

UNIVERSITE DE STRASBOURG  
FACULTE DE MEDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE : 2021

N° : 79

THESE  
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE  
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat  
Mention : Médecine Générale

PAR  
Abdelouahab HADDAD  
Né le 10/01/1988 à Chetma

Projet FETOMP : Score EPICES en maison urbaine de santé à Strasbourg.

Président de thèse : Pr Pascal BILBAULT  
Directrices de thèse : Docteur Claire DUMAS  
Docteur Léa CHARTON



1  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**  
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDS Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2020  
Année universitaire 2020-2021

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)**

**Directeur général :**  
M. GALY Michaël



**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

**A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)**

BAHRAM Séiamak  
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

**A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)**

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	52.01 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles P0013	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Haute-pierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Haute-pierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Haute-pierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
FAITOT François P0216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRP6 CS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01	<b>Hématologie</b> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	<b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01	<b>Anatomie</b>
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Haute-pierre	82.00	Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02	<b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	<b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / PO218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

P6 : Pôle RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

---

**A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES**


---

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP6 CS	+ Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	+ Pôle Hépato-digestif Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		+ Pôle de Biologie Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	+ Pôle Tête-Cou Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

---

MO135 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 <b>Pharmacologie fondamentale</b> ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01	Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03	Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02	Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02	Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01	<b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	---	---

## B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

---

**C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**  
**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

---

**C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE**

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

---

**C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre GROS-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

---

**D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**  
**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

---

**E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES**

---

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Dr DE MARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie</li> <li>- Service d'Oncologie Médicale / ICANS</li> </ul>
Mme Dre GERARD Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Pharmacie-pharmacologie</li> <li>- Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gériatrie</li> <li>- Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau</li> </ul>
Mme Dre LALLEMAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation</li> <li>- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)</li> </ul>
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO)</li> <li>- Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schittigheim</li> </ul>
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gériatrie</li> <li>- Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau</li> </ul>
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Santé Publique et Santé au travail</li> <li>- Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO)</li> <li>- UCSA</li> </ul>
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO</li> </ul>
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Locomax</li> <li>- Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO</li> </ul>
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation</li> <li>- SAMU</li> </ul>

---

---

### F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)  
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*  
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er août 2019 au 31 mars 2022)*  
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*  
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)  
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)  
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)  
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*  
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)  
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)  
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)  
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

---

### F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.08.2008 - 30.08.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

---

### F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Prs RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(\* 4 années au maximum)

---

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARDT Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSSTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

### Légende des adresses :

**FAC** : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

### HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss"** - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

## RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

**SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

## **Table des matières**

Abréviations.....	18
1 .....	Introduction
.....	20
1.1 Les inégalités sociales de santé .....	20
1.2 le projet FETOMP .....	22
1.3 La précarité.....	23
1.3.1 Définitions .....	23
1.3.2 Le score EPICES .....	25
1.3.3 Les cartes d'identités territoriales de santé .....	27
1.4 Hypothèse de travail .....	29
1.5 Objectifs de l'étude.....	29
2 .....	Matériels et méthodes
.....	29
2.1 Saisie.....	31
2.2 Procédures réglementaires et financement.....	31
2.3 Analyses statistiques.....	32
2.4 Comparaison avec les données de l'ORS .....	32
2.5 Retour aux équipes .....	33
3 .....	Résultats et analyse
.....	34
3.1 Score EPICES moyen.....	34
3.2 Détails du score EPICES .....	37
3.3 Comparaison du score EPICES avec les données de l'ORS.....	38
3.4 Retour aux équipes : principaux résultats .....	39
3.4.1 Avis des équipes concernant le score EPICES.....	39
3.4.1.1 Avantages .....	39
3.4.1.2 Inconvénients.....	39
3.4.1.3 Comment améliorer le score EPICES.....	41
3.4.2 Avis des équipes quant aux différences mises en évidence entre les MUS.....	41
3.4.2.1 Les difficultés financières.....	41
3.4.2.2 Les vacances .....	42
3.4.2.3 La patientèle de la MUS de la cité de l'III.....	43
3.4.3 Finalement : qu'est-ce que la précarité ? comment la caractériser ? .....	44
3.5 Analyse et caractérisation des patientèles.....	45

4 .....	Discussion	48
4.1	Forces et limites de l'étude .....	48
4.1.1	Forces de l'étude .....	48
4.1.1.1	Faible taux de refus .....	48
4.1.1.2	Grande envergure .....	48
4.1.1.3	Originalité .....	49
4.1.1.4	Impact sur la pratique .....	49
4.1.2	Limites de l'étude .....	49
4.1.2.1	Biais de sélection .....	49
4.1.2.2	Biais de déclaration .....	49
4.1.2.3	Biais de désirabilité sociale .....	49
4.2	Rappel des principaux résultats .....	50
4.3	Score EPICES moyen .....	52
4.4	Choix du score EPICES : comment et pourquoi caractériser la précarité ? .....	54
4.5	Barrière de la langue et illettrisme .....	56
4.5.1	Barrière de la langue .....	56
4.5.2	Illettrisme .....	58
4.6	Où sont les patients très précaires et pourquoi ne viennent-ils pas dans les MUS ? .....	59
4.6.1	Médecins du monde .....	62
4.6.2	La Boussole .....	62
4.7	Pourquoi les plus précaires ne viennent-ils pas dans les maisons urbaines de santé ? .....	63
4.7.1	L'accès aux droits .....	63
4.7.2	Le renoncement aux soins .....	64
4.7.3	La méconnaissance de la structure .....	67
4.7.4	La localisation, l'infrastructure et la relation avec le médecin .....	67
4.8	Nos recommandations pour diminuer les inégalités sociales de santé .....	69
4.8.1	Partir des représentations des patients de la précarité pour mieux les aider ....	69
4.8.2	Développer, pérenniser et donner les moyens à la médiation en santé .....	70
4.8.3	Être suivi dans une maison de santé : une chance pour ne pas sombrer dans la grande précarité ? .....	72
4.8.4	La formation et la sensibilisation des professionnels à la précarité .....	73
5 .....	Conclusion	75
6 .....	Bibliographie	147
7 .....	Annexes	80

7.1	Figure 1 : modèle des déterminants sociaux de la santé .....	80
7.1	Figure 2 : Personnes en difficultés importantes face à l'écrit selon différentes caractéristiques en Zus et unités urbaines englobantes (en%).....	81
7.2	Tableau I. Présentation des indices de position et de dispersion du score EPICES MUS de Hautepierre.....	82
7.3	Figure 3 : histogramme score EPICES Hautepierre.....	83
7.4	Tableau II. Présentation des indices de position et de dispersion du score EPICES MUS de la cité de l'ill.....	84
7.5	Figure 4 : histogramme score EPICES Cité de l'III .....	85
7.6	Tableau III. Présentation des indices de position et de dispersion du score EPICES MUS du Neuhof.....	86
7.7	Figure 5 : histogramme score EPICES Neuhof.....	87
7.8	Tableau IV. Présentation du détail du score EPICES de 253 personnes consultant à la maison urbaine de santé de Hautepierre.....	88
7.9	Tableau V. Présentation du détail du score EPICES de 254 personnes consultant à la maison urbaine de santé de la cité de l'ill.....	89
7.10	Tableau VI. Présentation du détail du score EPICES de 253 personnes consultant à la maison urbaine de santé du Neuhof .....	90
7.11	Tableau X : Comparaison des sous sections du score EPICES pour les 3 MUS de Strasbourg.....	91
7.13	Score de Pascal.....	92
7.14	Les quartiers prioritaires de la ville de Strasbourg.....	93
7.15	Figure 6 : Taux de renoncement aux soins en fonction du score de précarité.....	94
7.16	Figure 7 : Objectifs de la médiation en santé.....	95
7.17	Figure 8 : Profils démographiques et socio-économiques comparés des QPV d'Alsace .....	96
7.18	Retranscriptions.....	97
7.18.1	Retranscription Cité de l'III.....	97
7.18.2	Retranscription Hautepierre .....	108
7.18.3	Retranscription Neuhof.....	121

## **Abréviations**

ANLCI : Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme

ARS : Agence régionale de santé

DMG : Département de Médecine Générale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

CASO : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation

CGET : Commissariat général à l'égalité des territoires

CES : Centres d'examens de Santé

CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de Santé

CHAPSA : Le Centre d'hébergement et d'aide aux personnes sans abri

DHVS : Département d'Histoire des Sciences de la Vie et de la Santé

ECOGEN : Éléments de la Consultation en médecine Générale

EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé

FETOMP : Formation à l'Éducation Thérapeutique à l'Obésité en Milieu Précaire

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ISS : Inégalités Sociales de Santé

MG : Médecine Générale

MGEN :Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

MUS : Maison Urbaine de Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

QPV : Quartiers prioritaires de la politique de la ville

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

ZUS : Zone Urbaine Sensible

# **1 Introduction**

## **1.1 Les inégalités sociales de santé**

Le préambule de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), indique que la santé revêt des aspects multidimensionnels, à la fois physiques et psychiques, mais également sociaux et environnementaux :

*« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.*

*La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. » (1).*

Par ailleurs, la déclaration D'Alma-Ata ( septembre 1978) place les soins primaires au cœur de la lutte contre les inégalités de santé, et érige la santé en « *droit fondamental de l'être humain* » (2).

On appelle inégalités sociales de santé : « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale* » (3).

Ainsi comme le précise Thierry Lang dans le rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) : « les inégalités sociales de santé » en 2015-2016 : on retrouve trois grandes familles de déterminants de la santé :

- Les déterminants socio-économiques : l'éducation, 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 comportements de santé (consommation de tabac, d'alcool, de drogues, nutrition...), qui ne relèvent pas seulement de la responsabilité individuelle, mais dépendent aussi de la catégorie sociale ;
- Le système de soins et de prévention médicalisée (figure 1 en annexe).

Thierry Lang précise également que « *ces déterminants de la santé ne sont pas indépendants les uns des autres. Ils forment de véritables chaînes de causalité qu'il est possible de choisir d'interrompre à un point ou un autre, depuis les causes les plus fondamentales (une politique des revenus, une politique éducative...) jusqu'aux plus proximales (cesser de fumer grâce à des patches, traiter un cancer...)* »(4).

Le système de santé français et la couverture maladie se sont nettement améliorés ces dernières années, participant ainsi à une augmentation de l'espérance de vie et une amélioration de l'état de santé global de la population.

Cependant, les inégalités sociales de santé (ISS) ne cessent d'exister, voire de se majorer, en France, et ce en dépit des différentes actions entreprises par les autorités sanitaires et politiques. Elles demeurent, ainsi, plus élevées que chez nos voisins européens (5).

Notre pays se distingue comme celui où l'écart, en termes d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier, est le plus grand (6,4 ans pour les hommes, 3,2 ans pour les femmes). Ainsi, un homme de 35 ans a 18% de risque de mourir avant 65 ans s'il est ouvrier, contre 7% s'il est cadre (6).

Pour travailler à changer les choses et à la réduction de ces ISS, la DREES a tenu un séminaire en 2015 et 2016, animé par Thierry Lang (université Toulouse III) et Valérie Ulrich (DREES) et intitulé « les inégalités sociales de santé » (4).

Ce séminaire a notamment abouti à la conclusion qu'il fallait développer les savoirs et les connaissances à travers des travaux de recherche sur le terrain, notamment avec des études observationnelles.

C'est la raison pour laquelle le projet FETOMP a été lancé.

## **1.2 le projet FETOMP**

En 2016, le Département de médecine générale (DMG, Catherine JUNG, Claire DUMAS et Léa CHARTON) et le Département d'Histoire des Sciences de la Vie et de la Santé (DHVS, Christian BONAHE, Laurène ASSAILLY) ont répondu à un appel d'offres de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de l'Eurométropole de Strasbourg par un projet de recherche intitulé « *Recherche action sur l'obésité dans les QPV : évaluer les actions publiques et agir ensemble. Éducation thérapeutique et prévention par l'activité physique* » dont l'objectif était de réaliser une série de travaux individuels, mais concertés, qui devaient engager des étudiants en médecine à un travail d'enquête original et de terrain dans les QPV (Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville) de Strasbourg afin de produire une suite de travaux de thèse cohérents et complémentaires.

Le projet retenu a été nommé FETOMP (Formation à l'Éducation Thérapeutique à l'Obésité en Milieu Précaire) et a donné lieu à de nombreux travaux de thèse, un premier consistant en une analyse de la bibliographie sur l'obésité, puis de nombreux autres ont suivi avec entre autre deux analyses quantitatives de la population consultant en médecine générale en QPV à Strasbourg, une autre sur l'alimentation, précarité et rapport au poids, le surpoids et l'obésité expliqués par les patients précaires, le vécu du poids et la relation à l'alimentation d'une personne en surpoids, une analyse des consultations en médecine générale traitant du surpoids et de l'obésité (7–13).

Ce projet étant réalisé en milieu précaire, il nous semblait donc important de caractériser cette précarité dans les QPV étudiés.

### 1.3 La précarité

#### 1.3.1 Définitions

Les mots *précaire* et *précarité* ont une longue histoire. Depuis son étymologie qui lui prête la même origine que *prière*, le latin *precarius*, le mot *précaire* a connu de multiples acceptions, tantôt adjectif tantôt substantif, attaché tantôt au vocabulaire courant, tantôt au droit ; on l'a même vu, à ce dernier propos, parfois au féminin : “ La *précaire*, rappelle Littré, fut à la fois l'acte de concession d'une terre à titre d'usufruit et la terre elle-même concédée dans cette forme. ” On sait que derrière la vieille idée d'une chose obtenue par prière l'acception moderne de *précarité* renvoie principalement à ce dont l'avenir, la durée, la solidité n'est pas assurée, à ce qui est *instable* et *incertain*, à ce qui est *court*, *fugace* ou *fugitif*, voire à ce qui est délicat et *fragile* (14).

Ainsi, Wresinski dans son rapport rendu en 1987 au Conseil Économique et Social français en donnait une définition : « *La précarité est 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.* » (15).

La précarité est souvent mesurée grâce à des indicateurs, portant notamment sur la situation par rapport à l'emploi et en particulier le chômage, la catégorie socio professionnelle

à laquelle on appartient, le fait de percevoir des prestations sociales ou encore de bénéficier de la Couverture Maladie Universelle.

De plus, elle implique une forte incertitude sur la possibilité de retrouver une situation « acceptable » dans un avenir proche.

Enfin, elle englobe différentes dimensions :

- Une précarité dite économique ou matérielle, se référant aux difficultés rencontrées pour s'alimenter, se loger, s'habiller.
- Une précarité professionnelle : c'est-à-dire la situation par rapport à l'emploi (chômage, emploi à temps partiel, contrats à durée déterminée, intérim etc..)
- Une précarité relationnelle, affective caractérisée par un appauvrissement des relations sociales pouvant conduire à un isolement social, une difficulté à nouer des liens affectifs.

Cette définition par rapport à une situation implique une subjectivité et une relativité, lesquels peuvent expliquer la différence de perception et de représentation de cette même précarité par deux personnes issues de milieux et/ou de cultures différentes.

### 1.3.2 Le score EPICES

Une première définition administrative de la précarité a été insérée dans l'article 2 de l'arrêté ministériel du 20 juillet 1992 (16), laquelle se base essentiellement sur des critères socio-administratif et la situation vis-à-vis de l'emploi.

Toutefois, elle ne tient pas compte de l'aspect multidimensionnel de la précarité (culture, santé, logement, diplômes, protection sociale, revenus etc.) et ne repère pas les travailleurs pauvres.

Pour pallier à ces carences, le réseau des CES (Centres d'examens de Santé) coordonné par le CETAF (Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de Santé) et associé à l'école de santé publique de Nancy ont construit un score individuel de précarité : le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé).

Ce score a été élaboré à l'aide d'un questionnaire socio-économique réalisé auprès de 7208 personnes dans 18 CES. Il comportait initialement 42 questions portant, entre autre, sur : la nationalité, la composition du ménage, le logement, les loisirs, le recours aux soins, les difficultés financières, la situation professionnelle etc...(17).

11 questions ont ensuite été sélectionnées et pondérées par analyse statistique (régression multiple) expliquant 90,7% de la précarité. Il a également été établi que chaque question du score a une valeur informative propre.

Le score EPICES a, par ailleurs, été validé en santé par des études qui ont montré qu'il était lié à tous les indicateurs de mode de vie, d'accès aux soins et de santé (18).

Pour évaluer la précarité et tenir compte de toutes ses dimensions, nous avons utilisé le score EPICES pour ses nombreuses qualités : à savoir qu'il est rapide à réaliser, reproductible, quantitatif. Il permet également d'identifier les personnes fragiles à l'échelle de l'individu et donc d'orienter les actions vers ces publics précaires.

Il est continu et varie de 0 (pas précaire) à 100 (maximum de précarité).

On considère généralement que les personnes sont précaires pour un score supérieur à 30 (19).

**Tableau 1**

<b>Les 11 questions du score Epices</b>		
<b>N° Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
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 Êtes-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 Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8 Êtes-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, il 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, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
<b>Constante</b>	<b>75,14</b>	

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

### 1.3.3 Les cartes d'identités territoriales de santé

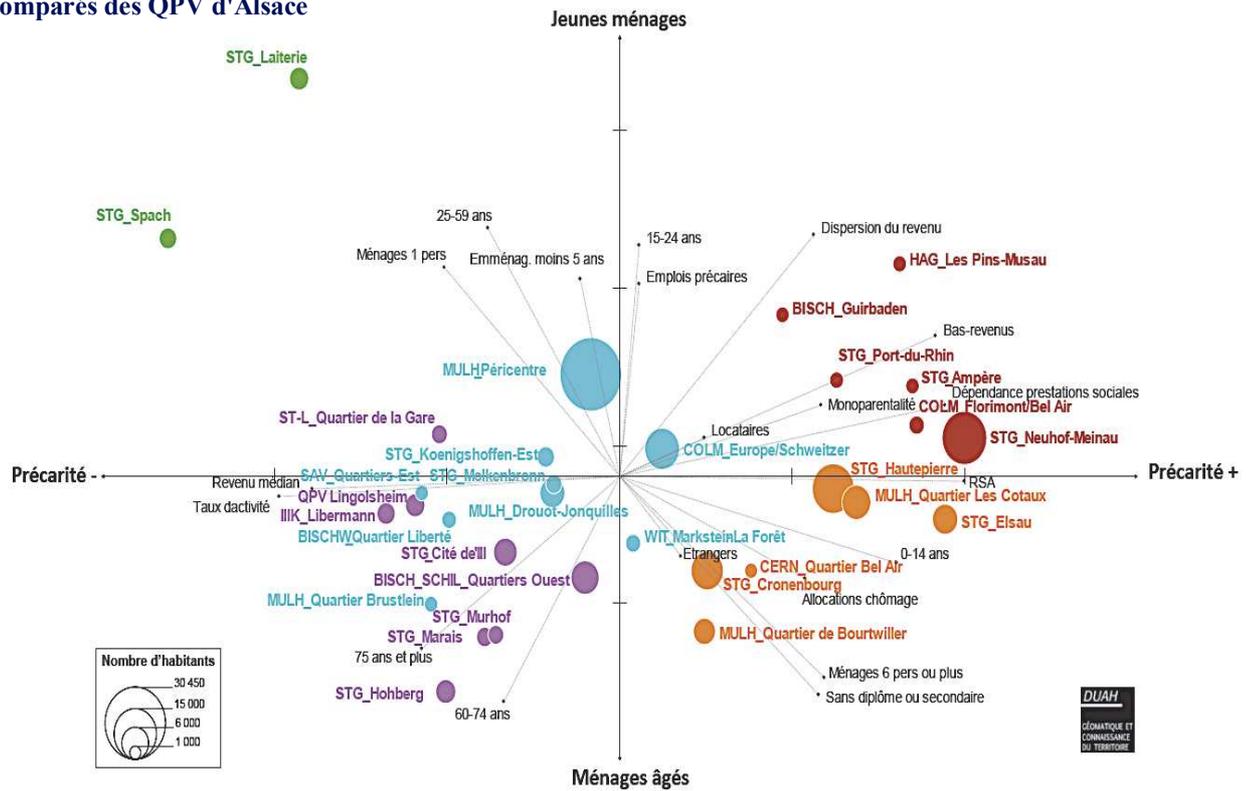
Ces cartes, combinant profil démographiques et socioéconomiques, nous donnent une « photographie » de la précarité comparée des QPV. Elles étaient jusqu'ici la seule étude nous permettant de caractériser la précarité de nos territoires. Elles concernent des territoires et ne sont donc pas forcément représentatives des patientèles des médecins généralistes exerçant au sein de ces territoires.

Elles ont été réalisées en 2016 par l'observatoire régional de la santé de la région Grand EST, qui a pour mission d'améliorer l'information sur l'état de santé et les besoins des populations dans la région (20).

Ces cartes sont produites à partir de l'exploitation de données provenant de différentes sources officielles pour caractériser la précarité de ces quartiers :

- Insee Estimations mixtes de population 2010
- Insee Source fiscale 2011
- Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) 2011

**Figure 1 Profils démographiques et socio-économiques comparés des QPV d'Alsace**



Sources : Insee Source fiscale 2011, Insee Estimations mixtes de population 2010, Bénéficiaires Caf 2014 - Réalisation : Eurométropole de Strasbourg/DUAH/GCT/B.Soulet

Dans le cadre de l'élaboration et la signature des contrats de ville pour les quartiers QPV, les Agences Régionales de Santé (ARS) ont été chargées d'effectuer des diagnostics locaux de santé partagés sur ces territoires, portant prioritairement sur l'état de santé de la population, l'offre de santé et l'existence ou non d'une couverture de besoins.

C'est dans cet objectif que l'ARS Alsace a mandaté l'Observatoire Régional de la Santé d'Alsace (ORS Alsace) afin d'établir des cartes d'identité territoriales de santé de 29 des 31 QPV alsaciens qui comportent un volet santé dans leur nouveau contrat de ville (21).

### **1.4 Hypothèse de travail**

Toutes les MUS ne se ressemblent pas et les données dont nous disposons concernent surtout le quartier dans lequel elles se situent. Nous voulions alors caractériser la précarité de chacune d'elles en calculant un score EPICES moyen.

### **1.5 Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de l'étude était d'établir un score EPICES moyen des patientèles de chacune des trois Maisons Urbaines de Santé (MUS) situées en Quartier Prioritaire de la Ville (QPV) de Strasbourg.

Les objectifs secondaires étaient :

- de caractériser la précarité au sein des différentes MUS en analysant les sous sections du score EPICES
- ensuite comparer les résultats obtenus avec le score EPICES aux données des cartes d'identités territoriales faites par l'ORS,
- pour enfin faire un retour aux équipes dans le but de recueillir leurs impressions.

## **2 Matériels et méthodes**

Le projet FETOMP a été conçu en quatre phases :

- Une première dite de recherche bibliographique, aboutissant à 2 thèses intitulées « *Revue de la littérature* » sur les thèmes « *vision du poids par les médecins* »(22), d'une part, et « *Vision du poids par les patients* » (23) d'un point de vue plus sociologique, d'autre part.

- Une deuxième dite d'observation de consultations de médecine générale en milieu précaire, lesquelles ont permis l'établissement d'un score de précarité pour chaque patient (EPICES) et un quadruple recueil de données : grille normée de données quantitatives, prise de notes qualitatives, enregistrement audio de la consultation et rappel téléphonique des patients ayant un excès de poids pour effectuer un entretien sur la question du poids. L'objectif était de comprendre qui consultait en milieu précaire ? Pourquoi ? Le poids était-il un sujet abordé ? Par qui ? Comment ?
- Une troisième d'immersion dans la vie du quartier avec des réalisations d'entretiens qualitatifs d'habitants des QPV, l'organisation de focus group, une étude en monographie d'une habitante, etc. L'objectif était d'approcher la réalité du quartier : le poids est-il un problème du quotidien ?
- La dernière phase du projet n'a pas encore débuté. Elle consistera à recruter et former des « *habitants relais* » qui pourront être « *patients partenaires* », voire « *patients formateurs* » pour les autres habitants mais aussi pour les professionnels de santé. `

Mon travail s'est concentré sur la deuxième phase du projet et en particulier sur la réalisation d'un score EPICES moyen par maison urbaine de santé.

A la fin de la phase d'observation, le nombre de scores EPICES recueillis était insuffisant. Nous avons donc décidé, après avis auprès d'un statisticien, qu'un nombre minimal de 250 scores par maison urbaine de santé était nécessaire.

Le recueil se faisait par un investigateur unique durant cette phase, de façon anonyme : l'investigateur demandait aux patients en salle d'attente s'ils voulaient répondre à un questionnaire de 11 questions pour une étude sur la population du quartier.

L'entretien se déroulait dans une salle de consultation, en privé. Suite à l'entretien, le patient retournait en salle d'attente afin de voir son médecin.

Le consentement du patient était recueilli de façon orale au début de l'entretien.

Nous avons étudié les consultations tout venant, par demi-journée, afin d'obtenir le reflet réel du quotidien des cabinets médicaux en QPV, et d'éviter, par conséquent, un biais de sélection des patients.

Cette phase s'est déroulée d'aout 2019 à mars 2020.

## **2.1 Saisie**

Tout d'abord, chaque interne investigateur saisissait en différé les données recueillies sur une plateforme en ligne sécurisée (Seafile) dédiée et commune. Ces données ont été anonymisées à la source par un code alphanumérique.

Ensuite, pour le calcul des scores EPICES, les données ont été saisies par moi-même sur un fichier Excel.

## **2.2 Procédures réglementaires et financement**

Notre étude a débuté avant l'adoption de la loi Jardé – loi relative aux recherches impliquant la personne humaine – et n'est donc pas soumise à ses décrets d'application.

La méthodologie de l'étude utilisant le recueil de données grâce à la grille ECOGEN a été approuvée par le comité d'éthique de la faculté de Strasbourg pour l'étude originelle ECOGEN. Des demandes complémentaires pour des études utilisant la même méthodologie ont été effectuées par le DMG de Strasbourg et approuvées. Toutes les données recueillies ont été anonymisées à la source par un code alphanumérique.

Répondant à un appel à projet de la ville de Strasbourg et de l'ARS, l'étude a été financée à hauteur de 40.000,00 euros pour 4 années d'étude (2016-2020).

### **2.3 Analyses statistiques**

Les variables qualitatives (effectifs et proportions de chaque modalité dans l'échantillon) ont été analysées, en fonction de la taille de l'échantillon selon, soit le test du Chi 2, soit le test exact de Fischer. Pour chaque variable, le rapport de côtes et son intervalle de confiance à 95% ont été estimés avec la méthode adaptée (maximum de vraisemblance ou par ajustement sur les petits échantillons).

La comparaison de variables qualitatives entre groupes a été réalisée soit par test de Student (variable gaussienne), soit par test non paramétrique dans le cas contraire (test de Mann-Whitney-Wilcoxon). Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel Shiny Stats du GMRC de Strasbourg et au site Biostatgv.

### **2.4 Comparaison avec les données de l'ORS**

Pour la question des personnes vivant seules selon le questionnaire EPICES (Q3), nous les avons comparées au pourcentage de personnes vivant seules auquel nous avons ajouté la part des ménages monoparentaux selon les données de l'ORS.

Pour la question des difficultés financières selon le questionnaire EPICES (Q5), nous l'avons comparée au pourcentage de chômeurs, auquel nous avons ajouté le pourcentage de personnes occupant un emploi précaire selon les données de l'ORS.

Pour la question du logement, nous avons comparé le pourcentage de locataires.

La comparaison de ces deux proportions s'est faite à l'aide du chi-deux.

