** et ne justifie pas d'être insistant auprès des patients, ni des interventions exposant à des effets indésirables graves pour les obèses en bonne santé par ailleurs. Les conséquences sur la qualité de vie de ces mesures sont peu étudiées et donc incertaines.

- chez les **patients obèses en bonne santé**. c'est **sans effet sur la mortalité totale** mais diminution de l'HTA, du diabète de type 2 et de l'hypercholestérolémie
- chez les **patients obèses présentant des complications** à type de gonarthrose ou difficultés respiratoires ces mesures ont un **effet rapide sur la qualité de vie**.

3) Le diabète de type 2 en médecine générale^{22, 23, 24, 25}

Le diabète de type 2 est caractérisé par une hyperglycémie, liée à une résistance à l'insuline et à diminution de sécrétion de l'insuline progressivement. L'évolution naturelle est vers l'augmentation progressive de l'hyperglycémie. C'est une maladie chronique.

L'objectif du traitement est de prévenir les complications à long terme : macro-vasculaire et micro-vasculaire. Il survient surtout chez des **personnes de plus de 40 ans, en surpoids et ayant un parent du premier degré atteint de diabète de type 2**. À partir d'un IMC de 22kg/m² le risque de diabète augment et au delà de 30kg/m² il est 40 fois plus élevé.

Chez les personnes à risque, on peut **prévenir l'apparition d'un diabète** si le ou la patient-e maintient sur plusieurs années : une alimentation adaptée, la pratique régulière d'une activité physique (au moins équivalente à 20 minutes de marche rapide par jour), une perte de poids modérée (de l'ordre de 5 % à 10 % du poids initial),

Le **diagnostic** repose sur deux mesures de la glycémie :

- soit à jeun le matin glycémies $\geq 1,26$ g/l ou 7 mmol/l ;
- soit soit glycémies ≥ 2 g/l ou 11,1 mmol/l quelle que soit l'heure de la journée ;

La **prise en charge thérapeutique** repose sur

- des mesures non médicamenteuses : perte de poids modérée et activité physique
- contrôle stricte des autres facteurs de risque cardiovasculaire : arrêt du tabagisme, alimentation riche en fibres et une restriction des acides saturés dans une démarche d'**éducation thérapeutique**.

- le traitement médicamenteux : l'**insuline** et les **sulfamide** ont un effet préventif démontré sur les complications micro-vasculaire mais pas sur les complications macro-vasculaire. En revanche la **metformine** réduit l'incidence des complications macro-vasculaires et la mortalité chez les patients diabétiques obèses.

Le contrôle de la glycémie repose sur le suivi de l'hémoglobine glyquée (HBA1C). L'objectif thérapeutique reconnu pour être un compromis optimal prévenant les complications et minimisant la mortalité toutes causes confondues est de **maintenir l'HBA1C autour de 7% à 7,5%**.

Dans un **contexte de grande précarité** la prise en charge d'un patient diabétique se complexifie. J'ai trouvé une recommandation²⁶ consacrée à cette question avec cette limite qu'elle a été en parti financée par un laboratoire pharmaceutique, ce qui est un conflit d'intérêt majeur.

Les recommandations de prise en charge pour ce public est bien sûr similaire à celles valable pour la population générale, cependant des problèmes pragmatiques se posent.

Par exemple **cette population accède plus facilement à des traitements médicamenteux qu'à une prise en charge nutritionnelle** pourtant indispensable au contrôle glycémique. Et les **complications podologiques sont plus fréquentes** qu'en population générale avec un **taux élevé d'amputation**. La prise en charge doit donc être médico-sociale, avec un travail en réseau centre de soin associatifs ou municipaux, PASS, services d'urgences hospitalière, médecin traitant.....La sortie de la situation de précarité est un très bonne élément de contrôle glycémique.

4) Éducation thérapeutique ²⁷ (Annexe 3)

En France on estime à **15 millions de personnes atteintes de maladies chroniques** ayant un retentissement dans la vie quotidienne, soit près de 20% de la population.

L'efficacité de la démarche a été démontrée pour le diabète et pour l'asthme.

L'ETP demande du temps et donc un mode d'exercice et de rémunération adapté.

L'intégrée aux soins ambulatoires permet la continuité dans le temps en fonction des besoin de suivi du patient. Elle nécessite aussi une formation des soignants.

Il faut rester vigilant aux conflits d'intérêts car des firmes pharmaceutiques pourraient avoir intérêt à participer à ce genre de programmes afin de donner une bonne place sur le marché à leur produits.

5) L'exil et la précarité ont un impact important sur l'alimentation :

Il y a rupture avec la société d'origine et la confrontation avec une société dont on en maîtrise pas les codes culturels. Les conditions de vie impose une alimentation de «survie», avec une tendance au «grignotage» voire l'abandon de régimes équilibrés au profit d'une alimentation rapide moins élaborée et plus riche en graisse et sucres rapides. L'élaboration de repas chaud nécessite un lieu équipé, ce qui n'est pas forcément possible en fonction du logement. L'aide alimentaire proposée par de nombreuses associations est le plus souvent monotone et nutritionnellement pauvre.

Par ailleurs, manger est une nécessité vitale mais aussi un acte social et un plaisir. L'éducation nutritionnelle des populations migrantes est essentielle comme pour la population générale, cependant il faut être prudent et tenir compte des conditions de vie, des habitudes alimentaires qui entretiennent le lien avec le pays d'origine.^{16, 28}

Il existe des Livrets de Santé bilingues édités en 23 langues par le Comede, la DGS (Direction Générale de la Santé) et l'Inpes. Il contient des informations prioritaires en matière d'accès aux soins, de prévention médicale et de soutien juridique et social.¹⁶

IV- Accès aux soins, inégalités sociales en santé : des problématiques éthiques et déontologiques pour les médecins généralistes

1) Un certains nombres de constats factuels

Les personnes en situation de pauvreté et/ou de précarité n'ont pas accès aux droits fondamentaux : emploi, logement, alimentation, santé, justice, culture, éducation, protection de la famille et de l'enfance....

Ce n'est **pas un problème marginal** : en 2006 on recensait **7.9 millions de personnes pauvres** (seuil de pauvreté défini comme un revenu inférieur à 60% du revenu médian soit < 880 euro/mois) soit **13.2 % de la population**.²⁹ Et ce mardi 30 août 2011, l'INSEE publie, les chiffres de 2009 et estime à 8,2 millions de "pauvres" en 2009.⁴⁷

Nous ne sommes pas tous et toutes égaux devant la maladie et la mort.

Pour preuve des études montrent que si l'espérance de vie augmente, les inégalités face à la santé ne se réduisent pas, elles tendent à s'aggraver. On estime sur des suivis de cohorte effectués au milieu des années 1990 que **l'espérance de vie à 35 ans pour des femmes cadres dépassait 3 ans celle des ouvrières et entre hommes cadres et ouvriers l'écart est de 7 ans**. On parle même de double peine pour les ouvriers qui vivent moins longtemps mais passent aussi plus de temps de leur vie avec des incapacité et des handicaps.^{29, 16}

Accès au travail restreint des ressortissants Roumains ou Bulgares

Les citoyens de l'Union Européens peuvent circuler et séjourner librement en France. Au delà de 3 mois, les « inactifs » doivent disposer de ressources suffisantes pour ne pas être une charge au système d'assistance sociale français et d'une assurance maladie-maternité européenne.⁴⁴

La Roumanie est un pays de l'Union Européennes depuis janvier 2007. Les ressortissants Roumains, comme les Bulgares, sont soumis à des restrictions en matière de résidence dans l'Union Européennes pour une période transitoire. Ils doivent détenir un titre de séjour et l'accès au travail est règlementé. En effet les employeurs doivent obtenir une autorisation auprès de la préfecture et payer une taxe d'un montant approximatif de 1000 euro. Il existe également une liste restrictive de métiers auxquels des ressortissants Roumains ou Bulgares peuvent prétendre.³¹ La plupart des ressortissants Roumains ou Bulgares inactifs, sont donc en situation irrégulière sur le territoire après 3 mois de séjour et à ce titre peuvent demander une Aide Médicale État.³⁰

Je ne traiterais pas ici des problématiques spécifiques liées à la demande d'asile, puisqu'elles ne concernent pas le patient reçu à l'occasion de cette consultation. Mais on perçoit bien que **l'accès à un statut juridique stable** est un élément qui **favorise la santé des personnes** et **l'accès aux soins**.

2) Les inégalités sociales de santé : un gradient dans l'ensemble de la société

Les inégalités sociales de santé sont **déterminées** pour une grande part par un contexte **hors système de santé** et il s'agit d'un processus débutant **dès l'enfance voire avant la naissance**. Il existe une disparité dans la prévalence du surpoids chez les enfants en fonction de leur milieu social. Pour le cancer du poumon, la surmortalité des ouvriers est due aux expositions professionnelles. La prévalence de l'obésité est liée aux revenus individuels mais aussi à la zone de résidence en fonction des équipements collectifs existants, de l'accessibilité aux produits...²⁹

Il s'agit d'un **gradient** qui concerne **l'ensemble de la société** et pas seulement une opposition entre les très pauvres et les autres.³²

Le Haut Conseil de la santé publique dans son rapport de 2009 ³², «Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité», les définit ainsi

«Les inégalités sociales de santé sont **systématiques** (les différences ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant dans la population), **socialement construites** et donc **injustes** et modifiables. On jugera injustes les inégalités qui résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes.»

Comme le remarque dans sa thèse, Thomas Collin, la notion de responsabilité est complexe : «la responsabilité individuelle en particulier dans les comportements à risques est aussi la suite d'interactions d'ordre social qui débutent dès l'enfance [...]»⁴⁴

On définit des **déterminants sociaux de la santé**, dont la modélisation est complexe faisant intervenir de nombreuses interactions, avec des facteurs qui s'accumulent et s'enchainent. Le haut conseil de santé publique³² les classe en 3 grands groupes :

- les déterminants socio-économique (l'éducation, mais aussi l'accès à l'emploi, les conditions de travail, l'âge de la retraite, la politique du logement, les relations sociales, les politiques redistributives à travers la fiscalité et les aides financières directes.)
- les déterminants liés aux comportements compris comme construits socialement
- les déterminants liés aux système de soin

Donc derrière des comportements qu'on qualifie souvent d'individuels, il existe des causes fondamentales sociale, économiques, commerciales, règlementaires qui affectent directement la santé et sont accessibles à des politiques publiques de réduction des inégalités de santé.

3) La notion de Santé globale :

L'OMS définit **la santé** comme «**un état de parfait bien-être, physique, moral et social et non seulement une absence de maladie ou de handicap.**»

L'idée de la santé globale propose d'élargir un vision des soignants contrée sur les habitudes de vie (tabac, alcool...) à un point de vue incluant la prise en compte de l'environnement socio-économique et professionnel.³³

Le concept de santé globale nous rappelle ce que l'on peut lire dans la **chartre d'ottawa de 1986**, «nos sociétés sont complexes et inter-reliées et l'on en peut séparer la santé des autres objectifs. Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé.»⁴²

Et il nous amène vers la notion de **promotion de la santé** qui «va bien au delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard.»⁴²

Donc cette idée **dépasse de loin l'action des soignants**, c'est «*[un] processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. [...] La santé est donc perçue comme un ressource de la vie quotidienne, et non comme un but dans la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : tous les secteurs d'activités, tout ce qui définit le cadre de vie d'un individu ou d'une communauté sont concernés.*»⁴²

Qu'est-ce qui rend **difficile la prise en compte** de la notion de **santé globale par les soignants**³³ : le fait que les professionnels de santé choisissent ses métiers dans un «idéal de service» où le compassion et l'aide aux individus malades sont des éléments centraux ; la formation qui les incitent à considérer la maladie comme une entité conceptuelle isolable de l'individu souffrant, dans un modèle biomédical ; le mode de rémunération basé sur des soins (paiement à l'acte par exemple) ; es activités de santé organisées dans une pratique le plus souvent individuelle. Et pour des soignants motivés que font la choix d'intervenir sur les déterminants sociaux de la santé il y a peu d'outils de travail et de savoirs constitués.

4) La lutte contre les inégalités en santé : quelques mesures incomplètes

a) Les lois de luttent contre les exclusions

Le haut conseil de la santé publique dans son rapport de 2009 déplore le retard français en matière de réduction des inégalités sociales de santé. Les politiques publiques menées dans ce domaine sont peu explicites et peu évaluées.³²

Et **en 1998** une loi a été votée pour **lutter contre les exclusions et garantir l'accès à tous aux droits fondamentaux**. C'est dans ce cadre que se sont créés des **cellules médico-sociales** appelés **Permanence d'Accès aux Soins de Santé PASS** pour répondre aux difficultés de prévention et aux soins des personnes en situation de précarité.³⁴

Focus sur les PASS

Les PASS sont des **cellules médico-sociales hospitalières** pour **les plus démunis**. (Annexe 4)
La loi de 1998 est confirmée en 2009 par la loi «hôpital, patients, santé, territoire», et **oblige** les **établissement du service public** à concourir « à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professionnels et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination»*. Elles sont financées par une enveloppe globale annuelle dans le cadre des missions d'intérêt général, dont les montants sont gérés par le directeur de l'établissement hospitalier. Leur **priorité initiale** est d'**intégrer** ou de **réintégrer** les personnes les plus défavorisées dans le **système de droit commun** et de n'être qu'**un lieu de passage**.³⁶

La Revue Prescrire dans son numéro d'octobre 2010, rappelle l'intérêt de ce dispositif en palliatif d'un système de soin défaillant et dans un contexte où les inégalités de santé augmentent et où diverses mesures vont à l'encontre de l'accès aux soins des personnes démunies.³⁶

b) la protection sociale

Des **dispositifs** existent pour **faciliter l'accès théorique** au système de soins des personnes les plus pauvres, **au droit à la protection sociale**, en termes de protection de base et de protection complémentaire : la CMU et CMUC (Annexe 5), et un régime d'exception l'AME pour les étrangers sans titre de séjour.