## **2.5 Retour aux équipes**

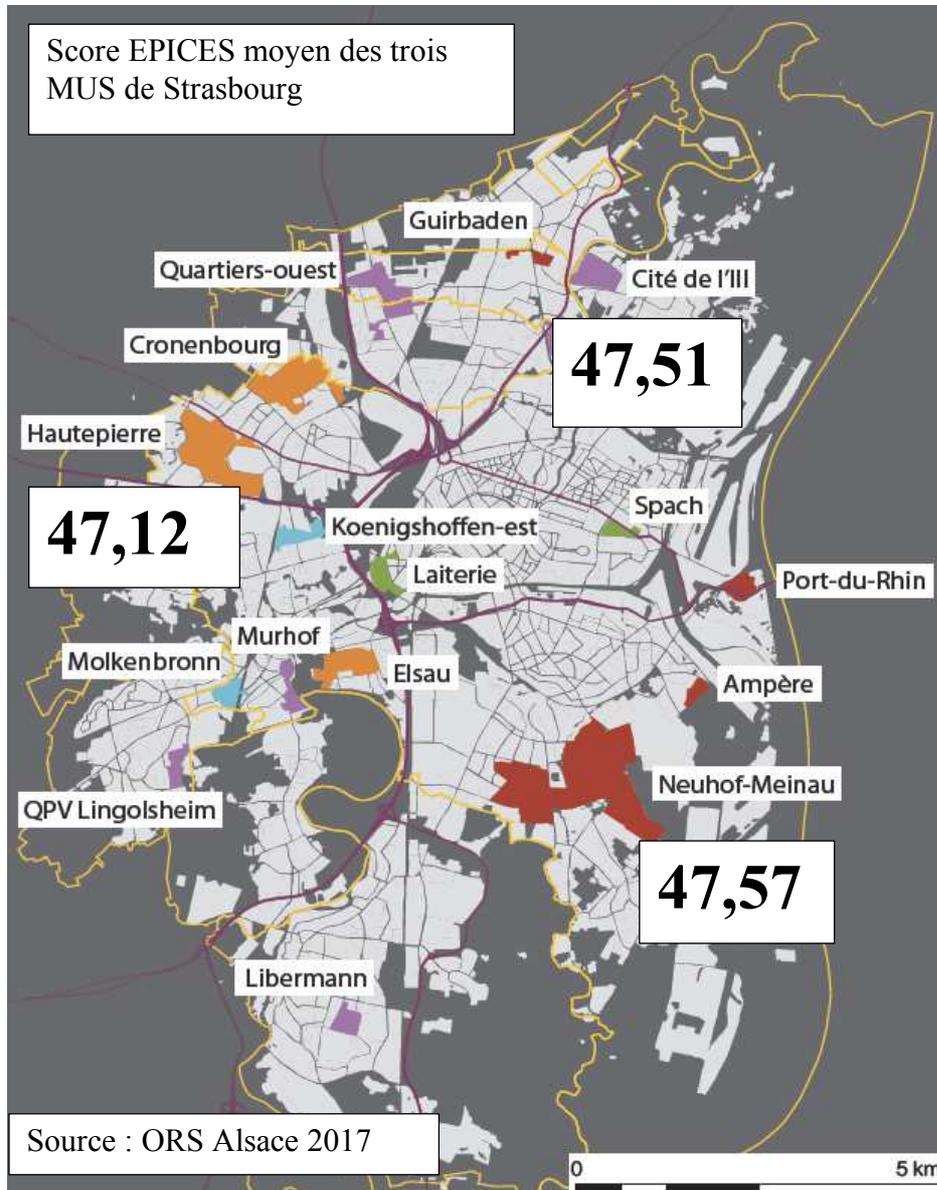
Dans un second temps, nous avons présenté le résultat de notre étude aux équipes des trois maisons urbaines de santé (MUS), dans une démarche qualitative de focus group. Nous leur avons présenté le projet FETOMP ainsi que ses objectifs, le score EPICES, la réalisation du score EPICES moyen de chaque MUS, l'analyse des sous sections du score EPICES, leur comparaison avec les données de l'ORS, ainsi qu'un tableau comparatif des résultats des trois maisons urbaines de santé.

La présentation s'est faite à l'aide d'un PowerPoint, d'une durée d'environ dix minutes, avec une grande partie de l'équipe présente sur place et une partie en visio-conférence.

Les réactions ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone pour ensuite être retranscrites. Cette retranscription a fait l'objet d'une analyse qualitative des verbatims.

### 3 Résultats et analyse

#### 3.1 Score EPICES moyen



#### 5 grands profils de QPV

Types	Variabes socio-démographiques sur-représentées	Intensité de la précarité sociale
1	Petits ménages d'une personne, actifs et étudiants, faible ancienneté d'emménagement	+
2	Proche du profil moyen des QPV d'Alsace	+ +
3	Quartier âgés : 60 ans et plus, forte ancienneté d'emménagement	+ +
4	Forte précarité sociale : bas-revenus, chômage, familles nombreuses, étrangers	+ + +
5	Très forte précarité sociale : très bas-revenus, forte dépendance aux prestations sociales, monoparentalité	+ + + +

Comme on peut le voir sur la carte de l'ORS ci-dessus, les 3 quartiers dans lesquels se trouvent les MUS étudiées sont caractérisés par une précarité différente.

Ainsi constate-t-on que le quartier du Neuhof se distingue par une intensité de la précarité sociale très importante (++++) .

Le quartier de Hautepierre, quant à lui, présente une forte précarité sociale (+++).

Enfin, le quartier de la cité de l'III présente une précarité moindre (++) .

Cependant notre étude retrouve un score EPICES moyen de précarité identique pour les trois MUS de Strasbourg.

Le score EPICES moyen était de **47,12** IC95[44,22 ; 50,01] pour la MUS de Hautepierre.

**Tableau I. Présentation des indices de position et de dispersion du score EPICES de 253 personnes consultant à la maison urbaine de santé de Hautepierre**

Indice	Score EPICES
Effectifs présents	253.00
Moyenne	47.12
IC moyenne borne inf	44.22
IC moyenne borne sup	50.01
Erreur standard (s.e.m)	1.47
Minimum	0.00
Maximum	100.00
Q1	28.99
Médiane	43.78
Q3	65.67

Le score EPICES moyen était de **47,51** IC95 [44,58 ; 50,45] pour la MUS de la cité de l'III

**Tableau II. Présentation des indices de position et de dispersion du score EPICES de 254 personnes consultant à la maison urbaine de santé de la cité de l'ill**

Indice	Score EPICES
Effectifs présents	254.00
Moyenne	47.51
IC moyenne borne inf	44.58
IC moyenne borne sup	50.45
Erreur standard (s.e.m)	1.49
Minimum	0.00
Maximum	100.00
Q1	29.58
Médiane	48.52
Q3	63.90

Le score EPICES moyen était de **47,57** IC95 [44,76 ; 50,37] pour la MUS du Neuhof.

**Tableau III. Présentation des indices de position et de dispersion du score EPICES de 253 personnes consultant à la maison urbaine de santé du Neuhof**

Indice	Score EPICES
Effectifs présents	253.00
Moyenne	47.57
IC moyenne borne inf	44.76
IC moyenne borne sup	50.37
Erreur standard (s.e.m)	1.42
Minimum	0.00
Maximum	100.00
Q1	30.17
Médiane	46.74
Q3	66.86

### 3.2 Détails du score EPICES

Après avoir calculé un score EPICES moyen, nous nous sommes intéressés aux différentes questions de ce score et les avons comparés pour les trois MUS.

Question	item	Hautepierre	Cité de l'III	Neuhof	p
		% (n)	% (n)	% (n)	
Q1	Travailleur social	39,7 (100)	31,1 (79)	42,7 (108)	0,1
Q2	Complémentaire santé	45,6 (115)	58,7 (149)	46,2 (117)	0,06
Q3	Couple	59,5 (150)	39,8 (101)	55,7 (141)	<b>0,01</b>
Q4	Propriétaire logement	7,5 (19)	9,1 (23)	9,1 (23)	0,78
Q5	Difficultés financières	48 (121)	30,7 (78)	49,4 (125)	<b>0,00</b>
Q6	Sport	38,1 (96)	27,2 (69)	39,5 (100)	<b>0,04</b>
Q7	Spectacle	29,4 (74)	47,2 (120)	31,6 (80)	<b>0,00</b>
Q8	Vacances	55,6 (140)	38,2 (97)	50,6 (128)	<b>0,02</b>
Q9	Contact famille	82,9 (209)	91,7 (233)	84,6 (214)	0,48
Q10	Hébergement/proche	70,6 (178)	76,8 (195)	73,1 (185)	0,68
Q11	Aide matérielle /proche	69,4 (175)	70,1 (178)	68,4 (173)	0,96

### 3.3 Comparaison du score EPICES avec les données de l'ORS

Nous avons comparé les trois items que l'on retrouve à la fois dans les données de l'ORS et dans le score EPICES : la proportion de locataires, de personnes rencontrant des difficultés financières et les personnes vivant seules (24–26).

**Tableau VII : Comparaison score EPICES et données de l'ORS (% (n)) pour la MUS de Hautepierre.**

	<b>EPICES</b>	<b>ORS</b>	<b>p</b>
<b>Locataires</b>	92,5 (234)	81,5 (10964)	0,12
<b>Difficultés financières</b>	48 (121)	53,7 (7313)	0,30
<b>Vivant seule</b>	41,5 (103)	41,8 (5693)	0,82

**Tableau VIII : Comparaison score EPICES et données de l'ORS (% (n)) pour la MUS de la cité de l'III.**

	<b>EPICES</b>	<b>ORS</b>	<b>p</b>
<b>Locataires</b>	90,9 (231)	97 (4044)	0,49
<b>Difficultés financières</b>	30,7 (78)	43,8 (1826)	<b>0,007</b>
<b>Vivant seule</b>	59,2 (153)	42,4 (1767)	<b>&lt; 0,001</b>

**Tableau IX : Comparaison score EPICES et données de l'ORS (% (n)) pour la MUS du Neuhof.**

	<b>EPICES</b>	<b>ORS</b>	<b>p</b>
<b>Locataires</b>	91,9 (230)	97 (4044)	0,48
<b>Difficultés financières</b>	49,4 (125)	54,8 (8603)	0,34
<b>Vivant seule</b>	44,3 (112)	48,5 (7614)	0,42

### 3.4 Retour aux équipes : principaux résultats

#### 3.4.1 Avis des équipes concernant le score EPICES

##### 3.4.1.1 Avantages

Ainsi qu'il le sera évoqué dans le paragraphe suivant, beaucoup de soignants ont trouvé que certaines questions du score EPICES étaient floues.

Le Dr L y voit, au contraire, un avantage : *« oui voilà justement est-ce que c'est pas intéressant de laisser un flou, pour que ton interprétation elle va faire de toi que tu vas te sentir plus ou moins précaire, en fonction des choses qui sont importantes pour toi ou pas... »*

Le second avantage vient du fait que le Score EPICES permet une évaluation objective de la précarité de la patientèle, et permet, donc, aux médecins de prendre du recul et de relativiser. En ce sens, le Dr A, exerçant au Neuhof, déclare : *« on a tendance à estimer que tout le monde est précaire, alors que s'il y en a 40 % qui ne le sont pas c'est quand même intéressant... »* ; le reste de l'équipe ayant manifesté son accord avec ces propos.

##### 3.4.1.2 Inconvénients

Les équipes des trois MUS ont relevé le problème de la barrière de la langue que n'intègre pas le score EPICES :

A la cité de l'III, Le Dr R a soulevé le sujet : *« sur le plan des patients d'origines étrangères il y a des différences entre les trois quartiers, est ce que c'est similaire, plus d'étrangers, moins d'étrangers, plus de francophones moins de francophones, ces données sont étudiées ? »*

De même le Dr V nous interroge sur : *« la part d'étrangers, est ce que ça aussi ça été pris en considération notamment par rapport à la barrière de la langue ? »*

L'Infirmière de la MUS du Neuhof le soulève également avec un acquiescement des autres soignants présents : *« le fait d'être francophone ou pas, je trouve que c'est un frein assez majeur dans l'accès aux soins et dans toutes les démarches oui, et je trouve que c'est dommage que ça n'apparaisse pas non plus... »*

Le Dr A complète avec la notion d'illettrisme : *« Et pas que la langue, le fait de savoir lire et écrire aussi.... »*

A Hautepierre, cette problématique a aussi été mise en évidence, le Dr E ayant déclaré: *« Dans les critères de précarité, il y a aussi la maîtrise de la langue... »*, avec un consensus de l'équipe.

Un autre problème soulevé tient à l'ambiguïté de certaines questions. Ainsi, le Dr A trouve que les questions 2 et 4 du score EPICES ne sont pas assez précises : *« C'est trop flou.... c'est trop flou.... »*

Le Dr Z ajoute concernant la question 2 du score EPICES (avez-vous une complémentaire santé ?) : *« et c'est en particulier pour l'item 2, on ne sait jamais quoi remplir à cette question, est-ce que vous avez une complémentaire santé... »*. L'ambiguïté tient au fait que le statut de la CMU n'est pas très clair, est-ce une complémentaire santé ou pas ? De même, la question implique-t-elle une complémentaire santé payante ou non ?

De même par rapport à l'item du logement, le Dr N évoque la multiplicité des conditions locatives alors que le score EPICES ne questionne que sur le fait d'être locataire ou propriétaire : *« en fait dans les conditions locatives on a toute une hiérarchie aussi, entre ceux qui sont en foyer, ceux qui vont être expulsé puis ceux qui sont locataires d'un HLM, ou locataire d'un privé, tout ça ce n'est pas dans le score EPICES... »*

Enfin la question du travail ne semble pas être évoquée dans le score EPICES , ainsi que l'a mentionné le Dr N : *« est-ce qu'ils travaillent... mais on n'a pas la question est-ce que vous travaillez... »*

### 3.4.1.3 Comment améliorer le score EPICES

Afin d'améliorer le score EPICES, ainsi que le suggère le Dr A, il faudrait préciser certaines questions : *« La question 2 et la question 4 il faut les affiner car c'est trop vague pour qu'on puisse vraiment savoir ce qu'il en est... »*

Le Dr E, exerçant à Hautepierre, suggère de diminuer le nombre de questions afin d'en faciliter l'utilisation : *« Il faudrait moins de questions si on veut le faire plus souvent. »*

Le thème de la parentalité semble manquer aux yeux de certains soignants, comme l'a évoqué la psychologue de la cité de l'III : *« Il y a le couple mais il n'y a pas la quantité d'enfants »* ou encore le Dr D à Hautepierre : *« ..on pose la question du couple mais guère la question s'il y a des enfants, ou si c'est une famille monoparentale, la parentalité oui, est-ce que c'est un facteur de précarité, quand on est seul et qu'on élève ses enfants ?.... »*

Aussi, une idée intéressante a été suggérée par l'infirmière du Neuhof : *« Dans l'idéal il faudrait adapter le score EPICES à un territoire.. »*

## 3.4.2 Avis des équipes quant aux différences mises en évidence entre les

### MUS

#### 3.4.2.1 Les difficultés financières

Concernant les difficultés financières, les soignants de la cité de l'III étaient étonnés et sceptiques. Ainsi, le Dr V a déclaré : *« Je voudrais dire quelque chose qui me semble discordant dans les résultats... Les personnes de cité de l'III ont des difficultés financières moindres que ceux de Neuhof et de Hautepierre...Donc c'est un peu... »*

Le Travailleur social ajoute : *« j'ai pas étudié non plus, a priori je vois des gens plus précaires ; les patients que vous m'envoyez sont beaucoup plus en situation de précarité. Et pour les difficultés financières je m'attendais à plus de 50, mais c'est vrai que si on est là en tant que micro structure c'est bien parce que y'a un public très précaire et c'est ceux-là que vous nous envoyez et c'est donc pas très représentatif...Donc c'est difficile.... »*

Le Dr J et le reste de l'équipe sont restés sceptiques quant aux résultats, même s'ils admettent que le Neuhof et Hautepierre sont plus précaires : *« ..moi je suis perplexe, c'est assez étonnant... Et notre impression globale c'est quand même très souvent qu'on pourrait envoyer quasiment tout le monde en micro structure... » (Rires...)* (la micro structure étant la structure de prise en charge des patients précaires)

#### 3.4.2.2 Les vacances

Concernant les vacances, de nombreux soignants ont souligné que la différence entre les trois MUS sur ce critère pouvait être dû à la part d'étrangers qui diffère entre les quartiers et que ces vacances sont souvent un retour au pays. Ainsi, l'Orthophoniste indique : *« Comme les critères vacances, est-ce que vous leur avez expliqué ce qu'est les vacances?. Parce que tu vois à Hautepierre ils sont plus nombreux à avoir répondu oui au critère vacances mais il y a aussi plus d'étrangers donc peut-être qu'ils rentrent juste au pays »*

Cependant ses collègues considèrent que : *« c'est des vacances aussi.. »*

Le Dr A explique que les quartiers de Hautepierre et du Neuhof sont à peu près comparables sur la part d'étrangers : *« D'ailleurs Hautepierre et Neuhof on est pareil sur le critère vacances, et c'est effectivement les gens qui rentrent au pays, au bled... »* et d'ajouter pour expliquer la moindre proportion de personnes partant en vacances à la cité de l'III : *« et c'est pour ça que je pense que les personnes âgées partent moins. »*

Le Dr V était également sceptique quant à la proportion de personnes parties en vacances : *« Je voudrai dire quelque chose qui me semble discordant dans les résultats... Les personnes de cité de l'Ill n'ont pas été en vacances, ont été en vacances moins souvent.. »*

### 3.4.2.3 La patientèle de la MUS de la cité de l'Ill

La MUS de la cité de l'Ill semble se distinguer par le fait que sa patientèle est assez différente de la population du quartier :

En effet, et comme l'affirme le Dr R : *« ce que tu dis me fait penser à une étude qui a été faite récemment dans le cadre de la mise en place d'une CPTS Eurométropole nord et on a étudié les flux de population de patients qui consultaient. La patientèle de la maison de santé n'est absolument pas superposable à la population de la cité de l'Ill, je n'ai plus le chiffre en tête mais de mémoire la moitié des gens qu'on soignait ici ne vivent pas à la cité de l'Ill et à l'inverse la moitié des habitants de la cité de l'Ill ne se font pas soigner ici.... »*

Il explique également cette patientèle par la notoriété d'un des médecins de la MUS : *« Un exemple, Dr I a une notoriété dans une certaine communauté notamment parmi les gens d'origine albanaise et kosovare, qui fait que j'ai déjà vu des gens qui habitaient complètement de l'autre côté de l'Eurométropole comme Lingolsheim ou Ostwald et qui venaient ici en consultation dans l'espoir de voir le Docteur I.*

*Et à l'inverse on voit des gens du reste de la Robertsau, donc plutôt d'un quartier nettement plus aisé, qui viennent parfois en consultation nous voir et donc voilà, le fait d'être dans la cité de l'Ill géographiquement j'ai l'impression que ça induit des choses un petit peu différentes... un brassage peut-être qui explique en partie peut-être cette différence entre le score EPICES que tu as relevé et les données de l'ORS. »*

Cela permet d'expliquer la discordance des résultats de notre étude au niveau de la MUS de la cité de l'Ill avec les données de l'ORS qui ont attiré à la population du quartier.

### 3.4.3 Finalement : qu'est-ce que la précarité ? Comment la caractériser ?

Le Dr J qui exerce à la cité de l'Ill donne sa définition de la précarité : « *Peut-être que notre définition de la précarité c'était quand même très souvent des personnes qui n'avaient pas le choix de pouvoir faire quelque chose de payant...* ».

Cette définition est partagée par le travailleur social et le Dr I : « *Pas le choix c'est peut-être une bonne définition...* »

Au Neuhof le Dr L apporte une nuance et met le doigt sur la représentation de la précarité : « *Peut-être que des gens que nous considérons précaires ne se considèrent pas précaire, Parce que finalement ça leur convient de faire une heure de vélo par semaine et que ça leur convient de voir leur père ou leur mère une fois par an* »

La coordinatrice complète le propos avec une analyse très pertinente sur la relativité et les représentations de précarité : « *on se dit qu'à la Cité de l'Ill ils sont moins précaires, parce qu'ils sont en meilleure situation financière etc... mais sans doute qu'il y a cette question de l'âge de la population, mais ça crée aussi de la précarité d'avoir moins de proches autour de soi, et effectivement ça interroge beaucoup la manière dont on se représente la précarité et je pense que c'est en partie ce qui explique notre étonnement par rapport à ces chiffres, parce qu'il y a aussi de la précarité chez les personnes âgées même si elles ne sont pas en grosses difficultés financières, le fait d'être isolé, de ne plus avoir tellement de contact avec la famille, de ne plus partir en vacances, c'est aussi une forme de précarité clairement....* »

Le Dr N complète cette analyse en évoquant le cas de certains travailleurs sociaux ou associations d'aide aux personnes précaires présentes au Neuhof : « *ils disaient par exemple quand ils ont quelqu'un qui a juste reçu un avis d'expulsion, ils disaient ne vous inquiétez pas vous n'êtes pas encore expulsé, pour eux c'est encore positif, c'est quelqu'un qui a une ressource quoi, je pense qu'on n'est pas au même niveau d'accueil des précaires...* »

Le Dr L ajoute que nos représentations ne sont pas forcément celles des patients précaires : *« En fait c'est pas parce qu'ils n'ont pas de sous, mais dans notre représentation à nous quand tu touches 700 € par mois, c'est la fin du monde et tu ne vas pas t'en sortir ».*

La coordinatrice abonde dans ce sens également : *« mais est-ce qu'il n'y a pas aussi la représentation que les personnes elles-mêmes se font de la précarité et qui biaise aussi une partie des réponses, et ça rejoint aussi ce que disait travailleur social 2 tout à l'heure, il y a des personnes qui peuvent être très précaires selon nos critères, selon ceux des études mais qui ne se vivent pas, ne vivent pas forcément mal cette précarité, ça se retrouve dans les réponses, elle est pas forcément minimisée ou cachée, même si ça peut exister des biais de ce genre-là, mais elle est juste pas mal vécue. »* Elle ajoute, également, toujours par rapport à la relativité de la notion de précarité : *« Je veux juste dire que la représentation que chacun se fait de sa propre précarité dépend effectivement de son environnement et de tout un tas de choses... »*

Et le Dr A de compléter: *« on a tendance à estimer que tout le monde est précaire, alors que s'il y en a 40 % qui ne le sont pas c'est quand même intéressant... »*

### **3.5 Analyse et caractérisation des patientèles**

En comparant les données recueillies au travers des questionnaires EPICES, à celles de l'ORS, nous avons pu nous apercevoir qu'elles étaient comparables sur la question du logement avec un taux de locataires comparable pour les trois MUS.

Pour la question des personnes vivant seules, notre étude retrouve un pourcentage à la MUS de la Cité de l'Ill supérieur à celui de l'ORS. Cette différence s'explique probablement par le fait que les patients consultant à la MUS n'habitent pas forcément le quartier (n'apparaissant donc pas dans les cartes territoriales). Ces patients semblent être principalement des personnes en situation irrégulière et qui sont souvent seules, isolées et sans-domicile fixe.

Il en est de même pour le taux de personnes rencontrant des difficultés financières, pour lequel nous retrouvons dans notre étude un taux inférieur. Ainsi, moins de personnes rencontrent des difficultés financières parmi les personnes consultant à la MUS de la cité de l'III.

Cette différence peut s'expliquer par le fait qu'une partie de la patientèle n'est pas issue du quartier mais des quartiers voisins plus aisés.

La bonne corrélation entre les données de l'ORS et les données recueillies au cours de notre étude tend à nous indiquer que la grande majorité de la patientèle des MUS de Hautepierre et du Neuhof semble être issue du quartier dans lequel les MUS sont implantées.

En analysant le tableau comparatif des sous-sections du score EPICES, on peut constater que les maisons urbaines de santé du Neuhof et de Hautepierre ont des profils qui semblent très similaires.

En effet, outre le fait que le score EPICES moyen soit identique, les taux de réponses positives aux onze questions sont quasi similaires.

Pour six de ces questions : l'aide matérielle par un proche, l'hébergement par un proche en cas de difficultés, le contact avec des membres de la famille, le logement, la complémentaire santé ainsi que la rencontre avec un travailleur social, il n'y avait aucune différence statistiquement significative entre les trois maisons urbaines de santé.

On peut relever que moins de personnes sont en couple à MUS de la Cité de l'III. Ce résultat peut s'expliquer par la proportion de personnes âgées, et donc potentiellement un nombre de veuves ou de veufs plus important, mais également par la proportion de migrants et demandeurs d'asile non issus du quartier, qui sont souvent des hommes à 70% et seuls (27).

Moins de personnes déclarent rencontrer des difficultés financières à la MUS de la Cité de l'III. Ce taux qui peut sembler bas aux équipes de la MUS de la Cité de l'III est à regarder en comparaison avec les deux autres maisons de santé qui sont situées en zone plus précaire et surtout éloignées de zones géographiques aisées. Ainsi, comme nous avons pu le constater lors de notre étude, et comme le suggère un des médecins de la MUS de la Cité de l'III, une partie de la patientèle est issue du quartier aisé de la Robertsau limitrophe, laquelle ne rencontre pas de difficultés financières et qui mécaniquement fait baisser cette proportion. Il en est de même pour la question des personnes ayant vu un spectacle.

S'agissant des vacances, on relève que moins de personnes partent en vacances au sein de la patientèle de la MUS de la Cité de l'III. Ainsi que tente de l'expliquer les médecins des autres MUS de Strasbourg, ce résultat peut s'expliquer par différents facteurs : une proportion de personnes âgées, lesquelles voyagent moins, un pourcentage probablement élevé de demandeur d'asile rencontrant des difficultés administratives pour se déplacer et, enfin, une proportion moins importantes d'étrangers qui se rendent dans leur pays d'origine, comparativement au Neuhof et à Hautepierre. Les soignants de ces deux dernières MUS expliquent le taux important de départs en vacances surtout par le retour au pays des populations immigrées.

Enfin, s'agissant de l'activité physique, on relève qu'il existe une plus grande proportion de personnes qui exercent une activité physique à Hautepierre et au Neuhof. Ce résultat n'est pas étonnant pour les soignants des MUS de Hautepierre et Neuhof, ils l'expliquent d'une part par une présence plus importante de jeunes dans leur patientèle, et la présence de nombreuses infrastructures, tels que le Parc des sports et le dynamisme des associations sportives, d'autre part.

Une analyse pertinente est également ressortie lors de notre retour aux équipes. Ainsi a été évoquée l'idée selon laquelle les différences pourraient également s'expliquer par les choix et les priorités des individus. Par exemple, ceux-ci pourraient privilégier une vie culturelle locale plus dynamique au détriment des vacances, les choix se faisant à budget constant. A l'inverse, les personnes peuvent se restreindre pendant l'année pour pouvoir s'offrir des vacances une fois par an.

## **4 Discussion**

### **4.1 Forces et limites de l'étude**

#### 4.1.1 Forces de l'étude

Nous avons étudié les consultations tout venant, par demi-journée, afin d'obtenir le reflet réel du quotidien des cabinets médicaux en QPV, et d'éviter un biais de sélection des patients.

##### 4.1.1.1 Faible taux de refus

Le taux de refus de participation était très faible, environ 3%, et avait surtout eu lieu dans la première phase de l'étude. Il était principalement lié à un manque de temps lorsque le score EPICES était réalisé après la consultation. Lorsque le score EPICES était réalisé avant la consultation, il n'y avait quasiment pas eu de refus. La barrière de la langue a probablement aussi pu jouer un rôle.

Ce faible taux de refus est dû à l'engagement des médecins dans ce projet de recherche, à la rapidité du questionnaire EPICES, et à l'anonymisation du recueil.