Focus sur l'Aide Médicale Etat

c'est un dispositif de protection de la santé des personnes les plus pauvres en situation irrégulière résidant en France depuis plus de 3 mois et sous condition de ressources. C'est un **régime d'exception**, le niveau de protection correspond à un **100% sécurité sociale** soit inférieur au niveau de protection de la CMUC. Le renouvellement pose souvent des problèmes par rapport à la justification des 3 derniers mois de résidence souvent exigés par la CPAM.

Des **restrictions**, se mettent en place en ce moment, un **ticket d'entrée de 30 euro** voté dans la loi de finance 2011. Elles risquent fortement d'entraîner des retards de recours aux soins, et donc un surcoût pour la collectivité par les consultations aux urgences en particulier pour des pathologies plus lourdes.^{37, 38}

Entre en jeu aussi dans l'accès aux droits administratifs de pouvoir **disposer de preuves** notamment du temps de séjour irrégulier en France. Le **recouvrement ou l'acquisition de ces droits** relèvent de **démarches complexes** en particulier pour les personnes en situations de précarité, a fortiori étrangères et non francophones. L'**accompagnement par un professionnel** de l'intervention sociale est dans ces situations **indispensable**.³¹

5) Les inégalités liées au système de santé : une problématique déontologique et éthique

En Europe, la France est un des pays où les différences de mortalité prématurée selon les

catégories sociales sont les plus importantes.³⁵

L'enquête de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) révèle que 14% des Français déclarent avoir **renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois**, et 25% des bénéficiaires de l'AME.

Les obstacles financiers à l'accès aux soins se multiplient, malgré l'affichage d'une volonté de réduction des inégalités, notamment dans la loi de 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.³⁵ En effet

- 7 % des Français déclarent ne **pas avoir de couverture complémentaire**. Cette absence de couverture touchent plus les ouvriers, les ménages les plus pauvres, les chômeurs. Le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire ne fonctionne pas, sur les 2 millions de personnes visées, seules 330000 personnes en bénéficiaient en 2007.
- La pratique des **dépassements d'honoraire** en forte augmentation depuis 10 ans, est un obstacle à l'accès aux soins surtout quand ils sont appliqués aux bénéficiaires de la CMU ou de l'AME, ce qui est contraire aux principes de la loi.
- Le **tiers payant** est reconnu comme ayant de **réel effet de justice sociale** et non pas des conséquences inflationnistes, pourtant des rumeurs en ce sens circulent encore et **la convention médicale de 2004 n'autorise plus les médecins généralistes à l'appliquer** (sauf accord local)
- Le **reste à charge pour les plus pauvres augmente** de façon majeur du fait des forfaits et franchises qui s'ajoutent d'années en années au ticket modérateur
- Le **refus de soin** des médecins vis-à-vis des **bénéficiaires de la CMUc et de l'AME**, n'est pas une exception, des enquêtes montrent même que c'est un usage courant.³⁵

Les problèmes plus spécifiques des migrants précaires

- **complexité administrative de l'ouverture des droits**
- L'**interprétariat** : les **problèmes de langue** constituent souvent la principale difficulté de prise en charge. Il n'existe **pas de service public d'interprétariat** en France, mais certaines associations spécialisées proposent ce type de services et très peu de moyens financiers. La présence d'un interprète professionnel est toujours préférable à celle d'accompagnateurs qui manquent souvent de la neutralité nécessaire. (Annexe 9) La connaissance des référents socioculturels n'est pas indispensable à une bonne prise en charge. Les «malentendu culturels» sont le plus souvent dus à un manque d'écoute. Et «c'est souvent du «c'est souvent **du côté de notre société d'accueil qu'il faut chercher les principaux obstacles culturels à franchir.**»³¹
- les **patients en situation de précarité** ont recours aux soins plus souvent **dans l'urgence**, et **certains ne suivent pas les prescriptions** (thérapeutiques et examens complémentaires). Il est important que les **soignants fassent la part des choses et n'abandonnent pas** ces patients sous prétexte qu'ils ne sont pas observant. En réalité ces patients en situations de précarité souffrent de pathologies plus graves que la population générale,

le plus souvent ils **vivent au jour le jour**, le recours aux soins se fait donc quand la souffrance ne permet plus le processus de survie.^{31, 39}

Le **système de soin de droit commun**, vers lequel la PASS se doit d'un point de vue réglementaire d'orienter ses consultants **ne semble pas très hospitalier** pour les migrants/étrangers et les précaires. Dans sa thèse⁴⁰, qui a porté sur la problématique de l'effectivité de l'orientation et de l'intégration des anciens consultants de la PASS de Chambéry dans le système de droit commun, Thomas Collin soulève la question du sens de ces démarches. «D'une certaine manière, avant de considérer l'orientation et l'intégration des consultants de la PASS vers le droit commun, peut-être faudrait-il chercher à intégrer dans le système de santé du droit commun certaines pratiques de soins exercées à la PASS.»⁴⁰

Les soins qui s'exercent au sein des PASS se font dans une **approche globale** de la santé, un **travail pluridisciplinaire en coopération** au sein de l'équipe et au-delà avec des professionnels et bénévoles du champ social et sanitaire. Il se pratique également un **accompagnement socio-médical** permettant de développer du lien social et l'autonomisation. Une **réflexion éthique de l'intervention** est de mise, car une telle approche globale et en coopération favorise l'accueil et des soins adaptés «mais elle ne doit pas se transformer en une ingérence.»⁴⁰ Thomas Collin, propose une présentation de ses résultats en vue d'engager une réflexion collective et développer d'éventuels changements de pratiques, avec les professionnels de la PASS de Chambéry, les consultants, des professionnels du réseau Santé précarité et également des professionnels libéraux. (Annexe 7)

La définition que donne la WONCA du métier de Médecin généraliste/ Médecin de famille (Annexe 8), rejoint cette réflexion, tout comme le dernier texte réglementaire de la convention médicale 2004.^{41, 42}

Au fil de la réflexion, on perçoit que les **difficultés d'accès aux soins participent des inégalités de santé** mais n'en sont **pas la première cause**. Ceci dit, il n'est pas tolérable que ces difficultés aggravent les inégalités de santé. Les **médecins généralistes**, en tant qu'ils sont «des **observateurs privilégiés**, en contact direct avec une **population précaire et silencieuse**», ont un « **devoir de réflexion et de témoignage**» sur ce sujet. Ils doivent «réagir afin de continuer à **exercer ce métier en cohérence** avec la **déontologie médicale**⁴³» et veiller à ce que les décisions politiques n'accentuent pas les obstacles financiers mais au contraire les fassent disparaître.³¹

CONCLUSION

J'ai choisi de travailler sur cette situation car elle est très prévalente en Médecine Générale quelque soit le mode d'exercice mais aussi parce qu'il s'agissait d'une consultation à la Permanence d'accès au soin de santé permettant de poser des problématiques autour de la prise en charge d'une maladie chronique, telle le diabète de type 2, en une situation de précarité.