##### 4.1.1.2 Grande envergure

Nous avons recueilli plus de 750 réponses, ce qui donne une puissance importante à notre étude.

#### 4.1.1.3 Originalité

Il n'y a, à notre connaissance, pas d'autre étude portant sur ce sujet, ce qui en fait une étude originale. La méthodologie pourrait être répétée à des fins de comparaison inter-villes.

#### 4.1.1.4 Impact sur la pratique

Nous avons fait un retour aux équipes des différentes MUS en recherchant un impact sur leur pratique.

### 4.1.2 Limites de l'étude

#### 4.1.2.1 Biais de sélection

Le recrutement des patients a été effectué sur la base du volontariat ce qui constitue un biais de sélection, qui doit toutefois être nuancé par un taux de refus de participation très faible.

Les inégalités sociales de santé ont pu impacter les résultats de notre étude, notamment l'inégalité d'accès aux soins. Les personnes en situation de précarité recourent davantage à l'hôpital qu'à la médecine de ville. Elles renoncent également davantage aux soins (1-3). Ce biais est cependant à relativiser car nous souhaitons caractériser la patientèle des MUS, nous avons donc volontairement sélectionné cette dernière.

#### 4.1.2.2 Biais de déclaration

Les données recueillies ici étaient déclaratives, par entretiens en face à face. Malgré l'anonymisation des résultats, il existe un biais de déclaration.

#### 4.1.2.3 Biais de désirabilité sociale

L'entretien étant fait en face à face, certains patients pourraient avoir tendance à donner des réponses socialement désirables. En effet, les réponses aux questions peuvent mettre les patients mal à l'aise et les renvoyer à leur condition sociale précaire (absence de vacances, d'activité physique, solitude, difficultés financières etc...).

## 4.2 Rappel des principaux résultats

Les résultats statistiques de notre étude montrent que le score EPICES moyen est quasi identique à 47 pour les trois MUS de Strasbourg.

Nous avons pu constater, par ailleurs, que les MUS du Neuhof et de HautePierre étaient semblables en ce qui concerne le questionnaire EPICES (pas de différence statistiquement significative), c'est-à-dire des proportions quasi identiques concernant tous les items (vacances, mutuelle, difficultés financières etc...). La MUS de la Cité de l'Ill, qui malgré un score moyen identique aux deux autres, se distingue par des différences au niveau de certains items comme les vacances, le sport, et l'activité culturelle.

En comparant les données recueillies au travers des questionnaires EPICES, à celles de l'ORS, nous avons pu nous apercevoir qu'elles étaient semblables sur la question du logement avec un taux de locataire du même ordre pour les trois MUS.

Seuls les résultats retrouvés dans notre étude pour la MUS de la Cité de l'Ill concernant les personnes rencontrant des difficultés financières ou les personnes vivant seules étaient discordants avec les données de l'ORS.

Lors du retour aux équipes plusieurs items sont ressortis :

- Le problème de la barrière de la langue qui ne se retrouve pas dans le score EPICES et pouvant entraîner des biais *Dr V* : « *Et parmi les personnes que vous avez interrogées quelle est la part d'étrangers, est-ce que ça aussi a été pris en considération notamment par rapport à la barrière de la langue ?* »

*Dr E* : « *Dans les critères de précarité, il y a aussi la maîtrise de la langue...* »

*Infirmière* : *Il y a un item, une notion qui me vient et qui est importante pour moi, c'est le fait d'être francophone ou pas, je trouve que c'est un frein assez majeur dans l'accès*

*aux soins et dans toutes les démarches oui, et je trouve que c'est dommage que ça n'apparaisse pas non plus...*

- Les équipes ont émis l'hypothèse selon laquelle le fait d'être soigné en maison de santé pouvait permettre aux patients de faire baisser leur niveau de précarité.

*Dr D : ah oui oui ce n'est pas la même population, donc est-ce que les maisons de santé regroupent une population différente, on est certainement plus identifié certainement par les travailleurs sociaux et les associations pour les cas sociaux et les cas très précaires et en difficulté, est-ce qu'on regroupe plus finalement de population précaire....*

- Elles ont également mis en exergue les différences de représentations de la précarité avec une vision de cette dernière qui peut être différente entre soignants et patients.

*CO : mais est-ce qu'il n'y a pas aussi la représentation que les personnes elle-même se font de la précarité et qui biaise aussi une partie des réponses, et ça rejoint aussi ce que disait le travailleur social 2 tout à l'heure, il y a des personnes qui peuvent être très précaires selon nos critères, selon ceux des études mais qui ne se vivent pas, ne vivent pas forcément mal cette précarité*

- De plus, de nombreuses questions ont été soulevées quant aux lacunes du score EPICES et donc ses limites.

*Dr N : une chose sur la question d'être propriétaire de son logement, on voit que ça concerne même pas 10 % de la population, et en fait dans les conditions locatives on a toute une hiérarchie aussi, Entre ceux qui sont en foyer, ceux qui vont être expulsés puis ceux qui sont locataires d'un HLM, ou locataires d'un privé, tout ça ce n'est pas dans le score EPICES...*

- Enfin on note un certain scepticism des équipes et notamment des travailleurs sociaux et des médiateurs quant aux résultats et notamment la relative stabilité du score EPICES entre les trois MUS. Ils avaient le sentiment de rencontrer une population plus précaire que ce que suggère notre étude.

*Travailleur social 1 : Je trouve ça quand même très impressionnant, que le Neuhof soit comme les autres quartiers, parce que quand je parlais avec la médiatrice de Hautepierre, franchement on n'a pas les mêmes dossiers, on n'a pas la même population...et là franchement moi je suis étonnée...*

#### **4.3 Score EPICES moyen**

Initialement, nous étions partis sur l'hypothèse que tous les QPV ne se ressemblaient pas.

Ainsi, nous pouvons voir sur le profil démographique et socio-économique comparés des QPV Alsacien (Figure 1 en annexe) que le Neuhof est le quartier caractérisé par la plus grande précarité. En effet, il appartient au QPV de type 5, c'est-à-dire caractérisé par une très forte précarité sociale, de très bas revenus, une forte dépendance aux prestations sociales, un taux de monoparentalité élevé. Nous trouvons ensuite le QPV de Hautepierre légèrement moins précaire et qui appartient aux QPV de type 4 avec une forte précarité sociale, de bas revenus, du chômage, un nombre important de familles nombreuses, et une part importante d'étrangers. Enfin le QPV de la cité de l'Ill, lequel présente une précarité moindre comparé aux deux précédents, appartient lui au QPV de type 3, c'est-à-dire un quartier âgé, avec un nombre élevé de 60 ans et plus, et une forte ancienneté d'emménagement.

Or, dans notre étude, nous cherchions à caractériser la précarité par le biais d'un score chiffré, et il est étonnant de constater que le score EPICES moyen que nous retrouvons dans chacune des trois Maison Urbaine de Santé est comparable et situé autour de 47 (pour un score

allant de 0 – pas de précarité – à 100 – précarité maximale – avec un seuil de précarité défini à 30).

On peut donc en conclure que même si les QPV sont caractérisés par une précarité de type différent, les patients consultant en Maison Urbaine de Santé semblent très précaires.

On peut constater, par exemple, pour la maison urbaine de santé de la cité de l'III, qu'une partie des patients consultants sont des demandeurs d'asile et que ces derniers présentent un score EPICES très élevé et donc une précarité importante, sans pour autant habiter le quartier. Cependant cette affirmation doit être nuancée car, dans le même temps, la maison de santé ayant été créée il y a quelques années (2014), les médecins installés à la cité de l'III ont été suivis par une partie de leur patientèle venant du quartier aisé de la Robertsau (patients non précaires).

Ce Score EPICES moyen identique dans les 3 MUS peut également être lié aux actions déjà engagées au sein des différentes MUS pour lutter contre la précarité. Ces actions étant différentes ou ayant débuté depuis plus longtemps dans certaines MUS par rapport aux autres.

Par exemple, en 2019 il y avait au Neuhof 46% de patients couverts par la CMUc, lesquels ont contribué à faire baisser le score EPICES moyen du Neuhof (avec une réponse positive à la question « avez-vous une complémentaire santé »), alors qu'il est de 34% pour la cité de l'III.

Il en est peut être de même pour l'activité physique avec la mise en place, plus ancienne, de groupes de marche à la MUS du Neuhof.

L'étude Épidaure-CDS menée en 2011 au niveau des centres de santé a montré que les patients recourant aux centres de santé sont en général plus précaires que la population générale (29).

En effet, elle retrouve un score EPICES moyen en CDS de 38 alors que celui-ci est de 26 en population générale.

Cela permet de mettre en perspective nos résultats avec un Score EPICES moyen de 47 au niveau des MUS, presque deux fois supérieur à celui retrouvé en population générale.

Une autre étude mais de moindre puissance réalisée à Beaune en Côte d'or en 2016 par le Dr Saryoul, lequel retrouve un score EPICES moyen en cabinet de médecine générale de 18,99 (30).

#### **4.4 Choix du score EPICES : comment et pourquoi caractériser la précarité ?**

En France, les études épidémiologiques sont réalisées grâce à des scores individuels qui ont chacun été conçu dans des contextes et pour des objectifs différents. Ils n'ont, toutefois, pas été validés en population générale. Il n'existe, donc, pas de gold standard pour évaluer la précarité à l'échelle individuelle (25).

Il existe plusieurs scores dont les plus connus sont le score de Handicap social, le score de Pascal (annexe 13) et le score EPICES :

- Le score de Handicap social repose sur 111 items : il est donc trop long et son calcul compliqué pour une utilisation courante en consultation ;
- Le score de Pascal comporte peu d'items, il est donc plus rapide et peut être utilisé en consultation mais ne décrit que l'aspect matériel de la précarité ;
- Le score EPICES est très sensible et très peu spécifique pour repérer les personnes en situation de précarité, comparé aux score de Handicap social ou au score de Pascal (31).

Le choix du score EPICES a été fait dans le cadre du projet FETOMP.

Il est probablement l'un des scores les plus utilisés pour l'évaluation de la précarité, en raison de sa rapidité, sa simplicité de réalisation et de sa reproductibilité.

Parmi les limites de ce score, on peut noter que les questions peuvent parfois paraître ambiguës notamment celle portant sur les rencontres avec un « travailleur social », celle relative à « l'aide matérielle », ou encore celle portant sur les périodes dans le mois pendant lesquelles les personnes peuvent rencontrer de véritables difficultés financières pour faire face à leurs besoins (alimentation, loyer, EDF...).

Se pose également la question de la légitimité du score EPICES, dans la mesure où, ce score de précarité, est réalisé par des personnes non précaires pour évaluer des personnes précaires.

De même, les coefficients affectés à chaque item ont été étudiés sur des populations consultant dans les centres d'exams de santé en 2002. Sont-ils toujours adaptés ?

Tout d'abord, ce score permet d'évaluer, de « scorer » la précarité afin d'avoir une base et ainsi reproduire ce score à intervalle régulier, pour évaluer les actions entreprises, afin de permettre d'en rendre compte aux tutelles et aux financeurs.

Il permet, dans le même temps, aux soignants de mieux connaître leur patientèle, de se rendre compte de ce qu'elle vit, d'ouvrir parfois une porte sur l'intime et sur les conditions de vie dont le patient ne parlerait pas spontanément. Cela est parfois utile afin de comprendre certaines pathologies ou du moins de les remettre dans leur contexte et de pouvoir mieux en traiter les causes.

## **4.5 Barrière de la langue et illettrisme**

### 4.5.1 Barrière de la langue

Parce qu'il entraîne certainement un biais de compréhension, le problème de la barrière de la langue a été évoqué au sein des trois maisons urbaines de santé.

En effet, la barrière linguistique constitue souvent un critère d'exclusion des études réalisées sur la précarité du fait de la difficulté à trouver un interprète professionnel, et il est souvent fait appel à un interprète du cercle familial qui lui-même parfois ne maîtrise pas totalement le français.

Ainsi dans notre étude avons nous tenté d'inclure au maximum les patients allophones. Très peu ont été exclus, et il est à noter que parfois nous n'étions pas sûr de la bonne compréhension de la question, ce qui a pu conduire à sous ou sur estimer le score EPICES.

Dans le cadre du projet FETOMP, le Docteur Céline Bruchet a montré dans son étude que malgré le fait que 40% des patients de l'étude ne parlaient pas couramment français, le recours à un interprète professionnel se faisait dans seulement 3% des consultations et 9% avec le concours d'un interprète du cercle familial (12).

Le recours à l'entourage pour l'interprétariat peut donner l'illusion de s'être fait comprendre, alors que le patient n'a, en réalité, pas forcément tout compris. La traduction est souvent approximative, parfois source d'erreur et d'incompréhension et les propos du médecin ou du patient peuvent être déformés.

Ce recours pose également la question de savoir qui est l'interprète, et quelle relation il entretient avec le patient (comment parler de violences conjugales avec une patiente alors que l'interprète est son mari ?).

Une revue de la littérature a montré que la barrière de la langue représente un frein pour l'accès aux soins de santé, notamment aux soins de prévention. Elle engendre des soins de moins bonne qualité et une moindre satisfaction à la fois des patients et des soignants (32).

Elle peut entraîner des surcoûts liées à des examens inutiles, hospitalisations, consultations multiples liés à la mauvaise compréhension, et conduire parfois à de mauvais diagnostics et donc à d'éventuelles complications, une inobservance plus importante.

Le recours à un interprète professionnel est donc fortement encouragé au niveau du conseil européen avec des recommandations aux états membres de lever les obstacles linguistiques par un tel recours (33).

Et ce d'autant que l'on sait que les médecins n'ont pas la même attitude envers les patients appartenant à des minorités ethniques en raison de la difficulté de la communication et probablement, aussi, du fait d'une discrimination consciente ou inconsciente de leur part (34).

Au niveau national, la HAS, reprenant le décret du 5 mai 2017 relatif à l'interprétariat en santé, souligne dans son avis d'octobre 2017 que « l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé garantit, d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical » (35,36).

Au niveau régional, un certain dynamisme a été initié, grâce notamment à l'association Migrations Santé Alsace qui met à la disposition des établissements hospitaliers, collectivités, associations ou cabinets médicaux, un service d'interprètes professionnels, formés et expérimentés (37).

Ce service est gratuit pour l'utilisateur non-francophone, le financement se fait par des subventions de l'ARS et de l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé).

Enfin, devant le développement fulgurant de la téléconsultation, un nouveau mode d'interprétariat a vu jour : le télé-interprétariat, ou visio-interprétariat (38).

Cependant, même si cette nouvelle méthode peut s'avérer d'une aide précieuse, l'interprétariat présentiel reste plébiscité par les soignants notamment pour ce qui a attiré à la communication non verbale. Certains médecins s'inquiètent d'ailleurs de la diminution des moyens alloués à cet interprétariat présentiel (39).

Ainsi, outre les actions entreprises et techniques employées, afin de diminuer la barrière de la langue, il apparaît primordial d'agir au-delà du domaine médical pour développer l'enseignement du français dans les quartiers dépendants des maisons urbaines de santé, même si la concentration de populations allophones dans ces quartiers ne favorise pas le développement des capacités linguistiques.

Cela permettra aux patients de pouvoir devenir autonome, s'émanciper, exprimer leur souhait et rééquilibrer la relation qu'ils ont avec les personnes qui les entourent et, notamment, avec les soignants.

#### 4.5.2 Illettrisme

L'illettrisme est défini par l'absence des compétences de base (lecture, écriture, calcul) pour être autonome dans les situations simples de la vie quotidienne, et ce, malgré le fait d'avoir été scolarisé en France.

L'illettrisme touche beaucoup plus les quartiers précaires. Alors qu'il concerne 7% de la population âgée de 18 à 65 ans, ce taux est de 15% dans les quartiers ZUS (Zone Urbaine Sensible) correspondant aux QPV que nous avons étudiés (40).

Lorsqu'on parle des personnes ayant des difficultés à l'écrit, ce taux monte en ZUS à 27% des 18-65 ans contre 11% en dehors de ces quartiers.

Ces difficultés sont encore plus importantes pour les populations nées à l'étranger, pour lesquelles se mêlent les difficultés liées à la langue et à l'analphabétisme (52% des personnes nées à l'étranger et vivant en ZUS ont des difficultés importantes face à l'écrit) (41).

Ces contextes, potentiellement générateurs de nombreuses situations problématiques, entraînent souvent un non recours aux droits du fait de l'incapacité à effectuer les démarches nécessaires, et parfois la honte que peut représenter le fait de demander de l'aide.

Il est donc primordial comme le suggère l'ANLCI (Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme) d' :

*« Agir contre l'illettrisme pour sécuriser les parcours professionnels des plus fragiles : il s'agit de donner aux adultes salariés ou demandeurs d'emploi confrontés à ce problème les moyens d'être plus autonomes pour faire face à des changements, réussir une évolution professionnelle, conserver leur emploi ou en trouver un nouveau.*

*Agir contre l'illettrisme pour rendre effectif l'accès de tous aux droits : il s'agit de faciliter la capacité à être autonome dans les démarches de la vie quotidienne (accès aux soins, à la culture, aux formalités administratives...)*» (42).

#### **4.6 Où sont les patients très précaires et pourquoi ne viennent-ils pas dans les MUS ?**

Malgré un score EPICES très élevé au sein des trois MUS de Strasbourg, les soignants - du Neuhof et d'HautePierre principalement - s'étonnent qu'il ne soit pas plus élevé, et surtout qu'il soit identique entre les 3 MUS. Lors du retour aux équipes, celle du Neuhof conclut que probablement les patients les plus précaires ne viennent pas consulter les médecins (le recueil de données a été fait dans la salle d'attente des médecins au Neuhof) alors qu'ils peuvent venir

voir les médiateurs santé. Ceux-ci rapportent d'ailleurs une très forte précarité dans toutes les situations qu'ils sont amenés à prendre en charge.

Cela pourrait en partie expliquer la relative stabilité du score EPICES moyen entre les trois MUS alors que la précarité caractérisant ces quartiers est très différente.

En effet, les travailleurs sociaux des différentes MUS ont l'impression de voir dans leur activité des patients plus précaires que ce que ne le suggère notre étude, et que cela est probablement dû au fait que cette patientèle très précaire ne consulte pas les médecins de la maison de santé, qu'elle ne recourt tout simplement pas aux soins ou qu'elle y renonce.

Comme l'avait déjà montré l'étude menée par Isabelle Parizot et Pierre Chauvin sur le recours aux soins des personnes en situation de précarité :

- 69% des consultants déclarent avoir renoncé à des consultations médicales pour raisons financières ;
- le renoncement aux soins chez les personnes vivant seules est significativement plus élevé (à mettre en relation avec la pertinence de la question du couple dans le score EPICES relevé lors de la présentation à la maison de santé de la Cité de l'III) ;
- un quart seulement avait consulté un médecin généraliste au cours des 6 derniers mois (43).

Cette étude nous informe, également, sur le rapport qu'entretiennent les personnes en situation de précarité avec les soins.

Ainsi, premièrement, on note un rapport dit de « distanciation », c'est-à-dire un évitement, une limitation du recours aux centres de soins gratuits, cela concerne, surtout, des patients qui ont des besoins de soins assez ponctuels.

Les patients gardent également une certaine distance par rapport aux soignants, en raison d'un sentiment d'humiliation, de gêne, que peut représenter pour ces personnes le recours à des soins gratuits. Ils considèrent, en effet, comme une préservation de leur dignité le fait de ne pas recourir à ces soins gratuits, aussi bien pour eux qu'aux yeux des soignants. Ils attendent alors plus longtemps avant de consulter, refusent parfois de consulter dans le même centre pour plusieurs problèmes de santé.

Deuxièmement, on peut relever ce qu'on appelle un rapport d'installation, c'est-à-dire que les patients recourent aux centres de soins gratuits, comme Médecins du Monde, au sein desquels ils nouent des relations de confiance. Ils y trouvent un soutien à la fois médical, social et moral, ce qui fait qu'ils continuent à consulter dans ces centres et ne basculent pas dans le système de soins conventionnels que peuvent représenter les MUS (43).

Enfin, une des facettes les plus compliquées est le rapport de « décalage » entre les représentations de santé et les normes des patients et des professionnels de santé.

Ce rapport de décalage est souvent retrouvé chez les marginaux, lesquels ne recourent que très ponctuellement aux centres de soins. Ils présentent, par ailleurs, souvent des addictions ou des troubles psychiatriques et se trouvent dans un rapport de méfiance vis-à-vis des institutions.

Les personnes sans domicile se distinguent par une fidélité extrêmement importante au centre dans lequel elles sont interrogées, leur absence quasi totale de recours à la médecine libérale, ou encore la récurrence de leurs hospitalisations (14% des enquêtés avaient été hospitalisés dans les 3 derniers mois et ceux sans domicile ont un taux d'hospitalisation 2 à 3 fois plus élevé) (43).

Les recherches sur les personnes sans domicile fixe et leur rapport aux soins ont souvent montré que pour ces dernières, les soins ne représentent pas une priorité. Leur priorité est avant tout de survivre, de trouver un endroit pour dormir. Souvent leur quotidien est rythmé par le besoin de satisfaire leurs addictions, en particulier la consommation d'alcool. Et c'est notamment ce que retrouve une étude menée auprès des sans-abris du Centre d'hébergement et d'aide aux personnes sans abri (CHAPSA) de Nanterre.

En effet, et malgré l'hétérogénéité de la population sans-abri recourant au centre (hommes et femme sans papiers, psychotiques, des sans-emplois, des travailleurs pauvres etc...), leurs conduites par rapport aux soins et leur rapport à la maladie sont semblables, entraînant quasi systématiquement une non observance ou une absence de demande de soins. Et, lorsqu'ils se font soigner, les pathologies sont souvent à un stade très avancé (44).

#### 4.6.1 Médecins du monde

L'Organisation non gouvernementale médicale de solidarité internationale Médecins du monde dispose d'un Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) à Strasbourg, lequel réalise plus de 4400 consultations chaque année auprès des personnes exclues des soins. L'association dispose également d'une équipe mobile qui va au contact des plus de 3000 précaires bénéficiaires là où ils se trouvent en coordination parfois avec la Croix rouge française (45). La population accueillie par Médecins du monde compte 97,3% de personnes d'origine étrangère, 63,4% d'hommes, 6% seulement disposent d'un logement personnel.

#### 4.6.2 La Boussole

La Boussole, nom donné à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé « PASS » du CHU de Strasbourg, est située au sein de l'hôpital civil de Strasbourg. Elle a pour vocation d'accueillir « toute personne en situation de précarité, rencontrant des difficultés pour accéder aux soins. ». Depuis les années 2000, cette structure propose aux patients sans couverture médicale une prise en charge médico-sociale (46).

A elles deux ces structures accueillent les exclus du système de soins habituel, elles permettent notamment l'accès aux soins à tous ces patients très précaires qu'on ne voit pas, même dans les maisons de santé situées dans les quartiers les plus pauvres de Strasbourg.

Il serait dès lors intéressant de réaliser un score EPICES moyen dans une de ces structures pour le comparer avec notre étude.

#### **4.7 Pourquoi les plus précaires ne viennent-ils pas dans les maisons urbaines de santé ?**

##### 4.7.1 L'accès aux droits

Lors de la présentation de nos résultats aux équipes, des médecins nous ont signalé que certains patients revenus consulter après une longue période d'absence ont déclaré ne plus venir en raison de l'absence de complémentaire santé.

*« Dr N : il y a ça et puis il y a aussi les patients qui ne viennent pas quand ils n'ont plus de droits et qui reviennent un an après et qui disent ça y est j'ai de nouveau ma CMU, je peux me faire soigner... »*

Dans le dernier rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins des plus démunis dans les programmes de Médecins du Monde en France, il est indiqué que :

- Près de 30% des personnes restent exclues de toute couverture maladie ;
- 78,8% des personnes qui théoriquement pourraient disposer de la CMU n'en bénéficient pas dans les faits ;
- 88,7% des personnes qui seraient éligibles à l'Aide Médicale d'État (AME) n'ont aucune couverture maladie (47).

Ce rapport souligne également la dégradation des conditions de vie et la précarisation des demandeurs d'asiles et des migrants.

Par ailleurs, l'observatoire s'inquiète du manque d'ambition et du détricotage des structures de prise en charge et d'accueil médico-social de premier recours, en ville comme à l'hôpital pour les personnes en situation de précarité.

L'ONG milite pour l'accès aux soins des demandeurs d'asile et s'insurge contre les politiques actuelles, qui sous prétexte de certains abus, souhaitent restreindre l'accès à l'AME pour ces populations très précaires. Or, cela aurait pour conséquence inéluctable une dégradation de leur santé et une menace pour la santé publique (L'AME faciliterait en effet l'accès aux soins qui permet un diagnostic et une prise en charge plus rapide des maladies contagieuses) (48).

*« Menacer l'AME, c'est menacer les personnes, menacer la santé publique »*

Elle s'interroge également sur le rôle que souhaitent lui donner certains acteurs publics et ne veut pas devenir « un service public des pauvres ».

C'est à l'État et à lui seul de garantir l'égalité de toutes et tous devant la santé.

Une étude menée sur les raisons du non recours aux droits pointe comme principales causes :

- le manque d'informations
- l'espoir d'un avenir meilleur et l'absence de besoin de santé
- l'effet stigmatisation
- le refus de soins des médecins et comportements dissuasifs (49).

#### 4.7.2 Le renoncement aux soins

Les patients peuvent également renoncer à se soigner.

Cela peut relever d'un choix délibéré relevant de l'autonomie que l'on qualifie de renoncement-refus par défiance vis-à-vis de la médecine classique.

En effet, compte tenu des scandales sanitaires médiatisés et des informations parfois erronées que l'on peut trouver sur internet, cette défiance s'accroît et se fait ressentir. Elle se développe d'autant plus avec l'essor de plus en plus important des médecines dites parallèles ou alternatives.

L'attitude (violences symboliques), parfois inconsciente, des institutions de soins vis-à-vis des patients précaires peut être également de nature à alimenter cette défiance. On peut également l'expliquer par une plus grande distance sociale entre le médecin et le patient, laquelle peut entraîner des difficultés au niveau de la communication, et une moins bonne délivrance de l'information de la part du médecin.

Ce renoncement peut également résulter d'un choix contraint que l'on appelle renoncement-barrière : en raison de nombreux obstacles, contraintes, notamment financières ou sur la possibilité d'accéder aux soins requis, ce qui est souvent le cas pour des soins auprès de spécialistes, l'individu renonce alors à se faire soigner (50).

Il procède alors à des arbitrages entre dépenses contraintes et les soins, lesquels apparaissent alors à ces yeux moins urgents.

A cela s'ajoute, parfois, une rupture des droits liés à l'instabilité professionnelle. Le patient perd ses droits à la CMU, puis lorsqu'il se retrouve à nouveau sans emploi, il n'en fait pas immédiatement la demande.

Il arrive, également, que ce renoncement soit le produit de l'attitude de certains professionnels de santé à l'égard, notamment, des patients CMU.

Enfin l'organisation de l'offre de soins, avec de moins en moins de praticiens dans les zones plus précaires peut amener un renoncement, notamment, lié aux difficultés pour se déplacer.

De plus, un patient insatisfait de sa relation avec son médecin traitant aura beaucoup plus de difficultés à changer de médecin, du fait de la faible densité médicale, et il peut être amené à renoncer aux soins « en abandonnant » cette recherche de médecin traitant.

Chez les personnes précaires, le renoncement peut entrer dans le cadre d'un rapport au corps, aux soins, au monde différent. En effet, ces patients développent une forme d'auto-médication, de négligence de certains symptômes qui en viennent à faire partie de la vie quotidienne. Les conditions de vie font parfois que les gens deviennent « dur au mal », et cette attitude est transmise de génération en génération (50).

L'étude de l'IRDES sur le renoncement aux soins pour raisons financières retrouve que le renoncement est influencé par chacune des différentes dimensions de la précarité prise indépendamment, mais qu'elles se cumulent également.

Ainsi, ces items nous rappellent quelques peu les items du score EPICES :

- les expériences passées : les difficultés financières, périodes d'inactivité, d'isolement, d'absence de logement fixe.
- la situation présente (au cours des douze derniers mois) : temps partiel subi, chômage, difficultés financières, le fait d'être parti ou non en vacances.
- les perspectives d'avenir : crainte de perte d'emploi, perte de soutien (51).

#### 4.7.3 La méconnaissance de la structure

La publicité étant interdite pour les soignants, la connaissance de la maison urbaine de santé par des personnes en situation de précarité ne peut se faire que par le bouche à oreilles ou via les médiateurs dont les actions sont encore relativement récentes.

Il est donc possible que cette structure ne soit pas comprise et que les patients peuvent la cantonner à un simple regroupement de soignants.

De plus, ces structures sont relativement récentes, et il faut du temps pour nouer des relations de confiance avec la population, et c'est ce qui semble être fait avec succès par les médiateurs qui arrivent à prendre contact avec les plus précaires mais sans parvenir à chaque fois à les faire adhérer à un suivi à la MUS.

Avec les évolutions législatives récentes, des campagnes de communication pourront être menées pour faire connaître les maisons urbaines de santé ainsi que leur rôle, espérant ainsi pouvoir attirer les plus précaires pour pouvoir les aider.

#### 4.7.4 La localisation, l'infrastructure et la relation avec le médecin.

L'infrastructure elle-même peut entraîner des interprétations de la part des patients. En effet, et comme semblent le suggérer certains soignants, par exemple au Neuhof, la maison de santé se trouve au-dessus d'un laboratoire dans une construction récente qui est assez massive et qui peut paraître « institutionnelle » et engendrer une certaine appréhension.

Les patients peuvent alors se dire que cela ressemble à une petite clinique et qu'un paiement sera probablement exigé, les conduisant ainsi à renoncer aux soins.

La maison urbaine de santé de la Cité de l'III se trouvait au fond du quartier, au rez-de-chaussée d'un immeuble HLM classique, et n'était pas très visible mais elle a déménagé dans des locaux flambants neufs, lesquels, je l'espère ne feront pas « peur » au plus précaires.

Enfin, celle de Hautepierre se trouve également dans un appartement au rez-de-chaussée, les locaux sont exigus et une augmentation du nombre de médiateurs en santé semblerait difficile dans ces conditions.

Des campagnes de communication et de sensibilisation, même si certaines ont déjà lieu, permettraient de démystifier ces structures pour bon nombre de patients et leur permettre d'avoir un suivi et un soutien optimal au sein de ces structures.

Par ailleurs, s'agissant de la question du choix du médecin, nous avons pu voir à travers les réactions recueillies auprès des soignants de la MUS de la Cité de l'III qu'une grande partie de la patientèle (environ la moitié), n'est pas issue du quartier, et explique de ce fait la discordance avec les données de l'ORS.

Sur ce point, le Dr FERRIER a montré dans son étude que quatre critères étaient prépondérants et étaient retenus par 90 % des patients : la compétence, l'écoute, la proximité du cabinet, la personnalité et le contact (52).

La proximité est donc un critère majeur mais les trois autres critères sont médecins dépendants.

Des résultats similaires ont été retrouvés par le Dr BELLEGOT, à savoir la recherche de qualités relationnelles et l'écoute, l'implication du médecin pour ses patients, la disponibilité et enfin la proximité du domicile ou du lieu de travail (53).

## **4.8 Nos recommandations pour diminuer les inégalités sociales de santé**

### **4.8.1 Partir des représentations des patients de la précarité pour mieux les aider**

Il est important de sortir des représentations que nous avons de la précarité en rencontrant les personnes. En effet, du fait de nos propres représentations nous avons tendance à ne pas comprendre les personnes.

Ainsi, il est nécessaire de partir des représentations, du vécu des patients pour élaborer avec eux les politiques à mener pour lutter à la fois contre la précarité et les inégalités sociales de santé.

Il faut donc, comme le préconisait déjà Wresinski dans son rapport sur la précarité en 1987, « *concevoir des mesures qui tiennent compte de l'avis et de l'expérience des populations exprimés à travers la vie associative et à travers les acteurs de terrain dans le cadre de leur profession.* »(15).

Ces recommandations sont également reprises par l'Académie Nationale de Médecine dans son rapport du 20 juin 2017 intitulé « Précarité, pauvreté et santé », qui préconise à la fois de ne pas considérer les personnes précaires comme « hors normes » ou « anormales » et de reconnaître les spécificités de leur condition, et ce afin de mettre en place avec eux les outils nécessaires (54).

Ceci nécessite une action conjointe et coordonnée des pouvoirs publics, des professionnels de la santé, des structures médico-sociales, du monde associatif, ce qui semble de mieux en mieux intégré par les MUS.

Il importe, donc, d'impliquer les patients et les habitants des quartiers précaires dans les décisions qui les concernent, ainsi que l'a d'ailleurs préconisé l'OMS lors de la conférence de RIO en 2011 : « *promouvoir la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques* » (55).

La HAS (Haute Autorité de Santé) préconise également une démarche centrée sur le patient en nouant un partenariat avec lui et en se basant sur la complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient (56).

Cette démarche s'applique aussi bien aux représentations de la maladie que de la précarité par le patient, les deux étant souvent intriquées.

En ce sens, il est indispensable de faciliter l'expression du patient en créant un climat d'écoute active et bienveillante, l'encourager le plus possible à exprimer ses visions, ses idées, ses représentations pour une meilleure compréhension mutuelle.

#### 4.8.2 Développer, pérenniser et donner les moyens à la médiation en santé

Les soignants reconnaissent de façon unanime le travail des médiateurs en santé. Je dois avouer qu'au départ je ne connaissais pas vraiment ce dispositif et une certaine confusion régnait dans mon esprit.

Ces derniers se trouvent au cœur du dispositif de lutte contre les inégalités de santé et d'accès aux soins et sont, en quelque sorte, des sentinelles de la précarité. Leur présence au cours de la restitution des résultats a été très enrichissante.

Leurs actions s'inscrivent dans une double démarche, à savoir :

- « Aller vers », c'est-à-dire à la rencontre des patients précaires, « hors les murs », dans les lieux qu'ils fréquentent, et vers les professionnels de santé du secteur. Cette

démarche s'inscrit, donc, dans l'ouverture à l'autre, dans sa globalité avec respect et sans préjugés ;

- « Faire avec » c'est-à-dire accompagner les personnes (et non faire à leur place) pour les rendre le plus autonome et responsable possible afin que cette action puisse s'inscrire dans la durée.

Pour décrire leur rôle, voici trois témoignages recueillis par la HAS en 2017.

Témoignage d'une médiatrice en santé « *La médiation en santé est la co-construction d'une relation entre un public et des acteurs en santé pour favoriser l'accès aux droits, aux soins et à la prévention. C'est un rôle de passeur, de faiseur de liens. Le médiateur travaille dans une relation de grande proximité avec les personnes pour les mettre en confiance, les orienter et les accompagner ; dans un souci de confidentialité, de neutralité et en visant l'autonomie des personnes et des structures de santé. Son rôle est de mieux comprendre les freins et de trouver des leviers pour l'accès aux soins et aux droits.* »

Témoignage d'un médiateur en santé « *Je travaille comme médiateur en santé. J'essaye d'aider les personnes les plus fragiles et exclues à prendre soin de leur santé, et d'apprendre à le faire par eux-mêmes. En fait, c'est un peu, apprendre à apprendre. Je fais le lien entre eux et les professionnels de santé. Ils ne se connaissent pas toujours ou ne se comprennent pas forcément.* »

Témoignage d'une médiatrice en santé « *La médiation en santé est un formidable outil de lutte contre les inégalités de santé et les difficultés d'accès aux soins. Le médiateur est avant tout un tiers, un relais, un tisseur de liens. Il se trouve à l'interface entre les différents acteurs de notre système de santé et les personnes qui en sont les plus éloignées. Nous favorisons la*

*rencontre, la connaissance et la reconnaissance mutuelle, le dialogue entre les institutions et les personnes en situation de vulnérabilité. » (57).*

#### 4.8.3 Être suivi dans une maison de santé : une chance pour ne pas sombrer dans la grande précarité ?

Même si l'on peut constater que les personnes en très grande précarité ne consultent pas dans les maisons urbaines de santé, une grande partie de leur patientèle est composée de personnes précaires qui nécessitent un accompagnement, un suivi pour éviter que ces derniers sombrent dans la grande précarité.

Le rôle de pivot de ces structures est donc primordial pour repérer et soutenir les patients précaires.

Mon sentiment est que les différents professionnels intervenant au sein de ces structures semblent beaucoup plus informés et sensibilisés à la précarité. Ils sont proactifs et semblent se coordonner de mieux en mieux. Ils m'ont permis de m'enrichir de leurs expériences diverses et de beaucoup en apprendre sur la précarité.

En redonnant une place majeure et centrale au patient, ils lui permettent de se prendre en main, de s'exprimer, et de trouver des solutions concertées. La coordination médico-sociale permet souvent de trouver des solutions plus rapides et adaptées à chaque patient. Ceci étant permis par le partage du dossier médical au sein de la structure entre les différents intervenants.

De plus, l'accueil d'étudiants et d'internes de plus en plus nombreux permet, à la fois une formation et une sensibilisation de ces derniers aux problématiques des soins en zone précaire, mais également, la découverte de la médecine coordonnée. Cela suscite parfois des vocations et conduit de nouveaux médecins à s'installer avec leurs anciens maîtres de stage ou à élaborer leur propre projet d'installation dans d'autres quartiers précaires de la ville (58).

Et même si le score EPICES peut être une aide souhaitable, les soignants repèrent assez bien les patients précaires. L'étude réalisée à Dijon par le Dr Gasiorek sur la concordance entre le score EPICES et l'évaluation spontanée de la précarité par les médecins généralistes va dans ce sens (59).

#### 4.8.4 La formation et la sensibilisation des professionnels à la précarité

Ayant terminé mon cursus médical récemment, il semble évident que durant nos études, la question de la précarité n'est quasiment pas abordée. Nous nous confrontons donc à cette précarité au moment de nos stages ou de nos remplacements, sans vraiment y être préparés, et c'est à l'aune de nos représentations que nous agissons avec parfois beaucoup de maladresse.

Afin d'y remédier, à la fin de l'année 2015 a vu le jour, à la faculté de médecine de Strasbourg, sous l'impulsion du DMG, une formation optionnelle dans le cursus des internes de médecine générale.

Cette formation optionnelle intitulée « Précarité et santé » a pour objectifs de permettre aux futurs médecins généralistes de parvenir à identifier les situations difficiles ou à risque de précarité et d'apprendre à les prendre en compte pour une qualité de soins optimale.

Un diplôme inter universitaire « Santé et précarité » en partenariat avec la faculté de Nancy et Médecins Du Monde existe bien, mais les places sont très limitées et il n'a malheureusement pas été proposé ces deux dernières années.

Enfin, suite aux travaux du projet FETOMP, un enseignement complémentaire a également été mis en place sur le thème de la précarité. De même, et grâce à l'implication très forte de certains membres du DMG, des étudiants en médecine, lors du service civique, se rendent dans certains quartiers précaires de la ville de Strasbourg pour faire de la prévention et aller à la rencontre des habitants.

Ceci rejoint les recommandations de nombreuses sociétés savantes comme par exemple l'Académie Nationale de Médecine dans son rapport du 20 juin 2017, « *précarité, pauvreté et santé* », « *La formation des personnels sanitaires et sociaux doit être renforcée pour faciliter le contact, la proximité, l'accompagnement des précaires.* » (54).

## **5 Conclusion**

Un constat s'impose : les inégalités sociales de santé persistent et la lutte contre ces dernières revêt toujours un caractère urgent et prioritaire.

Pour faire le point et essayer de trouver des solutions, un séminaire a été organisé par la DREES en 2016. Il en est ressorti qu'il fallait développer la recherche dans ce domaine au plus près du terrain avec notamment des études observationnelles.

Afin de caractériser la précarité dans les QPV, un travail a été initié par l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Alsace, et nous disposons maintenant de « cartes d'identités territoriales » précises. En revanche, nous n'avons que peu d'informations concernant la patientèle des maisons urbaines de santé (MUS) implantées dans ces QPV, en dehors du taux de CMU ou d'ALD.

Parallèlement, un appel d'offres à projet de recherche a été lancé, notamment par l'ARS GRAND EST et la ville de Strasbourg intitulé « *Recherche action sur l'obésité dans les QPV : évaluer les actions publiques et agir ensemble. Éducation thérapeutique et prévention par l'activité physique* ».

Le Département de Médecine Générale et le Département d'Histoire des sciences de la Vie et de la Santé ont répondu à cet appel d'offres à travers un projet nommé FETOMP (Formation à l'Éducation Thérapeutique à l'Obésité en Milieu Précaire).

Mon travail s'est inscrit dans ce projet et avait pour objectif principal de réaliser un score de précarité EPICES moyen pour chacune des maisons urbaines de santé de la ville de Strasbourg engagées comme terrain de recherche pour FETOMP. Dans un second temps, l'objectif a été d'analyser les sous-sections de ce score pour les comparer aux données, à l'échelle du quartier, de l'Observatoire régional de la santé (ORS). Nous avons ensuite présenté

nos résultats aux équipes des trois MUS et retranscrit leurs réactions afin d'étoffer notre étude et d'enrichir notre analyse.

Nous avons retrouvé un score EPICES moyen à 47 pour les trois maisons urbaines de santé. Plus précisément, s'agissant des résultats, nous avons trouvé que nos données concernant le logement, les difficultés financières et la situation familiale étaient comparables aux données de l'ORS pour les quartiers du Neuhof et de Hautepierre, mais différaient pour la MUS de la Cité de l'III. Ces résultats retrouvés divergeaient par rapport aux données de l'ORS sur la situation familiale et les difficultés financières du fait probable d'un « effet patientèle ».

Ainsi, même si elles se trouvent dans des quartiers prioritaires de la ville qui sont caractérisés par un niveau de précarité différent selon l'ORS, on constate que le score EPICES moyen est identique entre les trois MUS. Ces maisons urbaines de santé attirent donc des patients précaires, mais pas les plus précaires comme le soulignent les équipes, ceux-ci étant, soit suivis dans des structures comme médecins du monde, soit ne recourent tout simplement pas aux soins ou y renoncent, privilégiant l'hôpital en cas d'extrême urgence. Les causes de ce non recours des plus précaires ne sont pas encore clairement établies mais il semblerait que les problèmes d'accès aux droits, la méconnaissance de la structure ainsi que sa localisation jouent un rôle dans ce processus.

Les différents acteurs de santé des maisons urbaines de santé ont été très satisfaits de ce regard extérieur, leur permettant de prendre du recul et d'avoir un regard neutre sur leur patientèle.

Cette étude a fait également ressortir leur motivation pour d'autres projets de recherche en soins primaires dans le but d'améliorer la prise en charge des patients précaires et, ainsi, tenter de contribuer à la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Lutter pour l'accès, à la fois aux droits et aux soins, est une condition *sine qua non* de la lutte contre la précarité et le renoncement aux soins, mais elle n'est pas suffisante. Il faut, en effet, également aller au contact des patients les plus précaires, pour créer du lien, se faire connaître auprès d'eux pour tenter de les amener vers les structures de soins que sont les MUS et essayer de trouver des solutions pour les sortir de l'impasse à la fois sociale et médicale dans laquelle ils se trouvent.

Si la barrière de la langue apparaît comme une cause, à la fois de soins de moindre qualité et parfois pourvoyeuse de discriminations, le recours à l'interprétariat demeure rare et compliqué. Nous avons la chance d'avoir en Alsace l'Association migration santé, mais ses moyens semblent insuffisants et les tutelles ont parfois tendance à vouloir diminuer leurs dotations mettant en péril leur pérennité.

Il apparaît donc primordial de sanctuariser ces moyens, avec un interprétariat professionnel à la fois en distanciel mais également en présentiel.

Nous avons tous des préjugés et des représentations, que ce soit sur la notion de précarité, sur la santé, sur la prévention etc. Les soignants et les patients étant souvent issus de milieux sociaux très différents, il peut en résulter une incompréhension mutuelle, liée aux représentations conscientes ou non de ce qu'est la précarité et sur la façon de lutter contre.

Ainsi pour tenter d'améliorer la santé des patients précaires, il est également primordial de partir de leurs représentations, de leur vécu et de leurs expériences pour co-construire le soin avec eux.

Remettre le patient au centre de la prise en charge, l'impliquer au maximum, lui donner tous les outils pour qu'il puisse se prendre en main, l'accompagner tout en respectant ses choix, permettra d'aboutir à une prise en charge optimale. C'est dans ce cadre que s'inscrit la

médiation santé qui devient le pivot d'une prise en charge pluridisciplinaire des patients précaires au sein des maisons urbaines de santé.

Une des façons de remédier à ce problème est bien évidemment la formation des soignants à la précarité, précarité à laquelle ils n'ont parfois jamais été confronté et qu'ils ne comprennent pas, d'autant plus que leur cursus n'aborde cette question que très rarement.

Les résultats de cette étude FETOMP ont permis *in fine* la création, d'un enseignement complémentaire (EC17) traitant de l'alimentation et de la précarité en 2<sup>ème</sup> année de médecine, ainsi que l'accompagnement de groupes de service sanitaire en 3<sup>ème</sup> année sur le thème alimentation et précarité. Enfin pour les internes en médecine générale, une formation optionnelle est dorénavant proposée.

Cette étude observationnelle, sur un score de précarité, a permis de faire avancer la réflexion sur toute la complexité du problème des inégalités sociales de santé et de mesurer toute l'étendue du travail qu'il reste à mener.

VU

Strasbourg, le *12 avril 2021*

Le président du Jury de Thèse

Professeur *C. Bissler*



VU et approuvé

Strasbourg, le **13 AVR. 2021**

Administrateur provisoire de la Faculté de  
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

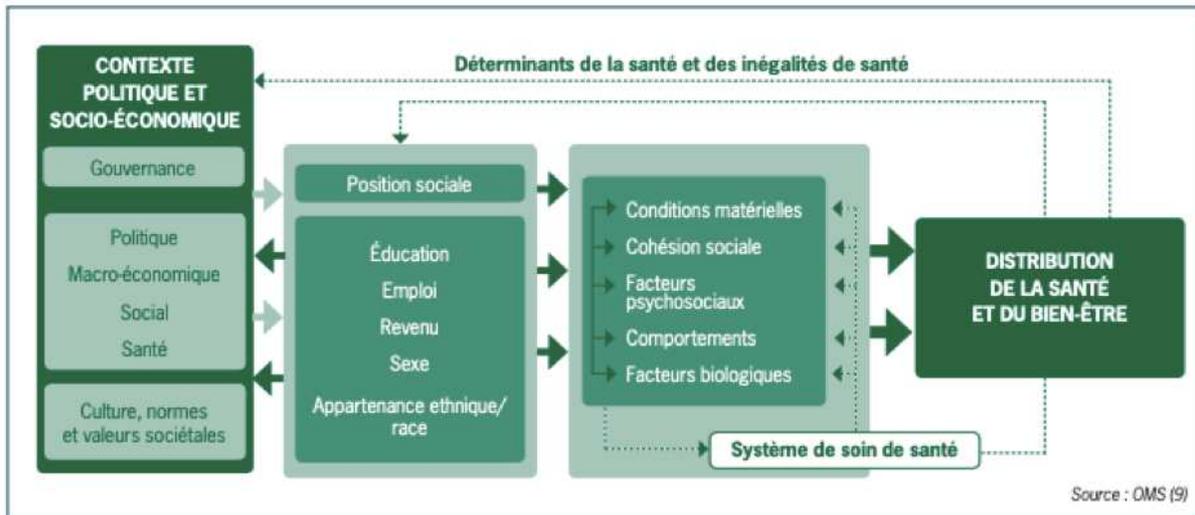
Professeur Jean SIBILLA



## 6 Annexes

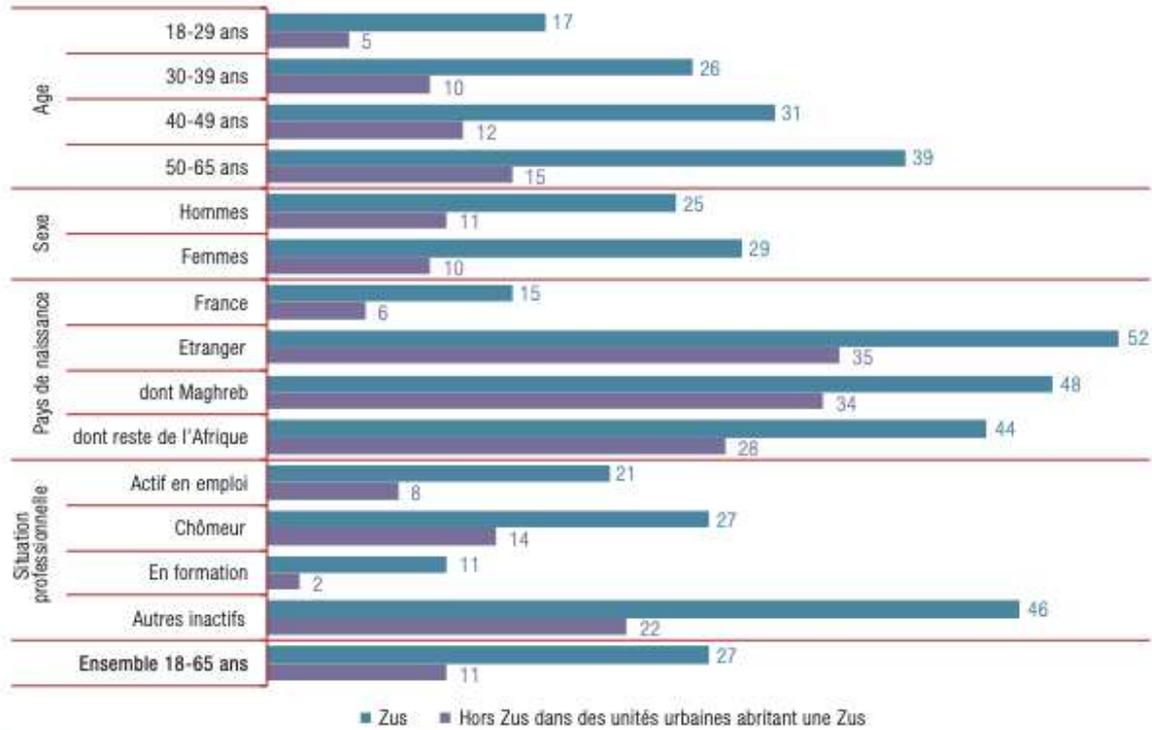
### 6.1 Figure 1 : modèle des déterminants sociaux de la santé

Figure 1 : modèle des déterminants sociaux de la santé



### 6.1 **Figure 2 : Personnes en difficultés importantes face à l'écrit selon différentes caractéristiques en Zus et unités urbaines englobantes (en%)**

Figure 2 : Personnes en difficultés importantes face à l'écrit selon différentes caractéristiques en Zus et unités urbaines englobantes (en%)



Source : Insee, enquête Information et vie quotidienne (IVQ), 2011.

Champ : Personnes âgées de 18 à 65 ans résidant dans une unité urbaine abritant au moins une Zus.

Traitement : Onzus.

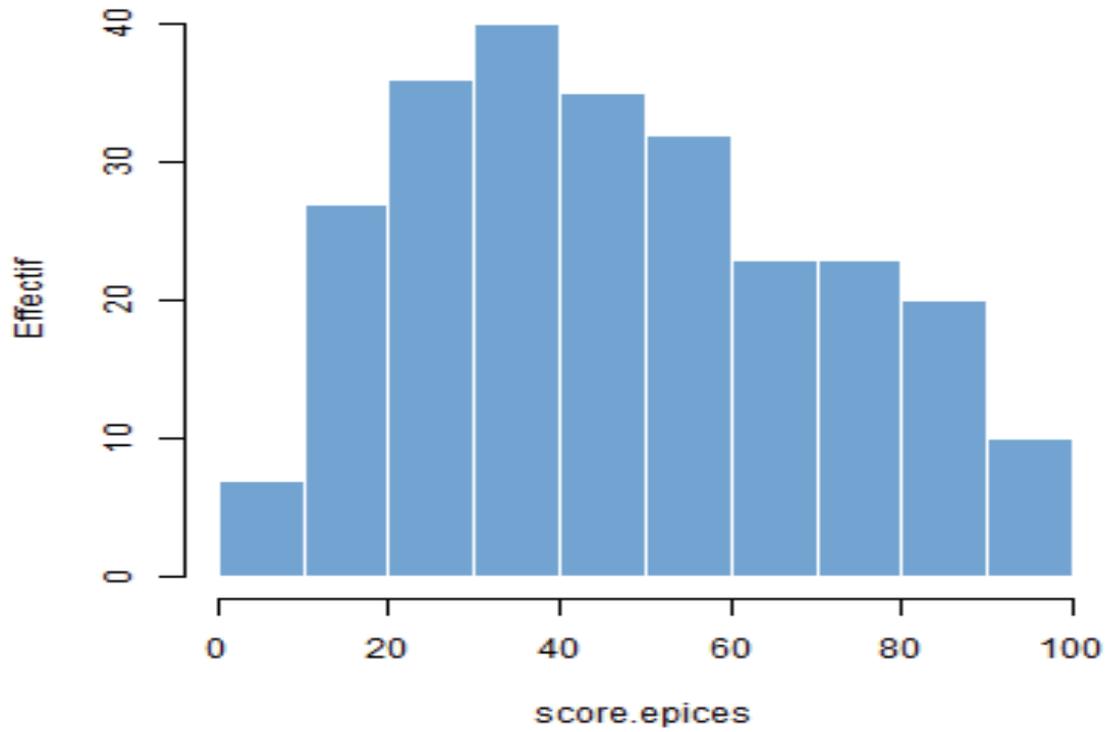
**6.2 Tableau I. Présentation des indices de position et de dispersion du score EPICES MUS de Hautepierre**

**Tableau I. Présentation des indices de position et de dispersion du score EPICES de 253 personnes consultant à la maison urbaine de santé de Hautepierre**

Indice	Score EPICES
Effectifs présents	253.00
Moyenne	47.12
IC moyenne borne inf	44.22
IC moyenne borne sup	50.01
Erreur standard (s.e.m)	1.47
Minimum	0.00
Maximum	100.00
Q1	28.99
Médiane	43.78
Q3	65.67