Pour ce qui est des douleurs thoraciques, on ne peut écarter un angor stable d'expression atypique, compte-tenu des facteurs de risque cardio-vasculaire. Ces douleurs constituent une plainte récurrente ayant conduites à plusieurs bilans hospitaliers en urgence, éliminant certes un syndrome coronarien aigu mais sans conclusion quant à leur étiologie. Je pense qu'il faut essayer de convaincre le patient de faire un examen à visée diagnostic, comme l'angioscanner des coronaire qui semble bien indiqué chez un patient obèse pour qui l'épreuve d'effort pourrait poser problème. L'objectif de l'examen me paraît désormais plus clair et certainement cela me donnera des arguments à avancer au patient. En effet, établir un diagnostic précis pour ces douleurs permettrait de mieux les prendre en charge avec un bénéfice direct pour le patient. Si il s'agit d'une coronaropathie stable, une revascularisation systématique n'a pas d'intérêt, en revanche une prise en charge adapté et préventive des complications cardio-vasculaire pourra être mise en place.

S'il ne s'agit pas d'une origine coronaire, on ne peut pas écarter une origine digestive à ces symptômes. Il pourrait être intéressant de consacrer une grande part de la prochaine consultation à faire préciser les symptômes. La prise en charge adapté d'un ulcère gastro-duodéal, d'un reflux gastro-œsophagien, d'une lithiase biliaire voire des manifestations anxieuses en tant que tel permettrait certainement d'améliorer la qualité de vie du patient et d'éviter des consultations récurrentes et non contributives aux urgences.

Par rapport à l'hypertriglycéridémie, avec la découverte d'un diabète de type 2, il semble qu'il vaudrait mieux arrêter le traitement par fénofibrate. Le gemfibrozil pourrait être proposer à la place, mais il n'est pas disponible dans le livret thérapeutique du CHU. Le patient ne pourrait donc pas avoir un accès gratuit à cette spécialité. Dans le cas de Monsieur C. je pense qu'il vaut mieux privilégier la prise du traitement par metformine et abonner ce traitement dont l'efficacité n'est pas démontré.

Au premier plan des plaintes de Monsieur C. reviennent les démangeaisons péniennes associés semble-t-il à des brûlures mictionnelles. Le patient m'ayant dit avoir eu des rapports non protégés en Roumanie juste avant son retour en France, il aurait été judicieux de faire les prélèvements dès la première consultation et probablement de mettre en route un traitement probabiliste. Le traitement des partenaires paraît assez peu réaliste dans cette situation.

Par ailleurs le résultat de consultation ne répondait pas aux attentes du patient: être soulagé de ces symptômes génitaux, et comprendre d'où viennent ces douleurs thoraciques et comment les soulager aussi. Au contraire ce résultat l'a beaucoup inquiété et ma façon très biomédicale de lui annoncer n'était pas du tout adapté. J'ai annoncer cette maladie comme on

annonce un problème qui à des solutions presque faciles à mettre en place : mesures diététique, médicaments antidiabétiques oraux et insuline. J'étais satisfaite d'énumérer des conseils sans me préoccuper de la compréhension et de l'adhésion du patient à mes propositions. Hors ces interventions sont autant de changements dans la vie du patient qu'on doit prendre en considération : prendre des médicaments au quotidien, essayer de changer d'habitudes alimentaires... Je ne lui laissais pas assez de temps pour exprimer concrètement ses craintes, ses croyances par rapport au diabète. Je pense que cela a beaucoup joué que ce soit le début de mon stage et que je revienne à la médecine générale après une année d'interruption, en particulier parce que j'étais moins sûre dans mes démarches clinique et diagnostic. En fin de stage, je constate les progrès effectués. Par ailleurs la situation précaire du patient ajoutait à la complexité tout comme sa maîtrise approximative de langue générant des incompréhensions. Je suis aujourd'hui plus attentive à ses difficultés et j'ai appris au fil du temps les mots les mieux compris, les gestes aidant... ; apprentissage qui ne peut se faire que sur le terrain.

Monsieur C. était plutôt demandeur de conseil diététique. Il est venu rencontrer l'infirmière du service à cette fin. Ce qui rend complexe la prise en charge de cette obésité est le contexte de vie du patient. En effet il ne mange pas forcément à heure fixe et les nombres de repas est variable d'un jour à l'autre. Il mange des produits récupérer soit en banque alimentaire soit dans les poubelles des supermarchés.... Son choix est donc restreint. Et ce mode d'approvisionnement est en faveur d'une consommation de produits industriels importante, produits souvent très riche en matière grasse, en sel, en sucre. Par ailleurs on repère une consommation importante de soda et boissons sucré. Ma proposition d'une entrevue avec l'infirmière était u final plutôt judicieuse quelqu'en soit les résultats à terme pour accompagner le patient.

Je retiens de cette recherche que les bénéfices des mesures de prise en charge de l'obésité sont modestes. Donc j'éviterais d'être trop insistante à l'avenir auprès de patients qui contrairement à Monsieur C ne manifeste pas de motivation à cette démarche. Quitte à y revenir de temps en temps au fil du suivi en fonction de l'évolution du patient.

Ce travail m'a rappelé les principes de l'éducation thérapeutique du patient confronté à une maladie chronique, et j'ai donc déjà pu observer que j'écoute beaucoup plus les patients et que je les surcharge moins d'informations inutiles. Revoir de façon précise la prise en charge du diabète de type 2 m'a rappelé la place centrale de l'éducation nutritionnelle même si les conditions de vie du patient précaire rendent sa mise en place plus difficile. Je lui donnerais donc plus de place à l'avenir dans ma pratique.

La rupture de suivi est tellement fréquentes avec des patients précaires et/ou migrants, que l'on a tendance à facilement proposer des interventions médicamenteuses d'emblée. Cette recherche m'a permis aussi de reconsidérer la place centrale de la prise en charge nutritionnelle et éducative dans le traitement du diabète de type 2 et donc de ne pas exclure d'emblée les patients précaires de cette approche simplement parce que de multiples obstacles pragmatiques se posent.

C'est à partir de cette idée que j'ai été amené à analyser ma pratique quotidienne auprès de publics migrants/étrangers précaires, d'un point de vue déontologique et éthique.

J'ai donc ouvert ma recherche sur les questions d'accès aux soins, aux droits. On voit que ce patient aura difficilement accès au système de droit commun étant donné son mode de vie. Et les PASS sont prévues pour être transitoires, c'est difficile dans ce contexte de se projeter dans le temps avec le patient. Pourtant, de fait, la relation s'inscrit dans le temps puisque monsieur C. n'a encore jamais été au bout des démarches administratives pour obtenir une AME. Par ailleurs avoir conscience des difficultés concrètes auxquels font face les patients que l'on reçoit me paraît essentiel, notamment pour prendre en compte leurs rythmes et leurs contraintes, tout en donnant de la place aux soins et au «prendre soin», au «souci de soi». Ainsi on accompagne les personnes dans le dédale des services de l'hôpital, on prend les rendez-vous pour eux. On évite aussi de s'inscrire toujours dans une médecine donnant des réponses rapides à des questions urgentes puisque c'est souvent ainsi que se formulent les demandes de soins. On répond donc en s'inscrivant dans le temps comme en Médecine Générale habituellement.