### 6.3 Figure 3 : histogramme score EPICES Hautepierre

Figure 3 : histogramme Hautepierre



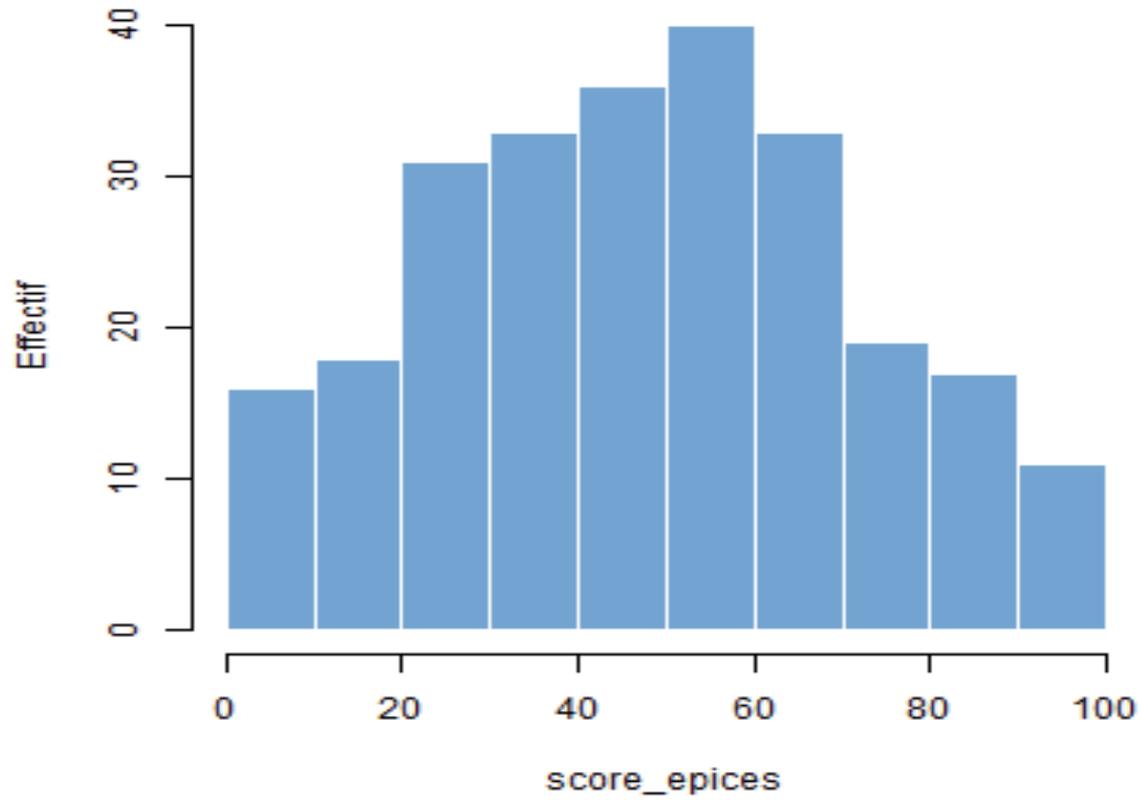
**6.4 Tableau II. Présentation des indices de position et de dispersion du score EPICES MUS de la cité de l'III**

**Tableau II. Présentation des indices de position et de dispersion du score EPICES de 254 personnes consultant à la maison urbaine de santé de la cité de l'III**

Indice	Score EPICES
Effectifs présents	254.00
Moyenne	47.51
IC moyenne borne inf	44.58
IC moyenne borne sup	50.45
Erreur standard (s.e.m)	1.49
Minimum	0.00
Maximum	100.00
Q1	29.58
Médiane	48.52
Q3	63.90

**6.5 Figure 4 : histogramme score EPICES Cité de l'III**

Figure 4 : histogramme Cité de l'III



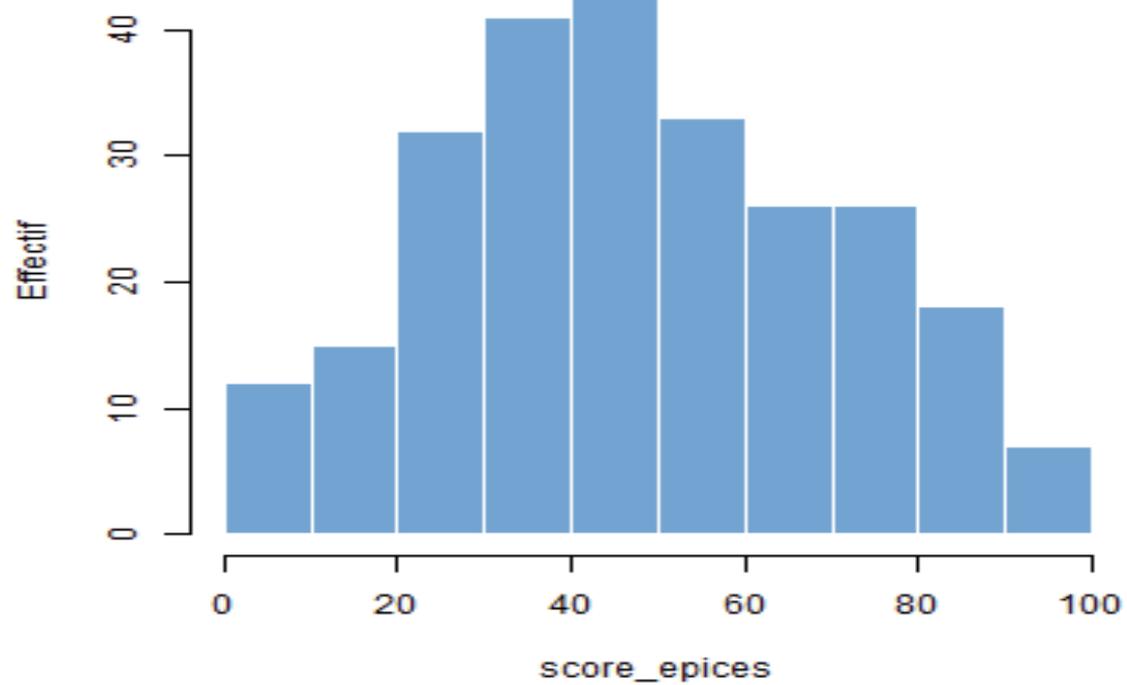
**6.6 Tableau III. Présentation des indices de position et de dispersion du score EPICES MUS du Neuhof**

**Tableau III. Présentation des indices de position et de dispersion du score EPICES de 253 personnes consultant à la maison urbaine de santé du Neuhof**

Indice	Score EPICES
Effectifs présents	253.00
Moyenne	47.57
IC moyenne borne inf	44.76
IC moyenne borne sup	50.37
Erreur standard (s.e.m)	1.42
Minimum	0.00
Maximum	100.00
Q1	30.17
Médiane	46.74
Q3	66.86

**6.7 Figure 5 : histogramme score EPICES Neuhof**

Figure 5 : histogramme Neuhof



**6.8 Tableau IV. Présentation du détail du score EPICES de 253 personnes consultant à la maison urbaine de santé de Hautepierre**

**Tableau IV. Présentation du détail du score EPICES de 253 personnes consultant à la maison urbaine de santé de Hautepierre**

<b>Question</b>	<b>item</b>	<b>% (n)</b>
Q1	Travailleur social	39,7 (100)
Q2	Complémentaire santé	45,6 (115)
Q3	Couple	59,5 (150)
Q4	Propriétaire logement	7,5 (19)
Q5	Difficultés financières	48 (121)
Q6	Sport	38,1 (96)
Q7	Spectacle	29,4 (74)
Q8	Vacances	55,6 (140)
Q9	Contact famille	82,9 (209)
Q10	Hébergement/proche	70,6 (178)
Q11	Aide matérielle /proche	69,4 (175)

**6.9 Tableau V. Présentation du détail du score EPICES de 254 personnes consultant à la maison urbaine de santé de la cité de l'III**

**Tableau V. Présentation du détail du score EPICES de 254 personnes consultant à la maison urbaine de santé de la cité de l'III**

<b>Question</b>	<b>item</b>	<b>% (n)</b>
Q1	Travailleur social	31,1 (79)
Q2	Complémentaire santé	58,7 (149)
Q3	Couple	39,8 (101)
Q4	Propriétaire logement	9,1 (23)
Q5	Difficultés financières	30,7 (78)
Q6	Sport	27,2 (69)
Q7	Spectacle	47,2 (120)
Q8	Vacances	38,2 (97)
Q9	Contact famille	91,7 (233)
Q10	Hébergement/proche	76,8 (195)
Q11	Aide matérielle /proche	70,1 (178)

**6.10 Tableau VI. Présentation du détail du score EPICES de 253 personnes consultant à la maison urbaine de santé du Neuhof**

**Tableau VI. Présentation du détail du score EPICES de 253 personnes consultant à la maison urbaine de santé du Neuhof**

<b>Question</b>	<b>item</b>	<b>% (n)</b>
Q1	Travailleur social	42,7 (108)
Q2	Complémentaire santé	46,2 (117)
Q3	Couple	55,7 (141)
Q4	Propriétaire logement	9,1 (23)
Q5	Difficultés financières	49,4 (125)
Q6	Sport	39,5 (100)
Q7	Spectacle	31,6 (80)
Q8	Vacances	50,6 (128)
Q9	Contact famille	84,6 (214)
Q10	Hébergement/proche	73,1 (185)
Q11	Aide matérielle /proche	68,4 (173)

**6.11 Tableau X : Comparaison des sous sections du score EPICES pour les 3 MUS de Strasbourg**

<b>Tableau X : Comparaison des sous sections du score EPICES pour les 3 MUS de Strasbourg</b>					
<b>Question</b>	<b>item</b>	<b>Hautepierre % (n)</b>	<b>Cité de l'III % (n)</b>	<b>Neuhof % (n)</b>	<b>p</b>
Q1	Travailleur social	39,7 (100)	31,1 (79)	42,7 (108)	0,1
Q2	Complémentaire santé	45,6 (115)	58,7 (149)	46,2 (117)	0,06
Q3	Couple	59,5 (150)	39,8 (101)	55,7 (141)	<b>0,01</b>
Q4	Propriétaire logement	7,5 (19)	9,1 (23)	9,1 (23)	0,78
Q5	Difficultés financières	48 (121)	30,7 (78)	49,4 (125)	<b>0,00</b>
Q6	Sport	38,1 (96)	27,2 (69)	39,5 (100)	<b>0,04</b>
Q7	Spectacle	29,4 (74)	47,2 (120)	31,6 (80)	<b>0,00</b>
Q8	Vacances	55,6 (140)	38,2 (97)	50,6 (128)	<b>0,02</b>
Q9	Contact famille	82,9 (209)	91,7 (233)	84,6 (214)	0,48
Q10	Hébergement/proche	70,6 (178)	76,8 (195)	73,1 (185)	0,68
Q11	Aide matérielle /proche	69,4 (175)	70,1 (178)	68,4 (173)	0,96

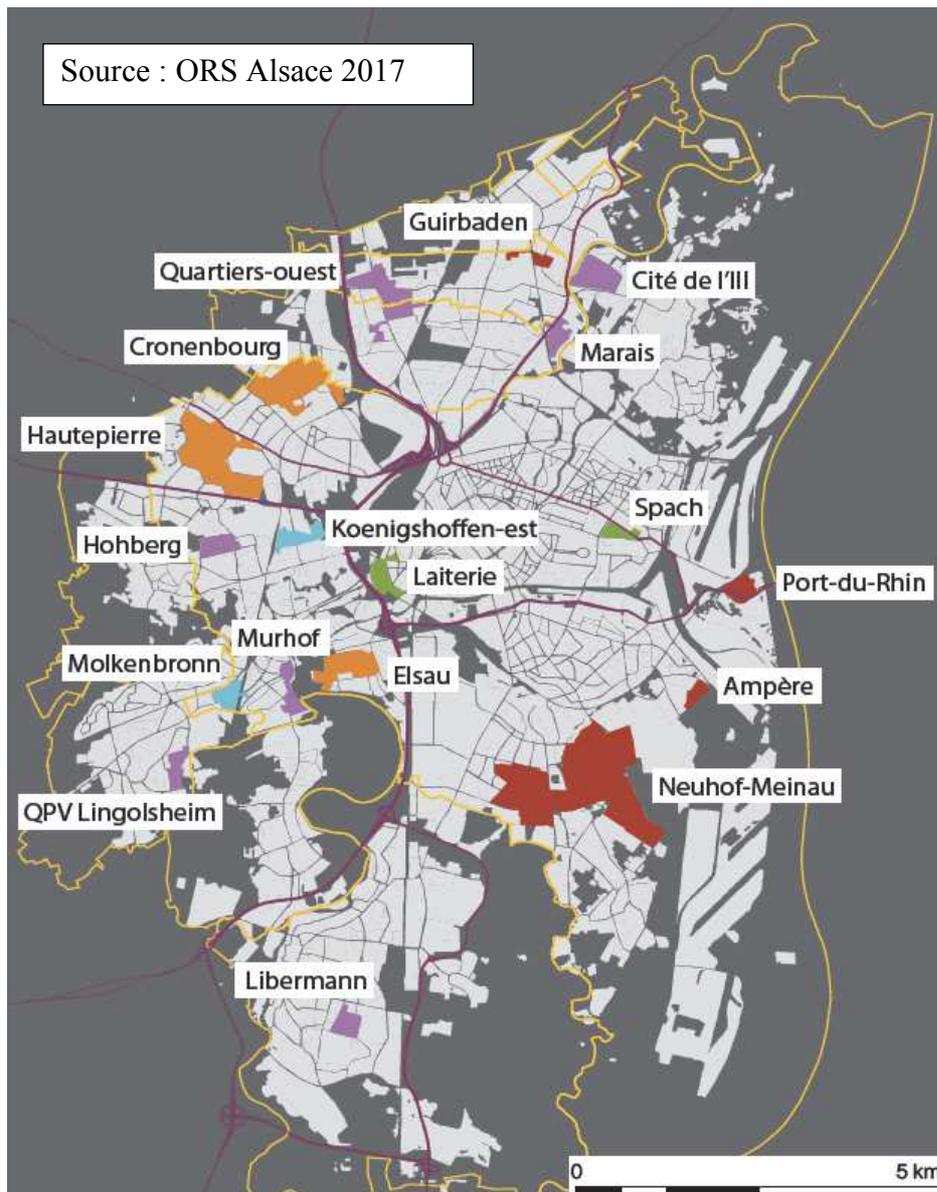
### 6.13 Score de Pascal

Avez-vous la couverture maladie universelle (CMU), la CMU Complémentaire ou l'Aide Médicale d'État (AME : hospitalière ou totale) ?	OUI	NON
Avez-vous une mutuelle santé ou une assurance maladie complémentaire ?	OUI	NON
Recevez-vous une de ces allocations : le RMI, l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), l'Allocation Parent Isolé (API), l'Allocation Solidarité Spécifique (ASS), l'Allocation d'Insertion (AI), l'Allocation de Veuvage, le Minimum Vieillesse ou l'Allocation Supplémentaire de Vieillesse ?	OUI	NON
Êtes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1 <sup>er</sup> emploi ?	OUI	NON

Un individu est considéré « précaire » si la réponse aux questions 1 ou 3 ou 4 est OUI ou si la réponse à la question 2 est NON.

Depuis sa création en 2004, le RMI a été remplacé par le RSA, l'Allocation Parent Isolé par l'Allocation de soutien familial et l'Allocation Insertion par l'Allocation Temporaire d'Attente.

## 6.14 Les quartiers prioritaires de la ville de Strasbourg

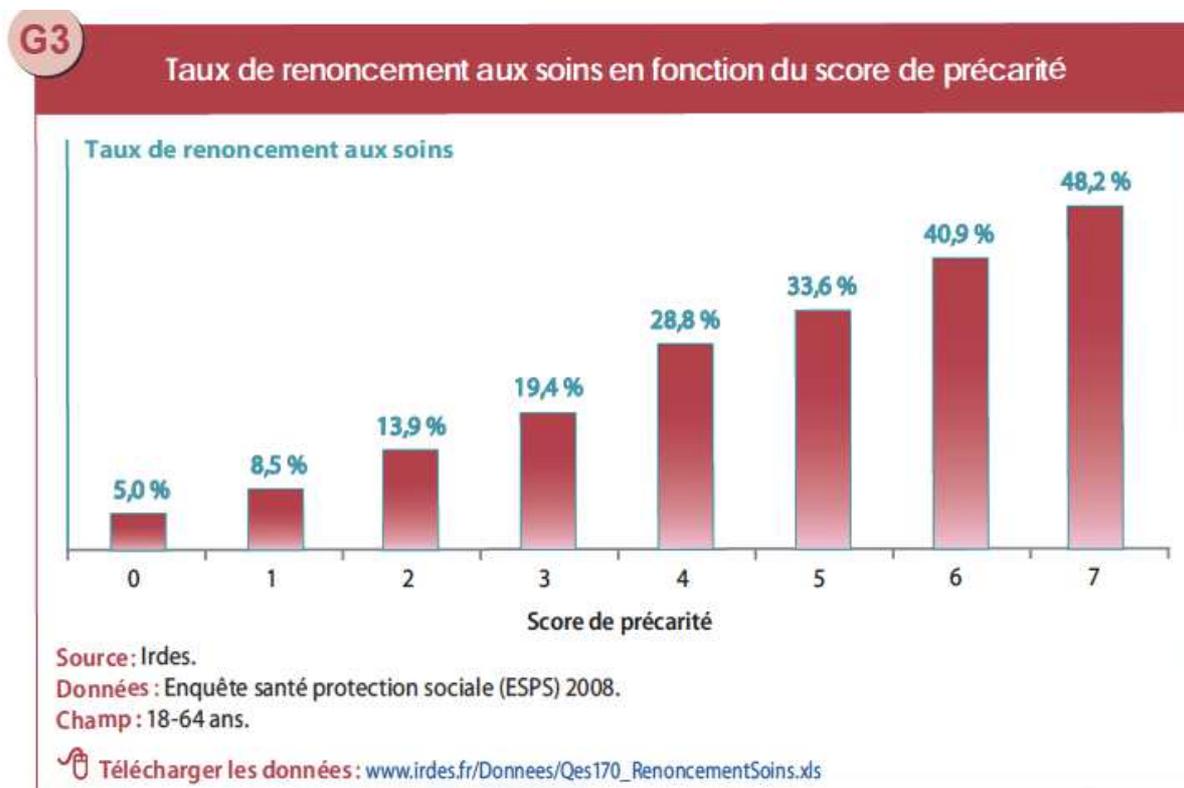


### 5 grands profils de QPV

Types	Variables socio-démographiques sur-représentées	Intensité de la précarité sociale
1	Petits ménages d'une personne, actifs et étudiants, faible ancienneté d'emménagement	+
2	Proche du profil moyen des QPV d'Alsace	+ +
3	Quartier âgés : 60 ans et plus, forte ancienneté d'emménagement	+ +
4	Forte précarité sociale : bas-revenus, chômage, familles nombreuses, étrangers	+ + +
5	Très forte précarité sociale : très bas-revenus, forte dépendance aux prestations sociales, monoparentalité	+ + + +

### 6.15 Figure 6 : Taux de renoncement aux soins en fonction du score de précarité

Figure 6 : Taux de renoncement aux soins en fonction du score de précarité



## 6.16 Figure 7 : Objectifs de la médiation en santé

Figure 7 : Objectifs de la médiation en santé  
Source HAS 2017





## 6.18 Retranscriptions

### 6.18.1 Retranscription Cité de l'III

*Dr R : sur le plan disons sociodémographique, sur le plan des patients d'origines étrangères ia des différences entre les trois quartiers, est ce que c'est similaire, plus d'étrangers, moins d'étrangers, plus de francophones moins de francophones, ces données sont étudiées ?*

*Investigateur : ce genre de données c'est très intéressant car l'ors fait les cartes d'identité territoriales et du coup ils font des profils de type par QPV, donc il y a des QPV par exemple de la cité de l'III ou les gens sont plus âgés et ou les gens y habitent plus longtemps et déménagent moins que par exemple des gens du Neuhof ou HautePierre.*

*Neuhof ou HautePierre sont des quartiers plus jeunes ce qui peut expliquer par exemple pour l'activité physique ou d'autres choses.*

*Pour la part d'étrangers je ne peux pas dire de tête mais Neuhof et HautePierre yen a plus, cité de l'III 17,18 pourcent et 24 pour HautePierre.*

*Dr V : « Et parmi les personnes que vous avez interrogées quelle est la part d'étrangers, est ce que ça aussi ça été pris en considération notamment par rapport à la barrière de la langue ? »*

*Investigateur : Dans mon étude, j'ai juste analysé le score EPICES et du coup c'était complètement anonyme donc pas d'information supplémentaire sur la langue ou autre sachant que certains ont été exclus de l'étude parce que la communication était impossible et pas de traducteur.*

*Dr R : est-ce qu'on sait dans quelle mesure les populations sont comparables selon les quartiers, est ce que les gens sont comparables selon les quartiers, est ce qu'ils sont représentatifs des populations ?*

*Investigateur : en fait, justement il faut distinguer les patients qui consultent à la maison de santé des habitants du quartiers, donc après la question qui se pose c'est est ce que dans*

*certains quartiers est ce que les plus précaires consultent ailleurs ? Par exemple à Hautepierre il y a un hôpital, est ce qu'ils consultent plus à l'hôpital. Il y a eu des études, souvent les plus précaires ne consultent pas. Là on a un score de 47, il y a des gens très précaires qui ne consultent pas. Après il y a forcément des biais aussi au niveau des patients, des biais de sélection.*

*On prenait les patients tout venant, parfois il y avait des bureaux qui n'étaient pas dispo mais on essayait d'avoir un panel assez large donc statistiquement ça a quand même une signification. Je pense que les patients sont comparables car on les prend tous, tout ceux qui viennent consulter.*

*Dr R : ce que tu dis me fait penser à une étude qui a été faite récemment dans le cadre de la mise en place d'une CPTS Eurométropole nord et on a étudié les flux de population de patients qui consultait. La patientèle de la maison de santé n'est absolument pas superposable à la population de la cité de l'Ill, je n'ai plus le chiffre en tête mais de mémoire la moitié des gens qu'on soignait ici ne vivent pas à la cité de l'Ill et à l'inverse la moitié des habitants de la cité de l'Ill ne se font pas soigner ici....*

*Dr J : ...oui je crois que c'est ça...*

*Dr R : A la louche, il me semble que les ordres de grandeur sont ceux-là, l'étude était tirée de donnée de l'assurance maladie.*

*On n'avait pas d'éléments qualitatifs, pas d'explications sur ce que pouvait rechercher les gens qui n'allaient pas se faire soigner ici, est ce qu'ils avaient peur d'un soin de qualité inférieur ? est ce qu'il y avait un problème d'accessibilité ? est ce qu'ils préféreraient sortir de la cité ? pour des raisons professionnelles ? enfin ce genre de chose, on ne sait pas trop bien. On peut avoir des idées en fonction de ce que les gens veulent bien nous dire mais ça implique qu'on les rencontre et qu'on aborde le sujet, donc c'est forcément très incomplet.*

*A l'inverse on a une population hors cité de l'Ill qui vient nous voir en consultation et pareil là, j'ai des choses un petit peu intuitive, de l'ordre de l'impression, de la sensation mais pas de chose très solide. Un exemple, Dr I a une notoriété dans une certaine communauté notamment parmi les gens d'origine albanaise et kosovare, qui fait que j'ai déjà vu des gens qui habitaient complètement de l'autre côté de l'Eurométropole comme Lingolsheim ou Ostwald et qui venaient ici en consultation dans l'espoir de voir le Docteur I et en plus ils étaient déçus de*

*tomber sur moi malheureusement (Rires...) du coup mais ça m'a permis d'observer ce genre de chose.*

*Et à l'inverse on voit des gens du reste de la Robertsau, donc plutôt d'un quartier nettement plus aisé, qui viennent parfois en consultation nous voir et donc voilà, le fait d'être dans la cité de l'Ill géographiquement j'ai l'impression que ça induit des choses un petit peu différentes parce que le quartier est nettement plus petit que le Neuhof ou HautePierre et ya comme ça une proximité avec d'autres zones, un brassage peut être qui explique en partie peut être cette différence entre le score EPICES que tu as relevé et les données de l'ORS.*

*Investigateur : statistiquement je n'ai pas analysé parce que y'avait beaucoup plus de patients qui disaient être suivis par le Docteur I que par les autres médecins donc dans le panel de 250 il y en a plus qui sont suivis par lui.*

*Après forcément il y a un moment où j'ai vu des patients qui venaient et quand on leur faisait le score EPICES qui étaient un peu étonnés des questions qu'on leur posait parce qu'ils disaient mais c'est pas médical du tout, c'est social.*

*C'est-à-dire que malgré les patients qui viennent de la Robertsau finalement ils n'ont pas beaucoup fait baisser le score, on retrouve quasiment le même score qu'au Neuhof alors qu'à la maison de santé du Neuhof ils sont vraiment au cœur du quartier.*

*Dr R : mais est-ce qu'à l'inverse on ne pourrait pas imaginer que les gens les plus précaires ou en difficulté qui vivent dans la cité viennent nous voir et que ce soit d'autres qui sont plus à l'aise financièrement, plus intégrés, plus différents, après ce ne sont que spéculations, une patientèle différente qui irait recourir à des soins ailleurs, est ce qu'on a un recrutement homogène dans la cité de l'Ill pour les gens qui sont suivis ici ? Ca je ne sais pas et moi j'ai l'impression que par rapport à d'autres médecins on a peut-être plus souvent des gens en situation de grande difficulté, des gens en situation de grande précarité, ce qui induit aussi de notre part... peut-être une aisance, le mot est fort, peut-être une certaine habitude de prise en charge, des compétences qui se développent par nécessité, pareil pour les gens qui ont besoin... d'interprète, pour une raison ou une autre on est peut être mieux équipé et peut être qu'on induit comme ça un biais de recrutement.*

*Investigateur : Je pense que clairement au niveau de la cité de l'Ill, il y a un recrutement qui se fait parce qu'il y a des gens comme tu disais qui veulent voir... plutôt un des médecins et donc forcément ya un biais de sélection.*

*Dr C a fait sa thèse en analysant les patients obèses qui consultent et les patients en général qui consultent et justement le temps de consultations et a trouvé que c'est plus long que la moyenne nationale, c'est plus long quand c'est des femmes sauf chez vous ici ou il y a un biais (Rires...) et c'est plus long en maison de santé. Probablement un lien aussi avec le fait que les patients sont plus précaires ou ont plusieurs soucis en même temps.*

*Dr I : Il y a une réelle interaction entre l'effet patientèle il est là et donc il y a les patients et il y a le soignant qui accueille ; je pense à par exemple à l'arrivée de l'orthophoniste, c'est quelque chose qui m'avait beaucoup frappé : elle a une patientèle qui a plus de 30% de patients qui bénéficient de la CMU alors que la patientèle moyenne on est autour de 15 à 20 %.*

*Dr R : Elle a jusqu'à 60 % de CMU*

*Dr I : Sa patientèle est très particulière alors qu'elle est une orthophoniste normale, seulement dans le quartier avant qu'elle s'installe le recours à l'orthophonie ne se faisait pas, il y avait un renoncement au soin.*

*Et moi j'interprète, je peux me tromper, le taux de recours tellement intense de personnes précaires chez elle comme le fait que à proximité, des gens qui renonçaient aux soins auparavant, trouvent du soin.*

*Dr J : ...Oui..*

*Dr I : Et de la même manière, je pense que la façon de se comporter...*

*Dr V : ...Excuses moi, je ne t'entends pas bien...*

*Dr I : Oui parce que je suis loin du micro...Je parle de l'effet patientèle et de l'effet comportement du professionnel de santé, l'attention que porte un professionnel de santé à des populations précaires fait qu'il modifie sa patientèle. Chez Dr XX par exemple qui est installée au quartier gare qui n'est pas en QPV*

*Plusieurs intervenants : ...si, c'est un QPV...*

*Dr I : On peut avoir Dr ZZ qui a une attention à la question de la précarité, ou des soignants, qui vont développer une attractivité avec les personnes en situation de précarité et qui vont se former une patientèle ; il va y avoir une rencontre entre une patientèle en difficulté, une population en difficulté et des praticiens qui sont accueillants.*

*Médecins du monde n'est pas installé en QPV et ils drainent spécifiquement une patientèle très précaire parce que leur offre, elle est typiquement ouverte pour cette patientèle.*

*Donc il y a ces effets là et en ville il me semble qu'il y a des gens, des personnes précaires qui ont de la mobilité, il y a aussi des personnes précaires qui n'ont pas de mobilité et ça, ça peut être catastrophique. On peut se retrouver avec des populations qui sont dans l'incapacité d'aller se faire soigner plus loin que devant leur porte et qui du coup renoncent aux soins. D'autres personnes sont en capacité de traverser la ville pour aller se soigner.*

*Ça c'est le phénomène des flux dont tu parlais qui sont certainement analysé. Je pense que la patientèle d'une maison de santé ne peut pas se concevoir qu'en terme de proximité.*

*Dr J : ...Oui...*

*Dr I : Ce ne serait probablement pas superposable.*

*Alors on a de grandes différences entre l'activité de la maison de santé de l'Ill et l'activité des maisons de santé de Neuhof et d'Hautepierre, nous n'avons pas de médiateur social. Est-ce que cette différence est le résultat d'un besoin identifié dans les deux autres maisons de santé et moins identifié ici ou c'est le développement de cette activité qui fait évoluer l'accueil et la structuration de la patientèle ? Ça C'est une question.*

.....