Si l'intervention pluridisciplinaire en coopération des soignants et des professionnels du champ social, dans une relation individuelle à la personne en situation de précarité et malade, se heurte à la dimension sociale des inégalités de santé et à la mollesse des politiques publiques visant à la promotion de la santé de tous et toutes, en tant que futur médecin généraliste il me paraît aussi de mon devoir de témoigner, de réfléchir et de réagir afin de pouvoir «continuer à exercer ce métier en cohérence avec la déontologie médicale»

Annexe 1 : douleur thoracique d'origine coronarienne

La maladie coronarienne est une affection fréquente qui multiplie par deux le risque cardiovasculaire.¹ Le nombre de décès annuels par maladie coronarienne en France est estimé à 46 000. La prévalence de la maladie coronarienne en France est de 3,9 %.²

Devant une douleur thoracique l'hypothèse d'un angor est d'autant plus probable s'il existe des facteurs de risque cardiovasculaire qui sont à rechercher¹ : antécédents familiaux maladie coronarienne notamment avant 50 ans, antécédents personnels d'infarctus du myocarde, hypercholestérolémie, diabète, sexe masculin, âge > 50 ans, tabac, HTA

L'Angor stable est défini comme

- une sensation oppressante désagréable voire une douleur ou rarement une blockpnée
- survenant à l'effort, lors d'une émotion, lors du passage du chaud au froid, après des repas lourds
- pas d'aggravation des crises sur une période d'un mois
- disparaît dans les deux à trois minutes suivant l'arrêt de l'effort
- siège médian, rétro-sternale dans approximativement 80 % des cas. Les irradiations les plus caractéristiques concernent le cou, le maxillaire inférieur, les membres supérieurs surtout le gauche
- le caractère constrictif hautement évocateur ; décrite comme une constriction, serrement, écrasement, impression d'étouffement.^{1,2}

L'angor instable se caractérise par des symptômes d'angor qui s'aggravent rapidement.

Les crises apparaissent peuvent apparaître plus fréquemment ou lors d'un effort de moins en moins intense, ou durer plus longtemps. La trinitrine est souvent moins efficace. On parle aussi d'angor instable lorsque les plaintes surviennent dans les 2 semaines suivant un infarctus aigu du myocarde ou une intervention coronaire percutanée.^{1,2}

La confirmation diagnostique peut se faire par plusieurs types d'exams plus ou moins invasifs. **L'objectif** d'établir un diagnostic certain est ensuite de **mettre en place une prise en charge adaptée de prévention des complications à long terme.**

→ ECG de repos

Il est souvent normal en dehors des accidents coronariens aigus. Il peut révéler l'existence de signes d'ischémie myocardique ou d'une séquelle d'infarctus du myocarde.³

→ Épreuves d'efforts

→ ou ECG d'effort

→ ou scintigraphie de perfusion

→ ou Échocardiographie de stress

→ ou angioscanner des coronaires : une méta-analyse montre en effet que l'angioscanner permet d'écarter à bon escient une coronaropathie par exemple chez des patients pour qui l'ECG d'effort n'a pas été contributif ou pour des personnes qui ont des douleurs atypiques. Cet examen expose aux effets indésirables des produits de contraste iodés et des radiations ionisantes.⁴

→ La coronarographie est proposée aux patients à haut risque après une exploration non invasive afin de proposer un traitement par dilatation et/ou pose d'angioprothèse. Ces interventions invasives permettent d'obtenir un meilleur contrôle des symptômes que le traitement médicamenteux. Un avantage sur la survie et sur la morbidité n'a cependant été démontré que chez les patients de moins de 65 ans présentant des sténoses sévères; aucun avantage n'a été observé chez les personnes âgées.²

A noter que la HAS recommande le dépistage par une de ces techniques des ischémies silencieuses chez les patients diabétiques ayant au moins 2 facteurs de risque. Ceci dit ce point est controversé comme en témoigne deux essais cliniques publiés en 2009 donnant des éléments de réponse sur l'intérêt de dépister les coronaropathies asymptomatiques ou de revasculariser systématiquement les coronaropathies stables chez les patients diabétique de type 2. Les résultats de ces essais n'incitent pas à de la recherche systématique d'une coronaropathie asymptomatique, ni d'une revascularisation coronarienne, chez les patients diabétiques de type 2 coronariens stables.⁵

On évalue le pronostic d'un angor stable à l'aide des classes de la New York Heart Association (NYHA) **d'un point de vue clinique** :

classe 1: pas de douleur ou douleur uniquement lors d'un effort très important

classe 2: pas de douleur lors des activités de la vie quotidienne, mais bien en cas d'effort important

classe 3: douleur lors des activités de la vie quotidienne normales

classe 4: douleur au moindre effort et au repos.

et par des **examens paraclinique**

c'est-à-dire que l'on cherche à évaluer le risque d'événement clinique grave (mort dont la mort subite, infarctus, insuffisance cardiaque)¹

- holter ecg
- échographie cardiaque

Il existe des **traitements adaptés améliorant la survie globale** et d'autres mesures améliorant les symptômes et donc **la qualité de vie**.

Traitement de la crise aiguë

dérivé nitré d'action rapide par voie sublinguale au moment de la crise, (dinitrate d'isosorbide ou nitroglycérine).

L'administration de dérivés nitrés par voie sublinguale ne constitue pas un moyen très fiable pour le diagnostic différentiel entre une crise d'angor et une autre douleur thoracique.

Il n'est pas non plus prouvé que l'administration sublinguale de dérivés nitrés à un patient connu angoreux permette de distinguer une crise d'angor d'une part d'un infarctus ou d'un angor instable d'autre part.²

Traitement d'entretien permettant d'éviter les crises

béta bloquant, les inhibiteurs calciques

les dérivé nitré ou inhibiteurs calciques d'action prolongé sont utilisés en cas de contre-indication aux BB ou en association s'ils sont inefficaces.³

Traitement prophylactique visant à diminuer la mortalité et la morbidité

- éducation du patient : compréhension de sa maladie, modification du mode de vie, connaissance de signes d'alertes

- arrêt de tabagisme

- contrôle des facteurs de risques cardiovasculaire de façon plus étroite qu'en prévention primaire cholestérolémie, HTA, diabète

- introduction d'acide salicylique ou de clopidogrel

IEC^{3,4}

Annexe 2 : repères diagnostic et thérapeutique par rapport aux hypothèses digestives pour un douleur thoracique

=> ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL :^{7, 8, 9}

De manière typique un ulcère se manifeste par

- une douleur épigastrique, sans irradiation et à type de crampe ou faim douloureuse.
- Elle est calmée par la prise d'aliments ou d'antiacides
- et rythmée par les repas avec un intervalle libre de 1 à 3 heures
- évolution par poussées de quelques semaines séparées par des périodes asymptomatiques de quelques mois ou quelques années est évocatrice d'une maladie ulcéreuse liée à H. Pylori.