*Mais nous avons par exemple cette activité de la micro structure précarité*

*Travailleur social : ...qui existe aussi à Hautepierre et à Neuhof...*

*Dr I : ...Oué, oué...*

*Travailleur social : Qui existe peut-être différemment peut être mais qui existe quand même depuis le démarrage...*

*Dr I : Je sais qu'au Neuhof par exemple la micro structure précarité n'est pas très axé précarité parce qu'il y avait la médiatrice et donc l'action de la médiatrice, c'est ce que j'entendais dire, était plus active. La micro structure était moins active car il y avait l'activité de la médiatrice...Je sais pas...*

*Travailleur social : C'est vrai qu'au moment de l'ouverture du Neuhof c'était addiction, il n'y avait pas encore cette notion de précarité encore. Par contre Hautepierre c'était ciblé précarité comme ici. Sachant que je sais pas quand vous avez fait votre étude, c'est vrai que le travailleur social qui a fait Hautepierre et Neuhof son poste est resté vacant assez longtemps, 6 mois ou 8 mois, c'était l'année dernière donc du coup je ne sais pas quand vous avez fait votre intervention.*

*Investigateur : ...L'étude a été faite plus ou moins sur trois ans...*

*Travailleur social : C'était l'année, essentiellement l'année dernière de mars à février.*

*Dr V : Je voudrai dire quelque chose qui me semble discordant dans les résultats. Les personnes de cité de l'Ill n'ont pas été en vacances, ont été en vacances moins souvent et ils n'ont pas de difficultés financières moindres que ceux de Neuhof et de Haute pierre...Donc c'est un peu...*

*Dr J : ...Oué, Oué..*

*Dr I : Moi j'aurai une question pour rejoindre cela...*

*Dr V : ...Pour ??...*

*Dr I : Pour rejoindre ce que tu dis, une question sur l'interprétation du score EPICES, est ce qu'il a une valeur item par item ou est-ce que c'est son interprétation globale qui est valable ? J'avais en tête que c'était plutôt l'interprétation globale.*

*Investigateur : en fait c'est plutôt l'interprétation globale, après là c'était surtout pour pouvoir comparer entre les différents quartiers et avec les données de l'ORS mais le score EPICES oui*

*c'est dans sa globalité et en fait c'est un condensé et il y a des coefficients qui ont été mis et globalement ce sont les 11 questions qui expliquent 90 % de la précarité.*

*Après c'est sûr que si on les prend chacune séparément...ça perd de son sens. Après le score EPICES a aussi ses limites. C'est un score qui est reproductible...*

*Dr J : ...Oui, oui...*

*Investigateur : c'est une image à un temps donné, il y a les items sur lesquels on peut agir d'autre pas trop et du coup ça permet aussi de voir éventuellement si on refait une étude avec par exemple le sport santé qui se développe, j'ai vu pas mal de patients qui me disent je fais le sport santé sur ordonnance, donc voilà..*

*Dr I : j'ai une autre question qui va dans le sens de celle que j'ai posé, est qu'on a par exemple un témoin de score EPICES moyen dans des cabinets de groupe ou dans d'autres maison de santé dans d'autres régions ? Parce que là, il ya un phénomène très fort qui apparait, c'est que le score EPICES moyen il est similaire entre les trois maisons de santé. Je ne sais pas si ça correspond à leur quartier mais en tout cas les maisons de santé elles ont manifestement des scores similaires, à Strasbourg, est-ce que si on les compare à une maison de santé qui n'est pas à Strasbourg, ou bien à un groupement équivalent qui ne se trouve dans un quartier non QPV , est ce que les scores EPICES sont franchement différents ou alors est ce que les structures ont des scores EPICES qui permettent aux personnes en précarité d'être soignées ?..*

*Investigateur : Personnellement j'avais pensé à faire un truc comme ça, après je me suis dit que ça serait trop long et trop compliqué ; le souci c'est qu'on a juste, les autres médecins c'est le docteur XX et YY et chez qui si on fait le score EPICES il sera surement plus élevé que les score qu'on a ici et après le docteur AA mais du coup l'échantillon était trop faible pour conclure.*

*Dr I : mais le score EPICES a été déployé dans les centres de santé, est ce que les données issues des centres de santé comme à la MGEN, qui a un centre de santé à Strasbourg, est ce qu'ils ont un score EPICES qui est très différent ?*

*Investigateur : je n'ai pas encore réussi à trouver encore de score EPICES moyen calculé pour ça. Après, il faudrait refaire un échantillon dans une autre maison de santé, à Schirmeck par exemple ou ailleurs...*

*Dr I : ...Est ce qu'à Grenoble par exemple, y'à pleins de centre de santé, ils ont un score EPICES moyen en centre de santé, il y en a plein à Grenoble...*

*Investigateur : en fait ils ne calculaient pas le score EPICES moyen. Le score EPICES était fait pour chaque patient, c'était vraiment individuel, c'était une évaluation individuelle de la précarité. J'ai cherché un peu, j'ai pas vraiment trouvé de score EPICES moyen global mais après voilà eux ce sont des données plus CMU, chômage, des choses comme ça sur lesquels ils vont se baser. Mais pour le score EPICES moyen je n'ai pas de comparaison.*

*Dr I : ...parce que l'intérêt du score EPICES justement c'est que c'est un score comparable, c'est pour ça que j'en appelle à cette comparaison...*

*Dr J : ...en plus il ya une maison de santé à Mulhouse, au centre-ville de Mulhouse qui pourrai être une espèce de maison de santé témoin puisqu'on est en milieu urbain mais pas en QPV...*

*Dr I : ...Tu sais, tout Mulhouse est en QPV...*

*Investigateur : ...Pas là-bas du coup mais..*

*Dr I : ...en réalité, entre nous...*

*Dr J : nan mais ça permet quand même de faire quelque chose peut être.*

*Investigateur : Je pense que la patientèle est assez diversifiée, il y a une maison de santé a Bourtzwiller, QPV comparable à celui d'ici.*

*Dr J : ..moi je pensai à celle du centre-ville...*

*Investigateur : ...Celle du Dr LL...*

*Initialement je voulais essayer de faire un score EPICES pour comparer avec des médecins hors QPV mais du coup ça devenait trop complexe et long.*

*Dr I : est-ce que toi XXX ou YYY qui exercez dans d'autres structures que la maison de santé, est ce que vous avez l'impression que sur la précarité, sur la patientèle précaire il y a un effet maison de santé ? Est-ce que vous aurez ce sentiment ou alors est ce que la précarité est partout et nous juste là on l'a révèlé c'est tout ?*

*Travailleur social : ouah ouah, tout dépend dans quelle situation j'interviens. Si par exemple je prends la maison de santé du DR EE je dirai que les personnes que je rencontre moi sont dans une situation de précarité plus importante sachant que c'est aussi une des premières micro structure, la première micro structure addiction donc c'est vrai que là j'ai des patients en très grande précarité. Pas la même précarité qu'ici je dirai... Après je suis en milieu rural aussi, Colmar petite ville et sinon à Villé, c'est aussi des patients très précaires et chez vous je ne m'y retrouve pas trop parce que... j'ai pas étudié non plus, a priori je vois des gens plus précaires ; les patients que vous m'envoyez sont beaucoup plus en situation de précarité. Il n'y en a pas des masses qui partent en vacances...voilà...Spectacles... Je suis très étonnée du score des spectacles....*

*Dr J : ...Ils ont même pas de fête scolaire...*

*(Rires....)*

*Travailleur social : Et pour les difficultés financières je m'attendais à plus de 50, mais c'est vrai que si on est là en tant que micro structure c'est bien parce que ya un public très précaire et c'est ceux-là que vous nous envoyer et c'est donc pas très représentatif... Il faudrait presque faire un pourcentage du nombre de gens qu'on voit par rapport à l'ensemble de votre patientèle et là on pourrait trouver à peu près l'équilibre quoi... Donc c'est difficile....*

*Dr V : ...par rapport aux spectacles et tout ça, peut-être que les associations dans le quartier sont plus actives par exemple le cinéma en plein air pour les gens c'est du spectacle...*

*Investigateur : ..oui tout à fait..*

*(Rires...)*

*Dr J : ...le cinéma en plein air n'est pas répertorié la parce que ça date d'avant..*

*Investigateur : ...moi je leur pose la question, je ne leur disais pas quel cinéma...*

*Dr J : ..moi je suis perplexe, c'est assez étonnant... Et notre impression globale c'est quand même très souvent qu'on pourrait envoyer quasiment tout le monde en micro structure...  
(Rires...)*

*Nan alors pas tous, je charrie un peu. Mais parfois, une fois par mois, je me dis, ah cette personne je vais lui trouver une psychologue en ville parce qu'elle est capable de le faire...*

*Travailleur social : ...Mmh, Mmh...*

*Dr J : ...Donc toutes les autres fois on ne le fait pas forcément parce qu'on ne peut pas surcharger la micro structure, il faut que ça reste pertinent, mais ....*

*Peut-être que notre définition de la précarité c'était quand même très souvent des personnes qui n'avaient pas le choix de pouvoir faire quelque chose de payant...*

*Travailleur social : ...Mmh, Mmh...*

....

*Dr I : Pas le choix c'est peut-être une bonne définition...*

*Dr J : ...De la précarité en général quoi..*

*Dr I : ...Oué, Oué...*

*Dr J : C'est comme ça que je vis la précarité, j'ai l'impression que les gens n'ont pas le choix...*

*Dr I : ...Oui, Ça fait partie des définitions...*

*Dr J : ...Oui, c'est celle qui me convient...*

*Psychologue : Après il y a aussi beaucoup de gens qui croient ne pas pouvoir faire les choix. Parce que quand je vois, quand j'entends dans quoi ils dépensent, ou des choses comme ça, y'a les priorités...je sais pas...*

*...et les critères pour la précarité, j'ai aussi quand même surprise du couple... (rires...) Il y a le couple mais il n'y a pas la quantité d'enfant, je ne sais pas... (rires...)*

*Investigateur : moi le score était fait au départ sur pleins, pleins de questions, chômage, pleins de choses comme ça, et après avec des analystes statistiques ils ont affiné et pour arriver au fait que ces questions-là décrivent la précarité à plus de 90% et justement le coefficient affecté à chaque question n'est pas le même.*

*Certaines questions dès qu'on répond oui, le score monte, c'est pondéré, le couple c'est -9 mais d'autres choses c'est + 14 par exemple.*

*Dr I : Merci, c'était super intéressant...*

6.18.2 Retranscription Hautepierre

*Dr F : il y a moins d'étrangers à la Cité de l'Ill, et ce n'est pas forcément des vacances loisirs*

*Investigateur : oui c'est ça*

*Dr D : Oui c'est ça, est-ce que s'ils n'avaient pas la famille au pays est-ce qu'ils iraient ?*

*Investigateur : Et est-ce qu'on peut appeler ça des vacances ?*

*Dr D : est-ce que c'est vraiment des vacances...*

*Investigateur : oue, et sur la diapo d'après c'est ça qu'on voulait discuter aussi en fait quand on regarde le score EPICES moyen des 3 maisons de santé, en fait il n'y a pas de différence Cité de l'Ill c'est 47,5 vous c'est 47 un et nous c'est 47,6 voilà et donc à vous, est-ce que ça vous étonne qu'est-ce qui, quelles sont les questions que vous avez par rapport à ça..... ah j'ai pas dit le score EPICES il va de 0 à 100, de 0 à 30 c'est pas précaire au-dessus de 30 c'est précaire...*

*Dr D : C'est juste 30 donc il y a pas de gradation*

*Investigateur : non il n'y a pas de gradation après, plus on est vers 100 et plus on est précaire.*

*Autre intervenant : Et est-ce qu'on a un score EPICES moyen pour Strasbourg ou...*

*Investigateur : non..*

*Autre intervenant : Donc on a pas trop de référence*

*Observateur : J'ai regardé un petit peu au niveau national et des études qui ont été fait en centre de santé et ils trouvaient en centre de santé aux alentours de 38 sachants qu'ils ont déjà des patients précaires et quand on comparait aux données en population générale c'est 26 en moyenne, là on est à 47*

*Dr F : si j'ai bien compris 47 c'est la moyenne du score EPICES sur 80 personnes.*

*Investigateur : alors en fait chez vous on a interrogé 250 personnes pour le score EPICES parce qu'on a refait des scores EPICES après avoir observé les consultations et donc en gros 250 patients par Maison de santé*

*Dr F : nan mais le score EPICES il peut aller jusqu'à combien...*

*Investigateur : C'est le score EPICES moyen et donc 30 c'est la précarité enfin au-dessus de 30 c'est précaire*

*Observateur : il peut aller jusqu'à 100..*

*Dr F : mais on n'a pas le différentiel du coup...*

*Investigateur : nan on a regardé, ça c'est la moyenne et la médiane n'est pas très éloigné ce qui veut dire qu'il n'y a pas une grosse dispersion autour de la moyenne, il y en a qui sont à 100 et il y en a qui vont être à 15 mais il n'y en a pas qui sont à zéro.....*

*Voilà....*

*.....*

*Investigateur : les retours au Neuhof c'était vraiment ils étaient hyper étonnés nos médiateurs santé du fait que malgré le fait que nos quartiers soient très différents dans leur population on est finalement le même score EPICES entre les trois maisons de santé.*

*Dr D : moi je pensais Cité de l'Ill plus favorisée avec une population plus âgée, plus implanté sur le territoire depuis plus longtemps parce que moi quand j'avais remplacé un peu là-bas après c'était peut-être juste une impression, mais moi j'ai pas très bien compris pourquoi la moyenne c'est pas très différent alors qu'au début il y a une différence....*

*...Investigateur : en fait ils l'ont pas fait sur le score EPICES oui, c'était sur autre chose...*

*Dr D : ah ok ah ok c'était autre chose....*

*Investigateur : non c'était par rapport au revenu moyen, c'est d'autres indicateurs....*

*Observateur : ce sont des données par rapport au quartier...Et nous ce que l'on a c'est des maisons de santé*

*Dr D : ah oui oui ce n'est pas la même population, donc est-ce que les maisons de santé regroupent une population différente, on est certainement plus identifié certainement par les travailleurs sociaux et les associations pour les cas sociaux et les cas très précaires et en difficulté, est-ce qu'on regroupe plus finalement de population précaire....*

*Investigateur : nous ce qui a étonné nos médiateurs c'est que nous soyons que entre guillemets à 47*

*Dr D : Ils pensaient avoir un score beaucoup plus élevé...*

*Investigateur : oue..*

*Dr D : Bah ouais parce qu'il voit les plus précaires peut-être, peut-être les plus démunis parmi les 47..*

*Investigateur : et vous par rapport à votre représentation de votre patientèle, c'est quelque chose que vous pensiez qui serait moins précaire plus précaire...*

*Dr D : nous dans le SNIR, on voit bien qu'on a 44 % de CMU et qu'on a plus de 50 % de gens soient en invalidité, en ALD, en CMU, en AME...*

*Dr E : ouais moi ça ne m'étonne pas non plus, ça colle à peu près, ce qui m'étonne c'est que l'on soit au même stade avec les autres quartiers...*

*Dr F : mais je ne sais pas si on peut faire une relation linéaire entre ce chiffre EPICES et le taux de pauvreté parce que finalement la limite elle est à 30 déjà ce qui n'est pas la moyenne dans le score EPICES sur 80...*

*Investigateur : sur 100...oue...*

*Dr F : donc en fait on bascule très vite du côté pauvreté et après les différentiels qui reste finalement ils ne sont peut-être pas si..... je ne sais pas comment dire peut-être pas représentatif....*

*Dr E : Oui en fait entre 47 et 60 finalement il n'y a peut-être pas tant de différents niveaux de la vie quotidienne parce que chaque item est en pondération.... Enfin ce n'est pas un point par item...*

*Dr D : oui c'est bizarre les points de cotation....*

*Dr E : Oui donc c'est difficile de dire, effectivement au-delà de 30 qu'est-ce que ça veut dire...*

*Dr D : il y a des scores négatifs à côté ce qui facilite aussi la compréhension....*

*RIRES .....*

*Investigateur : oui c'est ça...*

*Dr D : Parce que moi on me l'a déjà expliqué 3 fois....*

*RIRES RIRES....*

*Investigateur : Oui il y a des items où ça va faire des points en moins, c'est-à-dire qu'effectivement si vous avez une assurance complémentaire bah ça va faire baisser votre score de précarité, donc si c'est oui vous avez un score négatif...*

*Dr D : parce qu'en fait on part de 100 et on descend, c'est ça le truc...*

*Investigateur : ou tu ajoutes, puis au bout d'un moment quand tu ajoutes....*

*.....*

*Investigateur : Et du coup si on revient sur la diapo, sur la comparaison entre les trois maisons de santé, vous aviez dit par rapport aux vacances que chez nous, ils rentrent plus au pays qu'à la Cité de l'Ill, sur le sport qu'est-ce que vous en pensez, le fait qu'ils soient plus actifs...*

*Dr E : Ben nous on a pas mal de jeunes...*

*Investigateur : ...Oue...*

*Dr D : Puis on a surtout le Parc des Sports qui sont les équipements assez dynamiques, des associations de quartier aussi qui bougent pas mal...*

*Investigateur : ...dacc...*

*Dr D : on a des Champions aussi...*

*RIRES*

*Dr D : On tient à le préciser il n'y a pas que la précarité....*

*Investigateur : des champions de quoi ?*

*Dr D : ben de boxe....*

*Investigateur : ahh la classe*

*RIRES*

*Dr D : Du foot, du futsal...*

*Dr E : Natation...*

*Dr D : Il y en a aussi une championne en pâtisserie oui, mais ça ça ne compte pas... pour le sport...*

*RIRES*

*Investigateur : et finalement vous en pensez quoi de ce score EPICES, est-ce que c'est utile oui.... C'est ça la question sous-jacente, est-ce qu'on l'utilise où est-ce qu'on le jette à la poubelle...*

*Dr E : Bah nous on a plusieurs fois essayer de définir quels sont nos patients précaires, notamment des choses qu'on propose spécifiquement au patient précaire, c'était une des questions sur ce score, est-ce qu'on l'utilise ou pas... et c'est très bien quand c'est quelqu'un qui le fait...*

*RIRES*

*Dr D : Voilà on est très content qu'il y a une étude qui réponde à certaines de nos questions, puis on ne se rend pas toujours compte des personnes qui compensent, qui veulent correspondre à un modèle en consultation ou en échange.... On ne se rend pas toujours compte et puis c'est intéressant pour nos étudiants, et c'est souvent très éloigné du milieu d'où ils viennent, ils se rendent compte que oui c'est difficile de payer 2,50 €, le ticket modérateur en consult.... Après je ne sais pas est-ce qu'il y a des retours patients qui sont prévu ou pas, vous faites des rediff...*

*RIRES*

*Investigateur : Il y a une journée de fin d'étude globale pour le projet FETOMP de restitution qui a été reportée et qui est prévue le 18 février, si ça peut le faire en contexte COVID et vous recevrez une invitation. Avec des habitants, et on ferait des ateliers avec les habitants.*

*Dr D : des ateliers ?*

*Investigateur : Les ateliers autour de la question du poids principalement, et de la précarité aussi. Et on est en train de faire des micros-trottoirs avec des étudiants, un peu dans le style porteur de parole, et faire aussi des micros-trottoirs sur la grossophobie, le rapport au corps, la grossophobie médicale, voilà toutes ces petites choses-là.*

*Dr D : Hmm super...*

*Investigateur : Mais juste par rapport à, du coup le score EPICES ce qui s'était dit au Neuhof, c'est que finalement les questions elles étaient très floues, enfin très vagues, je ne sais pas ce que vous en pensez. Finalement qu'est-ce que ça veut dire faire du sport, est-ce que ça veut dire prendre son vélo une fois par semaine où faire 2h de salle tous les jours ?*

*Et que peut-être ce flou était volontaire, et que chacun a une idée de la précarité qui lui est propre, peut-être que des gens que nous considérons précaires ne se considèrent pas précaire, parce que finalement ça leur convient de faire une heure de vélo par semaine et que ça leur convient de voir leur père ou leur mère une fois par an, enfin voilà je ne sais pas ce que vous en pensez ?*

*Dr F : ben au-delà de se considérer précaire, quand tu demandes à quelqu'un si vous avez fait du sport au cours des derniers mois, il ne pense pas à la précarité, enfin c'est plutôt l'idée qu'on se fait du sport, ça ne fait pas vraiment : on va vous interroger sur votre précarité...*

*Dr D : Oui c'est quand même une position un peu complexe, comment vous présentez ça d'ailleurs au patient....*

*Observateur : ..... Ben en fait moi je leur disais que j'étudie comment vivent un peu les gens dans le quartier et à la maison de santé, mais après quand je leur posais le questionnaire il me demandait souvent mais quel est le rapport avec la médecine....*

*Dr D : ...c'est ça avec ma santé finalement....*

*RIRES*

*Dr D : Spectacle et santé !!!*

*Investigateur : Moi j'ai trouvé intéressant que dans un score de précarité qu'on n'intègre pas que la dimension pécuniaire, voilà être précaire ce n'est pas juste ne pas avoir assez de sous... Et finalement il y a des gens qui ont beaucoup de sous et qui pourrait être précaire car il ne sorte pas beaucoup de chez eux...Et du coup la réflexion, on en était arrivé chez nous (Neuhof), finalement le score EPICES ce serait un bon indicateur quartier par quartier mais pas pour*

*comparer les quartiers entre eux, parce que si chacun est content de son environnement finalement, est-ce que l'on ne va pas minorer le score EPICES ?*

*Dr D : parce que l'idée c'est d'améliorer l'environnement, les conditions générales de vie des gens, c'est ça, si l'on pouvait leur prescrire du spectacle, des vacances, forcément les scores seraient vachement meilleurs...*

*Investigateur : c'est ça...*

*Dr D : Donc après le sport santé, on ferait du spectacle santé et Vacances santé...*

*RIRES*

*Investigateur : Mais grave...*

*Dr D : ...Ouais ok je signe !!!*

*RIRES*

*Dr F : Enfin il date de quand ce score, moi je suis un peu choqué sur le « vivez-vous en couple », je trouve ça très hétéronormé....*

*Investigateur : ...hétéro tu ne sais pas si ah, tu peux être en couple avec une femme ou un homme...*

*RIRES*

*Dr F : Enfin C'est une vieille vision qui veut dire que pour être heureux il faut être en couple... Il y a des couples où il y a quand même beaucoup de violence, où tu serais mieux seul, enfin je ne sais pas, le truc oui non...*

*Dr D : ça date de quand ?...*

*Observateur : 1999...Ça a été fait, en fait au départ il y avait beaucoup de questions, ils ont fait une analyse statistique, et ces questions-là regroupe 95 % de la précarité, donc avec ça on arrive à expliquer 95 % de la précarité. Il a été testé par rapport à d'autres scores, le score EPICES repérait systématiquement presque 100 % des précaires alors que les autres scores repéraient environ 80 % des précaires, donc ces questions sont là, c'est peut-être le fait d'être isolé pas par exemple pour le fait d'être en couple...*

*Investigateur : je pense que c'est aussi la question de la précarité sentimentale...*

*Autre intervenant : tout dépend comment on définit une personne précaire au départ. Si ça regroupe 100 % des précaires ça voudrait dire que 100 % des précaire étaient célibataire, ou n'allaient jamais faire de sport...*

*Observateur : Non en fait le score à partir de 30, on est précaire, on peut être célibataire, mais si par exemple on a des difficultés financières, ça rajoute 14 points au score, ça vous fait monter le score tout de suite, c'est l'ensemble, le cumul de toutes les questions qui fait le score.*

*Dr D : C'est vrai qu'on ne pose pas la question d'être, par exemple, on pose la question du couple mais guère la question s'il y a des enfants, ou si c'est une famille monoparentale, la parentalité oui, est-ce que c'est un facteur de précarité, quand on est seul et qu'on élève ses enfants....*

*Investigateur : est-ce qu'il manquerait d'autres questions d'après vous ?*

.....