Mais le plus souvent les signes sont moins typiques

- de siège sous-costal droit ou gauche, ou strictement postérieur.
- hyperalgique pseudo-chirurgical ou au contraire fruste réduit à une simple gêne non rythmé par l'alimentation.[7]

indication d'une endoscopie digestive haute :

- chez tout patient âgé de plus de 45 ans ayant un syndrome ulcéreux typique ou atypique
- chez un patient âgé de moins de 45 ans :
 - présentant des symptômes d'alarme tels qu'une anémie ou un amaigrissement,
 - en cas de positivité d'un test diagnostique d' *Helicobacter pylori*,
 - en cas d'échec du traitement symptomatique chez un patient âgé de moins de 45 ans

et le traitement curatif repose,

- sur l'oméprazole, un inhibiteur de la pompe à protons pendant 4 semaines. Le traitement curatif d'un ulcère gastroduodéal lié à *Helicobacter pylori* repose avant tout sur l'élimination de cette bactérie. [8]

=> LE REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN^{10, 11, 12}

Un reflux gastro-œsophagien est physiologique quand il est bref et occasionnel.

Les symptômes du reflux gastro-œsophagien sont liés au passage du contenu acide de l'estomac dans l'œsophage. Selon plusieurs études européennes, environ un quart des adultes ressentent au moins une fois par mois une sensation de brûlure rétrosternale ascendante, et 5 % en souffrent au moins une fois par jour.[9]

Le reflux gastro-œsophagien est plus fréquent chez les personnes obèses.

Des symptômes d'alarme (amaigrissement, dysphagie, hémorragie digestive, anémie) font craindre une forme sévère de RGO ou une affection néoplasique et imposent donc une endoscopie.

Le traitement du RGO repose sur des mesures non médicamenteuses. Il s'agit de repérer les aliments responsables, ou les situations déclenchantes. Éviter les repas très abondant et la sieste après le repas.

Si ces mesures ne sont pas efficaces, les anti-acides à prendre entre les repas, ou au coucher sont les médicaments de premier choix. L'oméprazole, un inhibiteur de la pompe à protons, est le traitement des œsophagites et des RGO très gênant. Il a peu d'effet indésirables.[10]

=> LITHIASE BILIAIRE¹³

Un autre diagnostic est à garder en tête, c'est l'hypothèse d'une lithiase biliaire. En effet mes lectures m'ont rappeler que l'obésité et l'hypertriglycéridémie tout comme les traitements hypolipémiants sont des facteurs de risques de lithiase biliaire.

Annexe 3 : Éducation thérapeutique des patients ²⁷

En France on estime à **15 millions de personnes atteintes de maladies chroniques** ayant un retentissement dans la vie quotidienne, soit près de 20% de la population.

On constate que 50% des patients atteints de maladies chroniques observent mal ou insuffisamment le traitement indiqué médicalement ce qui a des conséquences en terme de morbi-mortalité et de qualité de vie. On observe une volonté de la part des patients d'être actif pour ce qui le concerne en matière de santé. La relation médecin-malade semble devoir devenir une éducation thérapeutique du patient (ETP).

Définition selon l'OMS

L'ETP est un processus interactif permanent intégré dans les soins, impliquant des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion, de soutien psychologique du patient, le plus souvent de manière interdisciplinaire.

Les objectifs c'est de

- permettre au patient d'acquérir des compétences pour vivre de façon optimal avec sa maladie
- de l'aider, ainsi que sa famille, à comprendre la maladie et le traitement, à maintenir leur qualité de vie, à coopérer avec les soignants.

Il est démontré que l'ETP réduit les hospitalisations, les épisodes aigus et les complications...

L'information seule n'est pas suffisante, il s'agit d'établir un **partenariat constructif patient-soignant** dans une démarche de **transfert de compétences du soignant vers le patient**.

Les 3 temps de la médecine éducative :

- connaître et comprendre le patient : qu'est-ce qu'il fait vraiment ? Quel est son vécu de la maladie, des traitements, quelles sont ses difficultés ? Qu'est-ce qu'il sait de sa maladie ? Qu'est-ce qu'il se sent capable de mettre en œuvre dans les aléas du quotidien ?
- Améliorer les compétences du patient : On apprend plus de ce qu'on découvre soi-même, de ses propres questions à l'âge adulte. Il s'agit donc d'aider le patient à formuler ses interrogations et de l'aider à prendre conscience et à dépasser ses croyances et obstacles. Et ensuite cela consiste en une analyse en commun et la formulation de propositions médicales sans jargon. Enfin il est important de s'assurer de la compréhension du patient en le laissant redire avec ses mots.
- Explorer tous les domaines concernés : problèmes biomédicaux, psychologiques, les problèmes induits dans le quotidien, et par rapport à l'entourage les problèmes liés à la vie sociale. Cette démarche implique une écoute attentive du patient et elle reconnaît le rôle, les compétences et l'expertise du patient comme celle du soignant.

L'ETP demande du temps et donc un mode d'exercice et de rémunération adapté.

L'intégrée aux soins ambulatoires permet la continuité dans le temps en fonction des besoins de suivi du patient. Elle nécessite aussi une formation des soignants.

Il faut rester vigilant aux conflits d'intérêts car des firmes pharmaceutiques pourraient avoir intérêt à participer à ce genre de programmes afin de donner une bonne place sur le marché à leurs produits.

La PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé Une cellule médico-sociale hospitalière pour les personnes démunies

Rencontre *Prescrire*, Rennes, 30, 31 mai et 1er juin 2008

Un dispositif hospitalier

- créée en juillet 1998 : volet santé de la loi contre les exclusions
- destiné à recevoir les personnes en difficulté :
 - assurance maladie absente ou incomplète
 - désocialisation nécessitant un accompagnement spécifique
- apportant une prise en charge sans délai et de manière ambulatoire



Les trois piliers de la mission

- la levée des obstacles aux soins :
 - consultations médicales hospitalières
 - délivrance de médicaments par la pharmacie hospitalière
 - accès au plateau technique de l'hôpital pour les examens complémentaires
- l'insertion dès que possible dans le système de droit commun
- la formation par actions spécifiques et sensibilisation du personnel hospitalier

Fonctionnement

Un dispositif transversal

- ± Une unité constituée rattachée à un service
(urgence, médecine interne, maladies infectieuses,...)