*Dr D : est-ce que vous avez un bon médecin?....*

*RIRES*

*Investigateur : définit le bon médecin...*

*RIRES*

*Dr D : vivez-vous près d'une maison de santé ?... C'est ça que vous voulez entendre, on le sait...*

*RIRES*

*Investigateur : pas du tout...*

*RIRES*

*Investigateur : je suis un agent de l'ARS en fait...*

*RIRES*

*Dr E : Dans les critères de précarité, il y a aussi la maîtrise de la langue...*

*Dr D : Oui, C'est vrai que ce n'est pas abordé...*

*...Les autres acquiescent*

*Dr E : notamment par rapport à l'isolement et à la dépendance par rapport aux démarches...*

*Dr D : même du travail on n'en parle pas trop...*

*Coordinatrice : Et dans le projet est-ce que ça vous parle, il y a beaucoup de questions qui revenaient sur la qualité de l'environnement direct, pas forcément sur le fait de vivre dans des tours d'immeuble, mais plutôt de la dégradation de l'environnement, la proximité des espaces verts, nuisances liées au voisinage, l'insalubrité des logements, ça je me demandais dans quelle mesure c'était pris en compte....*

*Investigateur : l'habitat... la pollution auditive aussi....*

*Dr E : Oui peut-être le fait d'être bien dans son logement ?*

*. . . . .*

*Investigateur : Ok...Donc finalement en fait il faudrait qu'on réécrive le score EPICES...*

*RIRES*

*Dr E : Il faudrait moins de questions si on veut le faire plus souvent.*

*Dr D : Ahhhh ça te fera quelques thèses de plus docteur ...*

*RIRES*

*Dr E : il n'est pas utilisable déjà en l'état, encore moins si on rajoute des trucs...*

*Dr F : je ne sais pas, un moment on s'était dit, on va demander à l'assistante sociale du réseau RMS, de les faire passer, finalement ça n'avait pas pris, parce qu'il est dans le logiciel c'est facile, c'est vrai qu'on ne se prend pas ce temps-là, les médecins n'ont pas forcément idée de la précarité de leurs patients, ça a été montré par différentes études, donc on devrait le faire, on sait, mais qu'est-ce qui bloque.*

*Et aussi une fois qu'on les a qu'est-ce que ça change dans notre façon de prendre en charge, ça serait intéressant aussi, moi je trouve ça vachement intéressant, parce que c'est des patients qu'on va plus orienter vers tel ou tel dispositif, on va leur proposer plus de choses, voilà c'est intéressant de se poser cette question-là...*

*Investigateur : moi je me suis aperçu pour avoir essayé de le faire en consult, ça ouvre la porte sur l'intime, sur des choses qu'ils ne nous racontent jamais, surtout chez les douloureux chroniques, les fibromyalgiques, en fait ça permet de de tout d'un coup, se dire que en fait le problème il est là en fait vous ne sortez pas de chez vous, et ça permet d'ouvrir la consultation sur autre chose, mais il faut une demi-journée c'est clair, c'est pas en 20 minutes qu'on règle ça.*

*Dr F : à un moment c'était même dit, on va faire une pile, on le met sur la table devant eux et ils le remplissent s'ils veulent pendant la consult, après on s'était dit mais ceux qui ne savent pas lire.... Enfin ça nous trotte dans la tête depuis pas mal de temps mais...*

*Dr E : Mais peut-être que la solution serait de poser certaines de ces questions de temps en temps, finalement ça s'y prête de temps en temps... parce que c'est vrai qu'une demi-journée....*

*RIRES*

*Investigateur : Nan c'est pas possible...*

*Dr E : Après il y a une infirmière ASALEE qui nous a envoyé un mail sur cette question, après elle ne va pas le faire à tout le monde mais ça peut être.... Notamment chez des patients où c'est des situations complexes....*

*Dr D : Oui mais parfois on a des surprises, parce qu'on explore un peu le vécu des gens, il y en a chez qui on apprend que plus jeune ils faisaient, je ne sais pas ils aimaient faire du sport, et on reparle d'un moment où ils étaient bien dans leur vie, et c'est là parfois qu'on se dit qu'il y a un truc à saisir, pour savoir qu'est-ce qu'il s'est passé, vous étiez bien dans cet état à cette époque et comment faire que vous puissiez y retourner, ça peut être un objectif comme ça ou une piste. C'est vrai que ça explore, parler des vacances, sauf quand ils nous demandent une ordonnance pour partir en vacances, on ne va pas forcément en parler...*

*Spectacle oui ça aussi c'est assez peu, il y a des installations dans le quartier, mais c'est très peu pris, investi par les habitants oui, c'est plus les gens du centre-ville qui viennent au théâtre de Hautepierre ...euhh voilà...*

*Les installations sportives....*

*Investigateur : même plus que ça, moi je trouve qu'en posant ces questions, on s'aperçoit, enfin les gens au Neuhof, sur les questions est-ce que vous êtes entouré, est-ce que vous avez des gens qui peuvent vous aider, en fait on s'aperçoit qu'ils ont un réseau de dingue, et que les voisins, ce n'est pas forcément la famille, mais d'un voisin à l'autre ils vont s'entraider. que moi je n'ai pas du tout dans mes représentations, parce que moi ça fait 2 ans que je vis dans mon immeuble et je ne connais personne, et surtout je n'ai pas envie de les connaître, et alors que au Neuhof ce n'est pas possible de ne pas connaître ses voisins, et du coup je me suis aperçu que j'avais des représentations qui sont liés à ma classe sociale et que je n'imagina même pas que les gens peuvent ne pas se considérer précaire parce qu'ils savent qu'ils auront toujours quelqu'un vers qui se tourner....*

*Et au final c'est aussi une représentation positive de la précarité, ça leur fait parler de leurs ressources que parfois on n'imagine même pas....*

*Dr D : ...Oui en positif...*

.....

*Investigateur : et nous on s'en rend compte en ce moment parce qu'ils sont en train de détruire plein de tours au Neuhof, et ils recasent les gens, et on dit aux gens, vous devez être content, et en fait ils ne sont pas contents du tout, bah non...*

*Dr D : ... oui pareil, à l'ANRU...*

*Coordinatrice : c'est la même chose avec la deuxième phase où moi j'étais à la deuxième réunion, vous avez annoncé quelles tours allait être détruite, et c'était très dur à vivre pour les personnes qui ne comprennent pas pourquoi mon immeuble plutôt qu'un autre, et quelles solutions de relogement, dans quelle temporalité...*

*Dr D : ... dans quel quartier surtout.... Les gens sont très très attachés à leur quartier...*

*Investigateur : ouais c'est dingue... Et moi il y a une dame qui vit dans une tour atroce, il y a 30 étages, il y a du bruit tout le temps, il y a du trafic, il y a plus une boîte qui tient debout, enfin l'ascenseur il marche une fois par semaine, elle me dit mais moi je n'ai pas envie de déménager, en bas de chez moi il y a l'épicerie, à 2 rues il y a la maison de santé.... Ouais du coup ce réseau ce lien, c'est aussi important....*

.....

*Investigateur : Est-ce que vous avez des remarques, des questions, est-ce qu'on revient à faire des scores EPICES chez vous ? ....*

*RIRES....*

*Dr D : Oui, vous pouvez venir et les rentrer dans le logiciel, les 250 scores....*

*RIRES*

### 6.18.3 Retranscription Neuhof

*Dr N : Quelles est la caractéristique socio démographique ?*

*Dr A : y a plus de vieux à la cité de l'Ill*

*Dr N : ça c'est sur le données ORS*

*Investigateur : Ça je n'ai pas les données encore, quand on compare à l'ORS, en tout cas on voit que, ça c'est juste Neuhof versus les données de l'ORS, on est à peu près similaire en nombre de locataires, en difficultés financières et en vivant seuls, en fait nos données collent avec les données ORS*

*Dr A : ... Et on a un score EPICES global ?*

*Investigateur : ... Attend j'y arrive, en fait quand on fait le score EPICES moyen, on s'aperçoit quoi, 47.5 cité de l'Ill, 47.1 à Hautepierre, 47.6 au Neuhof, donc aucune différence statistique...Voilà c'était de ça dont on voulait vous parler aujourd'hui, et maintenant la question c'est qu'est-ce que vous pensez de ça ?*

....

*Dr N : Ben y'a cette première question sur les données socio démographique, je me demande effectivement à la cité de l'Ill les gens sont plus âgés, y a peut-être plus de retraités, donc qui ont le minimum vieillesse, qui n'ont pas ces problèmes par rapport à.....ben avoir le RSA ou être au chômage, voilà. C'est peut-être aussi pour ça qu'ils sont moins en couple si y en a un*

*des deux qui est décédé et qu'ils font moins de sport...et qu'ils partent moins en vacances, voilà c'était mon hypothèse sur la différence...*

*Dr P : ...Après l'ORS, ils reposent leurs statistiques sur quoi ? enfin leur diagramme la que tu nous as montré, ça repose sur quoi ?*

*CO : ...les données INSEE...*

*Dr P : Les données INSEE qui reposent sur quoi...*

*Investigateur : moi je pense que c'est pleins d'indicateurs, que ce soit CPAM, après je ne sais pas sur tout, mais c'est ce qui est notre référence en tout cas...*

*Dr N : Qui est récente du coup...*

*Investigateur : ...oui qui est hyper récente...*

*CO : ...attention elle n'est pas si récente que ça cette étude de l'ORS, je crois qu'elle est sortie en 2016...*

*Investigateur : ...oue...*

*CO : ...si je ne me trompe pas, du coup elle était basée sur les données INSEE de 2011, si je ne dis pas de bêtises, donc ce n'est pas si récent que ça...*

*Investigateur : ...faut bien prendre une référence...*

*Dr P : ...oui c'est que c'est la dernière en date...*

*CO : ...c'est ça...*

*Investigateur : ...c'est ça...*

*Dr Z : C'est des données qui sont sur la population globale, le territoire, le quartier, alors que les différences c'est sur les données au cabinet médical*

*Dr P : ...donc qui consultent le médecin...*

*Investigateur : oui c'est uniquement les salles d'attentes des médecins.*

*Dr A : oui donc uniquement les gens qui viennent consulter, sinon j'avais une autre question...*

*Infirmière : ...va y, va y...*

*Dr A : ...un truc qui me paraissait, enfin qui me fait tilter, on a le même score EPICES alors qu'on est dans la catégorie 5, donc finalement les autres ressentent la même chose que nous alors qu'ils sont moins précaires que nous...finalement ils ont le même que nous...je ne sais pas...comment ça s'explique...*

*Dr N : ...y a peut-être des critères de précarité qui ne sont pas dans le score EPICES aussi.*

*Infirmière : ...Donc le score EPICES ne permet pas vraiment de révéler qu'on est dans une forte précarité...*

*Investigateur : ...justement c'est une des questions qu'on se pose, est-ce que le score de précarité...*

*Infirmière : ...est adapté...*

*Investigateur : oue... après c'est quand même un score qui est validé sur le plan national, moi je trouve que c'est intéressant de voir qu'il y a aucune différence... après c'est pourquoi...*

*Dr A : ...ah oui c'est intéressant, oui pourquoi...*

*Investigateur : ...c'est la question qu'on vous pose et sur ça qu'on aimerait réfléchir...*

*Dr Z : Qu'est-ce que tu disais Dr N juste avant...*

*Dr N : ...en fonction de l'âge, du sexe patient, mais ça vous pourriez l'avoir en fait... pasque Pour tous les patients pour lesquels ont rempli un score EPICES, vous avez ces informations-là.*

*Investigateur : ...on a déjà fait ça sur d'autres thèses, y a pas de différences...*

*Dr N : ...Ya pas de différence... d'accord... (acquiesce de la tête)*

....

*Travailleur social 1 : Je trouve ça quand même très impressionnant, que le Neuhof soit comme les autres quartier, pasque quand je parlais avec la médiatrice de HautePierre, franchement on n'a pas les mêmes dossiers, on n'a pas la même population...et là franchement moi je suis étonnée...*

*Dr N : Alors est ce que la différence ce n'est pas ceux qui consultent à la maison de santé, au cabinet médical et qu'il y a une frange de ces précaires qu'on n'atteint pas parce qu'ils ne consultent pas, et que c'est peut-être ça qui fait la différence entre les quartiers...*

*Travailleur social 1 : Moi quand je vois les patients que je reçois autre que les patients maison de santé... euhh... quand je vois ça, jme dit ce n'est pas possible, y a quelque chose qui ne va pas quoi...*

*Investigateur : Moi je trouve ça hyper intéressant... en fait ce qui te choque c'est que normalement notre score EPICES devrait être beaucoup plus élevé...*

*Travailleur social 1 : ...oue...*

*Investigateur : ok*

*Dr P : Bon c'est la médiatrice de l'autre maison de santé, donc c'est sur des patientèle maison de santé également, elle a des patientèles moins compliquées que toi, c'est ça que tu veux dire...*

*Travailleur social 1 : ... et moins de problématiques...*

*Dr P : ...donc y a un biais de...*

*Travailleur social 1 : ...elle avait des cas compliqués, mais quand on discutait moi j'avais l'impression que c'était beaucoup moins là-haut (Haute-pierre) qu'ici (Neuhof), qu'ils étaient plus facilement autonomes, que ici on a beau essayer de les rendre autonome, sur les 10 qu'on essaye, y'en a 2, 3 qu'on arrive à rendre autonome... les autres c'est pas possible, pour X raisons.*

*Investigateur : ... après y a quand même une différence fondamentale entre nos 3 maisons de santé c'est quoi ??*

*Dr P : ...à la cité ils sont plus dur...*

*Investigateur : en termes de personnel... vous êtes plus nombreux ici...*

*Travailleur social 1 : ...oui...*

*CO : et j'ai envie de dire la patientèle à Haute-pierre, pour connaître un peu la maison de santé de Haute-pierre, ce n'est pas forcément la plus précaire qui consulte à la maison de santé, les plus précaires ils vont à l'hôpital... donc la population qu'on retrouve à la maison de santé de Haute-pierre, ce n'est pas forcément la plus précaire du quartier...*

*Dr P : Et pourtant sur leur score EPICES ils sont comme nous.... C'est ça qui colle pas*

*Dr N : non mais ça veut dire qu'on ne touche pas tout le monde quoi...*

*Travailleur social 1 : Oui c'est ça oui*

*Dr A : parce que nous on ne sait pas aussi où vont nos précaires, peut-être qu'ils vont à la clinique RHENA, on n'en sait rien...*

*Dr N : ou peut-être qu'ils ne se soignent pas...*

*Dr A : effectivement Hautepierre l'hôpital est juste à côté, il y a une plus grande proximité, mais je ne suis pas persuadé que les gens n'est plus précaire que l'on ne voit pas ici ne vont pas aussi ailleurs... voire nulle part...*

*Dr N : oui parce que ceux que tu vois...*

*Dr A : Le biais de recrutement est le même... il vient te voir comme il vient de voir l'infirmière... La différence c'est les gens qui ne viennent pas... et même dans ce que vous voyez tous les deux (travailleurs sociaux), toi tu as l'impression que les nôtres sont plus précaires que les autres, moins autonome en tout cas...*

*Travailleur social 1 : au niveau de la précarité ils ont plus de difficultés, c'est plus complexe, c'est pas je suis au RSA ou j'ai une grande famille, c'est je suis au RSA et mon mari ne peut pas travailler, on n'arrive pas à avoir l'AAH... enfin c'est complexe...*

*Dr N : ...ils cumulent quoi...*

*Travailleur social 1 : Oue*

*Investigateur : Moi j'ai une question, finalement le score EPICES il y a des choses sur lesquelles on peut intervenir et d'autres sur lesquels la Maison de santé n'intervient pas, et du coup est-ce que ce n'est pas ça qu'il faut regarder ?*

*Dr Z : Le score EPICES en fait, il a été fait sur la patientèle qui vient à la maison de santé depuis un moment pour certains, voir la plupart, et c'est ce prisme-là qui est un peu différent...*

*Dr N : tu veux dire que le fait qu'il vienne à la maison de santé, fait aussi qu'ils améliorent leur score EPICES ? ...*

*Dr A : ah bah ça je pense oui... faudrait le faire avant après...*

*Travailleur social 1 : Mais qui leur pose des questions en fait ?*

*Investigateur : Les internes...*

*Travailleur social 1 : Parce que, est-ce que les gens au Neuhof n'auraient pas honte de dire qu'ils ne vont pas en vacances, ils ne vont pas au spectacle, jamais au cinéma...*

*Investigateur : Après c'était très clair, vous répondez si vous avez envie, si vous n'avez pas envie vous dites je n'ai pas envie, vraiment les résultats qu'on a là c'était des gens qui étaient volontaire, c'était anonyme....*

*Dr P : est-ce qu'il manque un item au score EPICES, pour qu'il y ait la sensation qu'est-ce que décrit le Travailleur social 1 par rapport à sa collègue (de Hautepierre) ne soit pas mise en évidence dans ce score-là...*

*Dr N : une chose sur la question d'être propriétaire de son logement, on voit que ça ne concerne même pas 10 % de la population, et en fait dans les conditions locatives on a toute une hiérarchie aussi, Entre ceux qui sont en foyer, ceux qui vont être expulsé puis ceux qui sont locataires d'un HLM, ou locataire d'un privé, tout ça ce n'est pas dans le score EPICES...*

*Plusieurs personnes répondent oui...*

*Infirmière : Dans l'idéal il faudrait adapter le score EPICES à un territoire...*

*Plusieurs personnes répondent oui et acquiescent*

*Orthophoniste : Comme les critères vacances, est-ce que vous leur avez expliqué ce qu'est les vacances ? Parce que tu vois à Hautepierre ils sont plus nombreux à avoir répondu oui au critère vacances mais il y a aussi plus d'étrangers donc peut-être qu'il rentre juste au pays*

*Plusieurs personnes répondent : "c'est des vacances aussi"...*

*Dr A : D'ailleurs Hautepierre et Neuhof on est pareil sur le critère vacances, et c'est effectivement les gens qui rentrent au pays, au bled, et c'est pour ça que je pense que les personnes âgées partent moins.*

*Investigateur : en fait je trouve que c'est intéressant ce que vous dites, parce que vous partez du principe mais, j'ai l'impression que c'est un peu négatif, c'est-à-dire que le score EPICES ne reflète pas ce que l'on vit tous les jours, mais peut-être qu'il reflète quelque chose, un apport de la Maison de santé, c'est-à-dire que c'est parce que vous êtes efficace que le score EPICES est bon...*

*Dr Z : et c'est en particulier pour l'item 2, on ne sait jamais quoi remplir à cette question, est-ce que vous avez une complémentaire santé, alors c'est à la fois signes de précarité de ne pas en avoir oui, mais la CMU c'est aussi un autre critère de précarité, et l'ACS, tout le job qu'on l'on fait pour cet accès-là, du coup ça leur permet de cocher complémentaire santé...*

*Dr A : La question 2 et la question 4 il faut les affiner car c'est trop vague pour qu'on puisse vraiment savoir ce qu'il en est...*

*Investigateur : mais moi je trouve que, après on a le droit de discuter, mais par exemple sur la complémentaire santé, je pense qu'il aurait fallu faire ce test avant que les médiateurs santé ne sois là, et à mon avis, on n'aurait pas été bon, alors que là on est bon, dans la moyenne en tout cas.*

*Dr A : Oui mais il faut quand même faire la nuance entre la CMU, l'ACS ...*

*Dr P : Il y en a quand même beaucoup plus qui sont précaires ici enfin...*

*Investigateur : ça pose la question de qu'est-ce que la précarité...*

*Dr A : elle a dit qu'elle avait des dossiers plus compliqués que la médiatrice de Haute-pierre, qu'ils cumulent, alors que là-bas (Haute-pierre) ils ont souvent un problème une solution, tandis que là c'est trois quatre problèmes à traiter...*

*Investigateur : Mais moi je trouve au contraire que ce score EPICES qui est finalement assez identique, c'est probablement parce que, enfin je ne sais pas, c'est une question qu'il faut se poser, mais est-ce que ce n'est pas parce qu'on fait plus de choses, parce qu'ils sont inclus dans les maisons de santé qu'ils sont moins précaires, donc du coup le fait d'être inclus dans une maison de santé, ce serait un critère de chance finalement...*

*Dr N : donc en fait il faudrait dans le quartier, le comparer au score EPICES des gens qui ne consulte pas à la maison de santé...*

*Investigateur : Ouais, le problème c'est que on ne l'a pas...*

*Dr P : alors pourquoi Hautepierre il n'aurait pas un score EPICES encore meilleur du fait qu'ils ont, une maison de santé, un travailleur social, un médiateur etc. je ne comprends pas...*

*Investigateur : Alors en fait je pense qu'il faudrait se poser la question autrement, c'est-à-dire que les maisons de santé je pense qu'il y a un biais de recrutement et qu'on attire les gens très précaires, on attire des gens très précaire à Hautepierre qui est un quartier moins précaire que nous au Neuhof et qu'au Neuhof paradoxalement on n'attire pas les plus précaire...*

*Dr N : mais pour avoir discuté avec les infirmiers psy qui suivent des gens qui sont dans la précarité Neuhof, clairement ceux qu'ils voient comme infirmier psy, nous on ne les voit pas...*

*Dr Z : Ça pose la question des items manquants, est-ce que le côté psy, comment le mettre dans un score...*

*Dr N : oui le côté psy mais il n'y a pas que ça, ils disaient par exemple quand ils ont quelqu'un qui a juste reçu un avis d'expulsion, ils disaient ne vous inquiétez pas vous n'êtes pas encore expulsé, pour eux c'est encore positif, c'est quelqu'un qui a une ressource quoi, je pense qu'on n'est pas au même niveau d'accueil des précaires...*

*Travailleur social 1 : Au niveau de la CMU et ACS aussi, si c'est que des gens de la Maison de santé, moi j'en fait moitié-moitié Patients et habitants*

*Investigateur : Ouais tu vois plus d'habitants que de patients, enfin tu veux dire moitié-moitié...*

*Travailleur social 1 : oui je dirais moitié-moitié je n'ai jamais vraiment fait le compte mais oui...*

*Dr N : mais les habitants tu les vois où?..*

*Travailleur social 1 : ici...*

*Dr A : Donc ça veut dire qu'ils sont quand même venus à la maison de santé...*

*Travailleur social 1 : oui mais après ils ne sont pas patient ici...*

*Dr A : oui ils ne sont pas patient médecin traitant, mais ils sont quand même venus ici...*

*Travailleur social 1 : oui oui ils ne sont pas patients ici mais ils sont quand même venus jusqu'ici*

*Dr A : Oui mais ça veut dire qu'ils ont quand même fait la démarche de venir jusqu'ici...*

*Travailleur social 1 : Oui ils sont envoyés ici, parfois par le bouche-à-oreille, de Hoenheim, de Illkirch...*

*CO : parfois même envoyé par la CPAM, le comble...*

*RIRES*

*Infirmière : Il y a un item, une notion qui me vient et qui est importante pour moi, c'est le fait d'être francophone ou pas, je trouve que c'est un frein assez majeur dans l'accès aux soins et dans toutes les démarches oui, et je trouve que c'est dommage que ça n'apparaisse pas non plus...*

*Dr A : Et pas que la langue, le fait de savoir lire et écrire aussi....*

*CO : moi ça m'interrogeai aussi dans l'étude qui a été faite, quand les personnes ont été interrogé, est-ce que vous avez fait appel à des interprètes justement pour aller interroger cette population allophone ??*

*Investigateur : tu veux dire pendant les consultations ?*

*CO : Oui c'est-à-dire les personnes qui ont été interrogés au moment du score EPICES... parce que ça, ça peut être aussi un vrai biais de recrutement...*

*Dr N : c'était interprètes familiaux quand il n'y en avait...*

*Investigateur : il y avait un interprète familial oui*

*CO : ce n'est pas la même chose parce que là ça crée des biais majeure....*

*Dr N : Il y a un interprète une fois qui a accompagné pour faire le score EPICES, mais ça devait être exceptionnel... Parce qu'en totalité entre toutes les maisons de santé il y avait combien de score?..*

*Investigateur : à peu près 250 scores EPICES par Maison de santé...*

*Dr N : quelle proportion a reçu un score EPICES en fait ?*

*Investigateur : ah, il n'y a pas eu beaucoup de refus, on doit être à 98 %....*

*Dr Z : parce qu'on est d'accord que les consultations, que des patients parle français ou pas, ils ont été enregistrés, et après il leur a été proposé le score EPICES... donc 95 % des personnes ont répondu au score EPICES...*

*Investigateur : Oh plus, au Neuhof ici on a eu 3 refus... oue, oue*

*Dr Z : D'accord, donc on peut penser que les gens qui n'était pas francophones ont quand même répondu au score EPICES d'une manière ou d'une autre...*

*Investigateur : mais d'une manière, on ne sait pas s'ils ont compris ou pas...*

*RIRES*

*Dr Z : donc on ne sait pas s'ils ont compris ou pas...*

*CO : ça, ça peut créer aussi un biais entre les maisons de santé, parce que la population allophone et peut-être moins importante à la Cité de l'Ill par exemple comparé au Neuhof et à HautePierre. Je pense qu'à HautePierre et au Neuhof doit être à peu près à la même proportion de patient allophone, tandis qu'à la Cité de l'Ill, la proportion est moindre, et du coup, là on peut avoir un biais, entre Neuhof et HautePierre d'une part et Cité de l'Ill d'autre autre part...*

*Investigateur : ...Mmh ok...*

*Investigateur : Sur les items qu'il manquerait au score EPICES, donc on a dit préciser ce que ça veut dire complémentaire santé, préciser ce que ça veut dire logement, est-ce qu'il y a d'autres choses qui vont viennent, et la langue, et le fait de savoir lire et écrire...*

*CO : et l'aspect cumulatif qui n'est pas forcément... pardon...*

*Dr A : oui comme disait Travailleur social 1, l'aspect cumulatif....*

*Dr N : l'aspect cumulatif il est dans la hauteur, le score total...*

*Investigateur : travailleur social 2 tu voulais dire quelque chose ?...*

*Travailleur social 2 : Non en fait sur le fait que pour les 3 maisons de santé, on arrive au même score, j'ai trouvé intéressant en essayant de voir entre les, les items maximum et les items qui sont plus bas ce qui arrivait à se compenser entre chaque quartier, c'est-à-dire que finalement on voit qu'il y a par exemple des liens, des corrélations en tout cas, alors par exemple pour la Cité de l'Ill, item contact avec la famille, c'est là qu'ils excellent et que finalement ils ont moins recours aux travailleurs sociaux, donc on peut estimer que peut-être après la famille aide un peu plus justement, et de même pour HautePierre Neuhof, il y en a qui part plus en vacances mais au détriment d'une vie culturelle un peu plus en retrait, et inversement pour la Cité de l'Ill, on peut estimer qu'il y a une compensation qui se fait avec la culture qu'on va plutôt rechercher en retournant au pays pendant les vacances et du coup l'aspect vie culturelle local passe à la trappe.*

*Quoi qu'il en soit, il y a ces ressources qui s'organisent au sein des quartiers pour arriver à ce qu'il y est une espèce de compensation*

*Tout le monde acquiesce*

*Dr N : oue c'est intéressant...*

*CO : Ce qui interroge aussi notre représentation de la précarité, parce que du coup....*

*Dr N : ...je pense juste un truc sur les, parce que on a le score moyen mais on n'a pas la variabilité de ce score et en particulier les minimum et maximaux ...*

*Investigateur : en fait il y étaient mais je les ai enlevé...tu les as de tête ?... (eelle s'adresse à l'observateur)*

*Observateur : Il y a des quartiers les extrêmes on fait peut-être remonter un petit peu le score, par exemple à la Cité de l'III, il y a certains scores qui sont vers 100 et qui font remonter la moyenne...*

*Dr N : Parce que ce qu'il y a, c'est qu'on est à 47 en moyenne, ça veut dire qu'il y en a qui sont moins précaires mais il y en a qui sont beaucoup plus précaires...*

*Investigateur : ... mais en fait je crois que la médiane n'était pas très éloignée de la moyenne...*

*Observateur : La médiane était à 46 pour ici et 48 je crois pour la Cité de l'III...*

*Dr N : non parce qu'il serait intéressant de prendre la marge au-dessus de tel score EPICES, et les comparer d'une maison de santé à l'autre...*

*Travailleur social 1 : je suis quand même super étonné.... Tant mieux pour les habitants...*

*Dr N : Mais oui ça veut probablement dire que vous avez un effet sur les habitants qui viennent consulter, enfin c'est même sûre quoi...*

*Investigateur : moi je trouve que c'est super joli comme résultat...*

*Dr A : quand est-ce qu'ils sont venus les étudiants ?*

*Investigateur : 2016, entre 2016 et 2018....*

*Dr A : à mon avis on pourrait même le refaire d'ici un an ou deux, à mon avis on verrait une différence, parce qu'en 2016 tu n'étais pas encore là (Travailleur social 1) ...*

*Travailleur social : oui moi je suis arrivé en 2017...*

*Dr A : oui je pense qu'effectivement il y a quelque chose....*

*Dr N : oui après avant il y avait déjà un travailleur social, mais il ne faisait pas exactement ça...*

*CO : enfin si mais uniquement quand il était là, oui mais pendant 1 ans quasiment il n'était pas là...*

*Dr A : oui mais par rapport à ce que je fais Travailleur social 1, ça n'a rien à voir...*

*CO : oui Travailleur social 1 a repris une partie du travail de l'ancien travailleur social, mais premièrement il n'était pas beaucoup là, et sur un temps plein, elle faisait ce que font Travailleur social 1 et 2 à deux... c'est sûr que...*

*Investigateur : ... oui tu vois Dr N, la médiane et à 46, donc c'est identique, à Haute-pierre on a une moyenne à 47 avec une médiane à 43 donc un peu plus faible mais quand même....*

*Dr P : donc si l'étude a été faite à cette époque-là, il n'y a pas l'effet du Travailleur social 1... donc on ne peut pas dire vraiment que c'est ça qui a amélioré le score...*

*Investigateur : donc ça se trouve notre score a été amélioré...*

*Orthophoniste : En fait il faudrait ne pas se limiter au cabinet médical, passer dans les autres cabinets et interroger les patients, en orthophonie on a une patientèle commune mais on a aussi d'autres patientèles que vous n'avez pas vous en médecine...*

*Investigateur : mais ça reste une patientèle du quartier, quand même, non ?...*

*Orthophoniste : ah oui tout à fait... ça reste une patientèle du quartier...*

*Dr P : si on refaisait le score EPICES aujourd'hui, il y aurait le biais covid, et là il y a eu quand même une précarisation énorme des gens, donc à mon avis là....*