L'équipe médico-sociale

● Un professionnel référent :

Assistant social, le plus souvent, ou éducateur, conseiller en économie sociale et familiale, infirmière, médecin :

- mise en place, suivi et coordination intra hospitalière du dispositif
- partenariat privilégié avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- liens et coordination des projets avec le réseau précarité et les structures sociales d'accueil et d'hébergement
...et qui assure au quotidien :
 - l'accueil des personnes sans rendez-vous
 - le bilan de leur situation et des droits à faire valoir
 - une orientation auprès des services ressource de soins et d'accompagnement social
 - la coordination entre les prises en charge médicales (hospitalières) et les mesures sociales



● et ± :

- ⊗ un référent médical : animation des réseaux de soins, formation des professionnels, ...
- ⊗ consultations médicales avec ou sans rendez-vous, intra ou extra muros
- ⊗ consultations dentaires
- ⊗ temps infirmier : assistance des consultations et/ou présence sur les lieux de vie, aide thérapeutique, continuité des soins
- ⊗ temps de secrétariat



La démarche pluridisciplinaire sociale et médicale

- ♣ **Évaluation** du parcours individuel et social du patient : obstacles aux soins, autonomie, stades des troubles
- ♥ **Recherche** de l'adhésion du patient pour les priorités et les modalités des soins
- ♣ **Adaptation** de la démarche médicale aux particularités du terrain social où vit la personne
- ♦ **Respect** des points d'ancrage de la personne et aide à de nouveaux repères

En Rhône-Alpes

- 29 PASS répertoriées
- **Combien sont fonctionnelles ?** Dernière photo officielle en 2003.
- Des structurations très différentes suivant le réseau existant et les caractéristiques locales de la précarité
- Présence d'une **association pluridisciplinaire de professionnels** : échanges d'information et d'expériences, journées régionales ouvertes aux autres intervenants de santé publique et de la grande précarité, réflexion sur le développement des PASS, interpellation des institutions.

Un dispositif opérant... dont les moyens restent incomplets

- ♣ Un accompagnement spécifique vers les soins de droit commun
- ♥ Une approche pluridisciplinaire des problématiques de santé, une polyvalence de l'abord médical
- ♣ Une synergie des actions sociales et médicales
- ♦ Un lien entre l'hôpital et les partenaires associatifs, soignants et institutionnels en charge de la précarité



Contacts :

elisabeth.rivoir@chu-st-etienne.fr : Permanence d'Accès aux Soins de Santé - Service d'urgence et de réanimation - CHU - 42055 Saint-Etienne cedex 2 - tél : 0800 308 350 - fax : 04 77 12 03 46
bruno.de.goer@ch-d Chambéry.fr : secrétaire de l'Association des professionnels des PASS Rhône-Alpes - Siège social : PASS, Centre Hospitalier B P1125 - 73011 Chambéry - cedex - tél : 04 79 96 51 06
<http://appsssa.alpes-blog.com>

Annexe 5: la protection sociale, CMUc, CMU, et Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ³⁷

CMU= loi n° 99-641 du 27 juillet 1999

Si une personne n'a pas de droits ouverts à un autre régime de base, elle doit être obligatoirement affiliée au régime général de la Sécurité sociale via la couverture maladie universelle (CMU). Une cotisation est due pour les personnes dont les revenus annuels dépassent 9029€ (du 1er octobre 2010 au 30 septembre 2011). Ce seuil est identique quelle que soit la composition du foyer. Les personnes dont le revenu est inférieur à ce montant bénéficient gratuitement de la CMU de base.

La CMUC, loi n° 99-641 du 27 juillet 1999.

La CMU complémentaire permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière sous condition de ressources fixée par décret (634€ mensuel pour une personne seule, au 1er juillet 2010). Couvre entièrement le ticket modérateur et le forfait hospitalier.

Pour pallier l'effet de seuil touchant les personnes dont les revenus dépassent de moins de 20% le niveau fixé pour l'obtention de la CMUC, une **Aide à l'acquisition de la complémentaire santé** (ACS) a été instaurée en 2002, réajustée en 2004.

Annexe 6

Voici les pistes de réflexion proposées par Thomas Collin à la suite de son travail de thèse, «Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry - évaluation du retour au droit commun»⁴⁶

Formation des professions médicales

- favoriser l'accès aux professions médicales à des profils sociologiques et universitaires variés
- développer et approfondir en formation initiale l'enseignement des déterminants sociaux de la santé et des inégalités sociales de santé associées
- Intégrer au cursus universitaire un enseignement théorique et pratique encadré dans le domaine santé précarité^a

De la PASS au médecin de ville

- développer une recherche locale et une réflexion sur les attentes et les difficultés des professionnels libéraux dans leurs rapports avec les personnes en situations de précarité
- favoriser la connaissance et la coopération interprofessionnelle entre la PASS et le secteur libérale, en dehors du réseau Santé précarité (ou en l'élargissant)
- développer des activités de coopération des professionnels de la PASS et du secteur libéral dans les lieux d'hébergement sociaux
- développer et structurer un lien fonctionnel avec la CPAM (pour l'information des consultants de la PASS sur le système de santé, pour le transfert d'informations sur les droits^b) et favoriser un accueil personnalisé secondaire
- Renouveler de façon ponctuelle, dans le cadre d'une convention avec la CPAM, un transfert d'information des données de recours aux soins dans le droit commun

PASS de Chambéry

- engager une réflexion sur l'orientation des consultants dans les suites de la restitution de nos résultats
- mise en place d'un nouveau recueil informatique, intégrant des éléments dynamiques et personnalisés sur les parcours de soins des consultants de la PASS
- institutionnaliser une participation effective de consultants de la PASS à l'organisation du dispositif
- développer des activités de soutiens et d'informations dans le domaine sanitaire pour les intervenants sociaux des lieux d'accueil et d'hébergement

- a. La PASS de Chambéry est par exemple un lieu de stage pour les internes dans le cadre d'un projet personnel. Nous rappelons dans une stricte logique biomédicale que les soins auprès des personnes en situations de grande précarité apportent aussi une expérience clinique et thérapeutique supplémentaire. (Rq : La PASS de Saint-Étienne est lieu de stage dans le cadre des centres de soins primaire du stage praticien ou dans le cadre de projet personnel)
- b. Depuis mai 2010, un système d'alerte a été mis en place, permettant à l'assistante sociale de la PASS d'identifier les refus à l'instruction des dossiers.

Annexe 7 : définition du métier de médecin généraliste – médecin de famille par la WONCA Europe 2002

«Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins de santé et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.»

Bibliographie

1. Haute Autorité de santé « Guide affection de longue durée - maladie coronarienne », HAS, mars 2007
2. Centre belge d'information pharmacologique « Fiche de transparence Prise en charge de l'angor stable », CBIP, juin 2008, disponible sur URL : <http://www.cbip.be>
3. MUNIZ ECKELEERS Patricia « Attitude pratique devant une douleur thoracique », La Revue de la Médecine Générale, décembre 2004, n° 218 éditée par la société scientifique de médecine générale de Belgique
4. Suspicion de coronaropathie : l'angio-scanner contribue à éliminer le diagnostic à bon escient, La revue prescrire, décembre 2010 ; 30 (326) : p925
5. MACHECOURT J. « Angine de poitrine, angor stable et instable », Corpus Médical de la faculté de Grenoble, août 2002 , mise à jour janvier 2005
disponible sur URL : <http://www-sante.ujfgrenoble.fr/SANTE/alpesmed/corpus.htm>
6. Centre belge d'information pharmacologique « Fiche de transparence - prise en charge des troubles anxieux - Trouble anxieux généralisé Trouble panique Phobie », CBIP, juillet 2008 , 5p, disponible sur URL : <http://www.cbip.be>
7. Ulcère gastrique et duodéal. Gastrite – Item 290 – Abrégé connaissances et pratique SNFGE, Société Nationale Française de Gastro-entérologie chap30 : p1
8. Ulcère gastroduodéal : traitement médical Idées-Forces tirées de Prescrire jusqu'au n° 316 (février 2010)
9. ANAES indication à visée diagnostique de l'endoscopie digestive haute en pathologie œso-gastro-duodénale de l'adulte à l'exclusion de l'échoendoscopie et l'entéroscopie mars 2001
10. Le Reflux gastro-œsophagien – item - Abrégé connaissances et pratique SNFGE, Société Nationale Française de Gastro-entérologie chap
11. Reflux gastro-œsophagien chez les adultes, en bref Idées-Forces tirées de Prescrire jusqu'au n° 322 (août 2010)
12. Brûlures d'estomac, remontées acides, chez les adultes, La revue prescrire septembre 2008 ; 28 (299) : p685
13. Lithiase biliaire et ses complications – item 258 – Abrégés connaissances et pratique SNFGE Société Nationale Française de gastro-entérologie.Chap24
14. Mise au point Traitement antibiotique probabiliste des urétries et cervicites non compliquées Recommandation AFSSAPS Actualisation – Octobre 2008 www.afssaps.fr
15. Infection VIH et IST, prévention et dépistage, in Prise en charge médico-psycho-sociale, guide pratique destiné aux professionnels. COMEDE Comité médical pour les exilés. Édition 2008 : 294-301

16. Prévention et éducation à la santé : prévention, exil et culture, in Prise en charge médico-psycho-sociale, guide pratique destiné aux professionnels. COMEDE Comité médical pour les exilés. Édition 2008 : 234-236
17. Recommandations de Bonne Pratique "Prise en charge des dyslipidémies" publiées par l'Afssaps en septembre 2000 actualisation et "Modalités de dépistage et de diagnostic biologique des dyslipidémies en prévention primaire" publiées par l'Anaes en janvier 2000
18. Hyperlipidémies Quelle place pour les fibrates en prévention cardiovasculaire ? La revue prescrire juillet/août 200 ; 121 (219) : p555
19. Obésité : maigrir sans médicament, première partie obésité : de nombreuses complications graves La revue prescrire, février 2007 ; 27 (280) : 123-128
20. Obésité : maigrir sans médicament, deuxième partie des interventions non médicamenteuses pour réduire la morbidité, La revue prescrire mars 2007 ; 27 (281) : 197-201
21. Obésité : maigrir sans médicament, troisième partie : régime équilibré évitant les aliments à forte densité calorique et activité physique , La revue prescrire avril 2007 ; 27 (280) : 275-281
22. Patients diabétiques de type 2 : pas de dépistage ni de revascularisation systématique des coronaropathies PAGE 128 • La revue prescrire février 2010 (30) : 316
23. Diabète de type 2, en bref Idées-Forces tirées de Prescrire jusqu'au n° 322 (août 2010)
24. Diabète de type 2 : viser une HbA1c entre 7 % et 7,5 % • La revue prescrire novembre 2010 ; 30 (325) : p846
25. CBIP, Centre Belge d'information pharmacologique Fiche de Transparence Prise en charge du diabète de type 2 www.cbip.be
26. recommandation janvier 2008 prise en charge du diabète chez les personnes en très grande précarité conférence de consensus paris octobre 2007
27. Pierre Gallois, Jean-Pierre Vallée, Yves Le Noc, Éducation thérapeutique du patient - Le médecin est-il aussi un « éducateur » ?, Revue Médecine de la médecine factuelle à nos pratiques, Volume n° 5, Numéro 5, Mai 2009
28. Prévention et éducation à la santé : nutrition, in Prise en charge médico-psycho-sociale, guide pratique destiné aux professionnels. COMEDE Comité médical pour les exilés. Édition 2008 : 246-250
29. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire n°8-9, Numéro thématique Inégalités sociales de santé, mars 2011 <http://www.invs.sante.fr/BEH>
30. Collin Thomas, Luc BARRET , Thierry BOUGEROL , Patrick IMBER, Bruno DE GOËR, Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de chambéry - évaluation du retour au droit commun - Thèse de doctorat en médecine générale, Université Joseph Fourier Grenoble, 2011 : 37-38
31. Repère, Prise en charge médico-psycho-sociale, guide pratique destiné aux professionnels.

COMEDE Comité médical pour les exilés. Édition 2008 : p49

32. Haut Conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. HSCP, 2009 ;

33. Hambourg C. Santé globale, santé de première ligne, santé communautaire : présentation du projet de « la case de santé » à Toulouse. Thèse de doctorat en médecine générale. Université de Toulouse III, 2005

34. Loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. J Off Répub Fr 1998 31 juillet : n°175 ; 11679

35. Mady Denantes, Marie Chevillard, Jean-François Renard, Patrick Flores, Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale . Revue Exercer 2009;85:22-6

36. Les permanence d'accès aux soins de santé (PASS), La Revue Prescrire, Octobre 2010 ; 30 (324) : 778-779

37. Collin Thomas, Luc BARRET , Thierry BOUGEROL , Patrick IMBER, Bruno DE GOËR, Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de chambéry - évaluation du retour au droit commun - Thèse de doctorat en médecine générale, Université Joseph Fourier Grenoble, 2011 : 29-31

38. AME : Apparteid médical d'État, La Revue Prescrire, mai 2011; 31 (331) : p373

39. B de Goer, B Gales, A Agnoli, Spécificité de la prise en charge d'un public précaire en service d'urgences, Urgence 2010 SFMU, chapitre 93

40. Collin Thomas, Luc BARRET , Thierry BOUGEROL , Patrick IMBER, Bruno DE GOËR, Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de chambéry - évaluation du retour au droit commun - Thèse de doctorat en médecine générale, Université Joseph Fourier Grenoble, 2011 : 143-151

41. Wonca World family doctors. Caring for people Europe : La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille 2002

42. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie- 12janvier 2005- www.ameli.fr- p 99

43. «Le serment d'Hippocrate réactualisé» Bulletin de l'Ordre des Médecins Avril 1996 : 4

44. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
Version consolidée au 18 juillet 2011, *articles L 121-1 et suivants*

45. Première conférence internationale pour la promotion de la santé ayant eu lieu à Ottawa en 1986 a débouché sur la chartre dite d'ottawa <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/index-fra.php>

46. Collin Thomas, Luc BARRET , Thierry BOUGEROL , Patrick IMBER, Bruno DE GOËR, Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de chambéry - évaluation du retour au droit commun - Thèse de doctorat en médecine générale, Université Joseph Fourier Grenoble, 2011 : p 151
47. Secours populaire : la pauvreté s'est aggravée en France en 2011, in Le monde 30 août 2011 http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/08/30/secours-populaire-la-pauvrete-s-est-aggravee-en-france-en-2011_1565561_3224.html