*CO : .... C'est sûr que ça ferait un biais énorme spectacle et vacances....*

*RIRES*

*Infirmière : On est tous précaires !!!!*

*RIRES*

*Dr A : sport, spectacle, vacances, contact famille zéro quoi...*

*Dr Z : si la visio...*

*RIRES*

*Dr A : contact visuel, mais ça ne compense pas...*

*RIRES*

*Dr Z : Est-ce qu'on n'est pas tous devenus précaire...*

*RIRES*

*Investigateur : si moi j'ai un score à 70...*

*RIRES*

*Investigateur : après on a beaucoup critiqué le score EPICES, mais moi je trouve il a quand même des points positifs...*

*Dr A : Ben s'il est reconnu comme outils c'est qu'il en a...*

*Investigateur : non mais dans la définition de la précarité, c'est-à-dire quand même de dire que l'on est précaire quand on ne va pas voir de spectacle, je ne suis pas sûr que ce soit dans toutes les cultures pareil....*

*Dr Z : c'est ce que tu as interrogé coordinatrice quand tu parlais de notre représentation de la précarité...*

*CO : Oui c'est ça on se dit qu'à la Cité de l'Ille ils sont moins précaire, parce qu'ils sont en meilleure situation financière etc... mais sans doute qu'il y a cette question de l'âge de la population, mais ça crée aussi de la précarité d'avoir moins de proche autour de soi, et effectivement ça interroge beaucoup la manière dont on se représente la précarité et je pense que c'est en partie ce qui explique notre étonnement par rapport à ces chiffres, parce qu'il y a aussi de la précarité chez les personnes âgées même si elles ne sont pas en grosses difficultés financières, le fait d'être isolé, de ne plus avoir tellement de contact avec la famille, de ne plus partir en vacances, c'est aussi une forme de précarité clairement....*

*Investigateur : Et moi je trouve, en tout cas au Neuhof, les gens ils développent du lien, et en fait ils se démerdent entre eux...*

*Travailleur social 2 : oui...*

*Investigateur : En fait ce n'est pas parce qu'ils n'ont pas de sous, mais dans notre représentation à nous quand tu touches 700 € par mois, c'est la fin du monde et tu ne vas pas t'en sortir, et en fait tu as un tel maillage social, tu as un tel maillage du territoire que finalement ils s'en sortent, et ils sont heureux quoi.... Des gens qui sont heureux même en étant précaire*

*CO : oui c'est la question bonheur malheur, en tout cas l'opulence n'implique pas bonheur forcément...*

*Dr N : j'avais regardé un petit peu ça, il y a des indices de bonheur qui existent et qui sont faits par l'OMS je crois, ça pourrait être marrant de croiser les deux...*

*Dr A : ... oui c'est vrai qu'il y a beaucoup d'habitants ici qui sont heureux, n'ont pas envie de changer de quartier...*

*Dr A : il y en a plein qui partent et qui se rendent compte de la perte du lien social qu'ils avaient et qui reviennent...*

*Travailleur social 1 : Après ce qui les gêne plus c'est la propreté, les voisins bruyants, voilà ou des choses comme ça...*

*Dr A : oui après ça c'est plus la qualité de leur appartement...*

*Travailleur social 1 : après il y en a dans leur vie qui sont très heureux ...*

*Investigateur : Et du coup finalement moi je me pose la question, est-ce que le score EPICES, il ne va pas plus loin que la précarité, enfin il va plus loin que la précarité monétaire, mais est-ce qu'il n'interroge pas sur le lien social, et l'importance de ce lien social, et du coup il permet de dépasser certains préjugés qu'on peut avoir sur : ils sont pauvres donc ils sont malheureux et précaires...*

*Travailleur social 2 : Oui en fait dans ce sens-là je trouve il y aurait vraiment du sens de mettre en avant justement ce que tu dis d'aller à l'encontre de tel ou tel préjugé : qui dit QPV, ils sont tous regroupés et forcément malheureux parce qu'ils ont des faibles revenus et compagnie, mais en fait, et c'est ce que nous aussi on constate, c'est qu'il y a une forme de solidarité, de lien, et même pour les demandes de logement sociaux auprès des bailleurs, on a au moins la moitié qui demande à rester sur le Neuhof, parce qu'il y a un attachement au quartier, parce qu'ils ont tout ce tissu social...*

*Travailleur social 1 : Par exemple là on est en contact avec un monsieur qui est né au Neuhof et qui est d'origine marocaine, quand il avait 10 ans ses parents sont partis en Italie, il est revenu il y a 4 ou 5 ans et il a choisi le Neuhof directement...*

*Investigateur : hahaha...*

*Dr A : Bon le Neuhof de quand il est parti et le Neuhof de maintenant il y a peut-être quand même une petite différence...*

*Travailleur social 1 : Oui voilà mais même si ça a changé il veut quand même rester sur le Neuhof... oui donc on avait notre œil extérieur, mais finalement les gens aiment leur Neuhof...*

*Dr A : Après il y a peut-être aussi une part de peur d'aller dans un endroit inconnu et de devoir créer un tissu....*

*Travailleur social 2 : Oui la peur de l'inconnu...*

*Dr A : oui moi j'ai des patients qui ne connaissent pas le centre de Strasbourg, qui n'osent pas y aller, donc il y a quand même un peu de ça...*

*CO : Mais il y a quand même un lien social qu'on trouve sur le Neuhof et qu'on ne trouve pas forcément dans les autres quartiers, et ça se traduit aussi dans le tissu associatif, pour avoir bossé à Hautepierre, c'est beaucoup plus difficile de tisser des partenariats, et de ce que je vois de la coordinatrice de la Cité de l'Ill, c'est pareil, donc ici au Neuhof finalement la dynamique sociale des habitants elle se retrouve aussi dans la dynamique des structures associative etc... Même si les relations ne sont pas toujours idéales, avec des guéguerres entre partenaires mais il y a un maillage qui est plus présent et plus dense que sur Hautepierre et la Cité de l'Ill...*

.....

*Investigateur : Il y a quelque chose qui te choque ?... (Elle parle à un des médecins en la regardant) ...*

*Dr A : C'est trop flou.... C'est trop flou....*

*Investigateur : je pense que c'est flou intentionnellement....*

*Travailleur social 2 : Du coup cette étude, ce score EPICES, il vise à être porté à la connaissance d'institutionnels ? de l'ARS ?...*

*Investigateur : Ah oui, c'est une étude qui est financé par l'ARS et donc il y aura un retour à l'ARS... après ce qu'a financé l'ARS, c'est plutôt le versant obésité en milieu précaire, et c'est plutôt sur ça qu'ils nous attendent et si en plus on leur fourni une branche précarité ça va les intéresser oui clairement...*

*Dr Z : en fait on a, et même dans les travaux de recherche que l'on a fait sur la Maison de santé, quand on voulait parler précarité, le problème c'est quel indice on prend, la plupart du temps on prenait le taux de CMU comme indice qui se discute et qui a beaucoup de limites et en particulier au niveau de tout ce qui est isolement social c'est pas du tout dans le taux de CMU... et il y avait aussi la nécessité de se dire bon ben en fait cette étude-là qui est quand même d'une belle puissance, puisque il y a quand même 250 questionnaires, c'est quand même assez énorme, comme ça on n'est pas obligé à chaque fois de recharacteriser la précarité de la Maison de santé, en tout cas pas tous les 6 mois je pense effectivement qu'il faudra certainement refaire, et ça pourrait être un travail intéressant par rapport à nos actions... et là on a tout de même une belle puissance, sur les 3 maisons de santé et c'est quand même assez impressionnant, 750 scores EPICES réalisés...*

#### *Les autres acquiescent*

*Dr N : oui encore juste une question par rapport aux différents niveaux de précarité, le pourcentage de personnes qui a moins de 30 est-ce que vous l'avez ? ...*

*Investigateur : on doit l'avoir quelque part...*

*Dr N : parce que ce serait intéressant aussi de voir dans chaque quartier quel est le pourcentage de gens qui est estimé comme précaire tout simplement...*

*Investigateur : de mémoire, c'est à peu près 60 % de précaire....*

*Dr N : Ah quand même je pensais que c'était plus de non précaire...*

*Dr Z : oui moi je pense que ce serait une bonne analyse...*

*Dr A : parce qu'on a tendance à estimer que tout le monde est précaire, alors que s'il y en a 40 % qui ne le sont pas c'est quand même intéressant...*

*Les autres acquiescent*

*Dr Z : Oui voilà c'était ta question par rapport à la médiane et à l'écart....*

*Dr N : ...oui c'est ça...Les plus précaires mais aussi les moins précaire c'est intéressant...*

*Dr Z : c'est peut-être aussi intéressant pas que dans un but de comparer avec les autres maisons de santé, mais aussi juste de caractériser notre patientèle et de savoir si les très précaire est-ce que c'est 50 %...*

*Dr A : ...Ou peut-être que les plus précaires ne vont pas dans les maisons de santé et ont peut-être un médecin généraliste ailleurs, ou au centre-ville...*

*Travailleur social 1 : J'ai beaucoup de gens qui ont l'ancienne ACS, et qui dépasse ce qui étaient les anciens plafonds de l'ACS, et ils sont obligés de prendre une mutuelle, une mutuelle de particulier quoi...*

*Dr A : non ce que je veux dire, des gens qui n'ont aucun problème de fric, admettons, riches entre guillemets, est-ce qu'ils viendraient là dans la maison de santé...*

*Dr N : Oui je pense entre pas précaire et riche il y a encore....*

*RIRES*

*Dr A : oui un peu plus aisé, voilà, mais effectivement ceux qui sont riches ils n'habitent pas au Neuhof...*

*Dr N : Oui c'est vrai quand on y pense on a un certain nombre de gens.....*

.....Plusieurs personnes parlent en même temps....

*Dr Z : Oui oui et quand on discute avec l'orthophoniste elle nous dit qu'elle a des patients que nous n'avons pas à la maison de santé, et c'est pareil pour le kiné....*

*Dr A : oui et ce serait intéressant de voir quel est leur médecin, s'ils sont dans le quartier ou pas... ça peut être docteur ZZ, docteur XY... Oh de toute façon on n'est pas beaucoup... docteur AA, docteur BB, docteur CC...*

*Dr A : Oui mais ça c'est le Stockfeld, ce n'est pas la cité...*

...Plusieurs personnes parlent en même temps.... Chacun avec son voisin de table....

*Investigateur : J'ai que les chiffres globaux je n'ai pas les chiffres Maison de santé par Maison de santé, le chiffre global c'était 35 % de non précaire et 65 % de précaire...*

*Dr N : Ah quand même...*

*Investigateur : Oui mais ça veut dire quand même un tiers qui n'est pas précaire....*

*Dr A : C'est quand même intéressant...*

*Orthophoniste : Les questions étaient posées à suite à une consultation médicale, donc ce sont essentiellement des femmes qui ont répondu...*

*Investigateur : oui principalement....*

*Dr Z : et est-ce qu'on pourrait caractériser cela aussi, le pourcentage de femmes et d'hommes ?*

*Dr N : est-ce qu'ils travaillent, ce qui ont répondu, parce qu'en fait il y a la question est ce que vous voyez un travailleur social, est-ce que vous viviez en couple, mais on n'a pas la question est-ce que vous travaillez...*

*Investigateur : alors le problème c'est que on peut l'avoir sur une partie des scores dans l'étude FETOMP, parce qu'on a les consultations et on sait si c'est un homme ou si c'est une femme, mais après on a refait des score EPICES sans, parce qu'on n'en avait pas assez pour ce travail-là....*

*Dr N : ...ah d'accord...*

*Investigateur : ...et du coup, on n'aura pas ces données là sur les scores EPICES que l'on a fait ensuite, donc non on ne pourra pas faire ça pour cette étude...*

*Dr Z : ...ok...Et après c'était l'intérêt de les comparer aux cartes de L'ORS Alsace, puisque ces indicateurs-là d'homme femme, qui travaille, la famille parentale au monoparentale, on ne l'a pas non plus...*

*Investigateur : Parce qu'en fait dans FETOMP, on n'a observé toutes les maisons de santé confondues et le cabinet de la gare du docteur DD, on a observé en tout 400 consultations sachant que pour cette étude il en a 750... donc ce n'est pas tout à fait...*

*Orthophoniste : Mais ça veut dire que les médecins ne sont pas du quartier, mais les patients si...*

*Investigateur : et juste pour vous dire par rapport à ça, on a aussi fait des observations dans le quartier Gare laiterie, qui est considéré vert, petit ménage d'une personne, étudiant, actif, faible ancienneté d'aménagement, et en même temps ce cabinet c'était là où le score EPICES était le plus élevé, mais significativement et statistiquement différent, probablement qu'il y a un biais de recrutement, sa collègue elle voit énormément de migrants, AME, oui c'est ça c'est docteur FF qui voit énormément de migrants mais qui n'habitent pas forcément le quartier...*

*Investigateur : Oui oui probablement, après il y a pas mal de centres sociaux dans le quartier Gare...*

*Dr N : bon le quartier Gare il est précaire quand même...*

*CO : Oui il est quand même classé QPV, le quartier Gare laiterie, et il y a quand même un îlot, c'est comme la cité SPACH etc, il y a des îlots comme ça de précarité...*

*Investigateur : oui mais quand tu regardes les scores au ORS, il n'est pas considéré comme le plus précaire ...*

*CO : mais est-ce qu'il n'y a pas aussi la représentation que les personnes elle-même se font de la précarité et qui biaisent aussi une partie des réponses, et ça rejoint aussi ce que disait travailleur social 2 tout à l'heure, il y a des personnes qui peuvent être très précaire selon nos critères, selon ceux des études mais qui ne se vivent pas, ne vivent pas forcément mal cette précarité, ça se retrouve dans les réponses, elle est pas forcément minimisée ou cachée, même si ça peut exister des biais de ce genre-là, mais elle est juste pas mal vécu.*

*Je sais plus là mais si tu remets les questions avec les contacts avec ses proches, peut-être que par exemple sur les sorties culturelles, une personne qui aura fait une sortie dans l'année et croisé une fois sa famille, finalement si ça suffit à son bien-être social etc. ... elle va répondre positivement à cette question...*

*Dr A : Cette question-là c'est une histoire de nombre, ce n'est pas comment vous le ressentez, est-ce que vous avez eu des contacts oui ou non...*

*CO : c'est pour ça que je voulais revoir les questions parce que je ne les ai pas en tête...*

*Dr A : effectivement on n'a pas le ressenti de ce truc-là, peut-être qu'une personne aura dit être allé au spectacle, oui une fois dans les 12 mois, et elle va le vivre bien et une autre qui aura répondu la même chose à cette question-là mais qui va le vivre mal parce qu'elle préférerait y aller 10 fois... mais ça on ne peut pas le savoir...*

*CO : ce que je veux dire c'est que ta propre perception elle peut être biaisé aussi, moi si tu me demandes si j'ai fait du sport au cours des 12 derniers mois, en toute objectivité, j'en ai pas fait beaucoup parce que je ne suis pas spécialement sportive, je considère oui parce que j'en ai fait suffisamment par rapport, suffisamment pour me satisfaire en tout cas, donc je vais répondre oui à cette question-là... par contre, un sportif, je prends un exemple mon conjoint qui est hyper sportif, là ça fait un mois qu'il ne peut pas faire de sport, il est catastrophé, tu lui demande s'il a fait du sport ces derniers mois, il va répondre ben non, je ne peux pas on est confiné, du coup*

*je veux juste te dire que notre perception elle joue aussi dans la manière dont on répond à ces questions-là. Voilà...*

*Investigateur : oui voilà justement est-ce que c'est pas intéressant de laisser un flou, pour que ton interprétation elle va faire de toi que tu vas te sentir plus ou moins précaire, en fonction des choses qui sont importantes pour toi ou pas...*

*CO : Bien sûr ... Ce que je veux dire c'est par exemple pour une population plus jeune, comme celle par exemple du quartier Gare, c'est une hypothèse, c'est un secteur où il se passe pas mal de choses au niveau culturel, c'est un secteur très dynamique, et tu peux vite te sentir très précarisé en habitant en centre-ville dans un quartier très dynamique, plus précarisé que tu ne l'es réellement...*

*Investigateur : Oui comparativement...*

*CO : Je veux juste dire que la représentation que chacun se fait de sa propre précarité dépend effectivement de son environnement et de tout un tas de choses, et qui peut expliquer à la marge aussi...*

*Investigateur : et du coup c'est une façon de lutter contre les préjugés, c'est-à-dire que c'est pas parce qu'on habite en centre-ville qu'on ne peut pas être précaire, précaire par rapport aux gens qui vivent au centre-ville, c'est sûr qu'après quand on compare par rapport au Neuhof... après est-ce que c'est un bon score à comparer, je ne sais pas...*

*CO : peut-être, c'est ça la question...*

*Dr Z : c'est peut-être un bon thermomètre, et on s'en fout de les comparer... c'est pas d'un quartier à l'autre, mais c'est plutôt l'évolution...*

*Investigateur : et juste, moi je voulais revenir sur l'idée de, des gens qu'on attire à la maison de santé, effectivement je pense qu'il faut qu'on affine sur qui vient à la maison de santé et pourquoi, je pense quand même que malgré tout on n'attire pas à la Maison de santé du Neuhof les gens les plus précaire du quartier, parce que finalement on n'a pas de SDF, alors qu'il y en a, et où est-ce qu'ils sont suivis ces gens...*

*Dr A : et ben ils ne sont pas suivis...*

*Dr N : bah en fait tu vois, à Lyautey (CADA), j'ai eu un contact récemment, mais j'ai l'impression qu'ils se débrouillent comme ils peuvent avec ceux qu'ils hébergent là-bas, et que de temps en temps quand ils ne peuvent vraiment pas faire autrement, ils nous l'envoient, alors que la lui il a une sécu (sécurité sociale) ...*

*Dr Z : il y a quand même le problème des droits...*

*Dr N : oui justement celui que j'ai vu, il n'avait pas de problème de droit....*

*Dr Z : oui j'ai aussi été appelé à Lyautey pour un patient qui n'avait pas de droit et du coup tu es tout de suite limitée et tu ne peux rien prescrire....*

*Travailleur social 2 : oui donc en fait ça supposerait un peu comme si je fais le comparatif, des milieux de culture comme les bibliothèques, des fois il y a une barrière symbolique, on ne va pas dans une bibliothèque car on se dit que ce n'est pas fait pour moi, alors aussi pour les maisons de santé, il y aurait des personnes du coup plus précaire qui se disent que ce n'est pas pour moi, non je ne serai pas bien accueilli, parce que peut-être qu'il faut être un peu mieux dotés....*

*Investigateur : Oui, et ça fait aussi quand même institution de l'extérieur...*

*Travailleur social 2 : oui notre bâtiment...*

*Investigateur : oui et du coup dans les projets à creuser, c'est comment amener ces gens-là, les amener à nous aussi...*

*Dr N : il y a ça et puis il y a aussi les patients qu'ils ne viennent pas quand ils n'ont plus de droits et qui reviennent un an après et qui disent ça y est j'ai de nouveau ma CMU, je peux me faire soigner...*

*CO : Et comment on touche c'est public là, c'est déjà ce que font le Travailleur social 1 et le travailleur social 2, le travailleur social 2 par exemple va faire du porte-à-porte dans les immeubles à côté, chez ADOMA etc. pour interroger les personnes, c'est toute la démarche d'aller VERS, elle est déjà en route mais après...*

*Travailleur social 1 : Et moi j'ai vu quelques personnes aussi ultra précaires, à la rue, qui m'ont été envoyé par d'autres personnes qui viennent une fois de temps en temps ici et qu'ils ont accompagné pour ses droits CMU, des ouvertures de droit parce qu'il n'avait plus rien, qu'il avait été incarcéré, et c'est pareil c'est du bouche à oreille, et du coup quand je vais au magasin à côté maintenant ils disent tiens c'est le Travailleur social 1...*

*RIRES*

*Investigateur : En tout cas merci à tous...*

*Travailleur social 1 : très intéressant en tout cas*

## 7 Bibliographie

1. OMS Organisation Mondiale de la Santé. Documents fondamentaux – 48e éd. 2015.
2. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 4 mars 2021]. Disponible sur : [https://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/)
3. Potvin L, Jones CM, Moquet M-J, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis (Paris) : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; 2012.
4. Lang, T. (Université de Toulouse III), Ulrich, V. (DREES) (dir.), et al. Les inégalités sociales de santé - Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016. [Internet]. 2017 nov [cité 10 mars 2021]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/rapports/les-inegalites-sociales-de-sante-actes-du-seminaire-de>
5. HCSP. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité [Internet]. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique ; 2009 nov [cité 4 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>
6. Blanpain N. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers [Internet]. 2016 [cité 11 janv 2021]. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02150390>
7. Siebert M. Alimentation, précarité et rapport au poids : immersion dans les quartiers prioritaires de la ville de Strasbourg, dans le cadre du projet FETOMP [Thèse d'exercice]. [2009-....., France] : Université de Strasbourg ; 2020.
8. Bubendorf V. Monographie : le vécu du poids et la relation à l'alimentation d'une personne en surpoids en situation de précarité dans le cadre du projet FETOMP [Thèse d'exercice]. [2009-....., France] : Université de Strasbourg ; 2020.
9. Fontes D. Projet FETOMP : Analyse de consultation de médecine générale en QPV traitant du surpoids et de l'obésité [Thèse d'exercice]. [2009-....., France] : Université de Strasbourg ; 2020.
10. Porquet C. Projet FETOMP : analyse quantitative de la population consultant en médecine générale en quartiers prioritaires politiques de la ville de Strasbourg selon le poids [Thèse d'exercice]. [2009-....., France] : Université de Strasbourg ; 2020.
11. Gault B. Projet FETOMP : le surpoids et l'obésité expliqués par les patients précaires [Thèse d'exercice]. [2009-....., France] : Université de Strasbourg ; 2020.
12. Bruchet C. Se libérer du poids de la précarité pour lutter contre l'obésité : Projet FETOMP : analyse quantitative de la population consultant en médecine générale en quartiers prioritaires de la politique de la ville de Strasbourg selon le degré de précarité [Thèse

d'exercice]. [2009-....., France] : Université de Strasbourg ; 2020.

13. Gounaud É. Description du surpoids et l'obésité dans les Quartiers Prioritaires de la Ville de Montpellier : projet de Formation à l'Éducation thérapeutique sur l'Obésité en Milieu Précaire (FETOMP) [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Montpellier. Faculté de médecine ; 2020.

14. Cingolani P. Introduction. In Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France ; 2006. p. 5-20. (Que sais-je ?; vol. 2e éd.). Disponible sur : <https://www.cairn.info/la-precarite--9782130554912-p-5.htm>

15. Wresinski J. Rapport Wresinski « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » [Internet]. 1987 février [cité 11 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.atd-quartmonde.org/rapport-wresinski-grande-pauvrete-et-precarite-economique-et-sociale/>

16. Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé.

17. Sass C, Guéguen R, Moulin J-J, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité, Summary. Santé Publique. 2006;18(4):513-22.

18. Sass C, Dupré C, Giordanella JP, Girard F, Guenot C, Labbe É, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. :8.

19. Abrantes P, Sabatier S, Guenot C. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie. Saint Etienne; 2005 p. 18.

20. ORS Grand Est | Actualités [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: <https://ors-ge.org/>

21. Les cartes d'identité territoriales de santé (CITS) des nouveaux quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) alsaciens | Portail en éducation pour la santé Alsace [Internet]. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.pepsal.org/2017/04/20/les-cartes-didentite-territoriales-de-sante-cits-des-nouveaux-quartiers-prioritaires-de-la-politique-de-la-ville-qpvs-alsaciens/>

22. Burger M. Connaissances, opinions et prise en charge des patients adultes obèses ou en surpoids par les médecins généralistes occidentaux: apports d'une revue de littérature systématique et descriptive [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-.....). Faculté de médecine; 2017.

23. Vaudevire L. Connaissances en sciences sociales sur les questionnements autour du poids et de la précarité: Apports d'une revue de littérature [Thèse d'exercice]. [2009-....., France]: Université de Strasbourg; 2020.

24. ORS Alsace, Observatoire Régional de Santé Alsace. Cartes d'identité territoriales de santé, nouveaux quartiers prioritaires de la ville : Strasbourg, Cité de l'Ill. [Internet]. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: <https://ors-ge.org/sites/default/files/documents/QP067017%20STRAS%20Cite%20Ill.pdf>

25. ORS Alsace, Observatoire Régional de Santé Alsace. Cartes d'identité territoriales de santé, nouveaux quartiers prioritaires de la ville : Strasbourg, Hautepierre. [Internet]. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: <https://ors-ge.org/sites/default/files/documents/QP067011%20STRAS%20Hautepierre.pdf>
26. ORS Alsace, Observatoire Régional de Santé Alsace. Cartes d'identité territoriales de santé, nouveaux quartiers prioritaires de la ville : Strasbourg, Neuhof Meinau. [Internet]. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/QP067016%20STRAS%20Neuhof%20Meinau%20DS.pdf>
27. Rapport d'activité OFPRA 2018 : cartographie de la demande d'asile en France [Internet]. La Cimade. 2019 [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/rapport-dactivite-ofpra-2018-cartographie-de-la-demande-dasile-en-france/>
28. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. 2011;8.
29. Afrite A, Bourgueil Y, Dufournet M, Mousquès J. Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? 2011;8.
30. Saryoul S, Vallet B. Influence de la précarité sur le choix des urgences ou du médecin généraliste pour une consultation de soins primaires. Dijon, France: Université de Bourgogne; 2016.
31. Fouchard A, Bréchat P-H, Castiel D, Pascal J, Sass C, Lebas J, et al. Caractéristiques météorologiques et comparaison de trois outils de repérage de la précarité sociale dans une permanence d'accès aux soins de santé hospitalière à Paris. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 1 août 2014;62(4):237-47.
32. Ribera JM, Hausmann-muela S, Grietens KP, Toomer E. Is the use of interpreters in medical consultations justified? A critical review of the literature. 2008;
33. Recommandation Rec(2006)18 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les services de santé dans une société multiculturelle [Internet]. nov 8, 2006. Disponible sur: [https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectID=09000016805d73bf](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d73bf)
34. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: A review of the literature. Patient Educ Couns. 1 déc 2006;64(1):21-34.
35. Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. 2017-816 mai 5, 2017.
36. HAS. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. oct 2017;57.
37. MSA. Migration Santé Alsace interprétariat : plaquette de présentation [Internet]. [cité 16 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.migrationssante.org/wp-content/uploads/2016/02/PLAQUETTE\\_MSA\\_Interpretariat.pdf](https://www.migrationssante.org/wp-content/uploads/2016/02/PLAQUETTE_MSA_Interpretariat.pdf)

38. ISM Interprétariat - Le dialogue à trois [Internet]. [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: <https://ism-interpretariat.fr/>
39. Médecins, nous sommes opposés à la disparition des interprètes dans nos cabinets [Internet]. Rue89 Strasbourg. 2020 [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.rue89strasbourg.com/medecins-nous-sommes-opposes-a-la-disparition-des-interpretes-dans-nos-cabinets-193823>
40. Illettrisme | ONPV.fr - Observatoire National de la Politique de la Ville [Internet]. [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.onpv.fr/theme/illettrisme>
41. L'enquête Information et vie quotidienne 2011 parmi les dispositifs nationaux et internationaux de mesure des compétences des adultes – Économie et Statistique n° 490 - 2016 | Insee [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2526475?sommaire=2527266>
42. Agir dans tous les domaines / De quoi parle-t-on ? / Illettrisme / Accueil [Internet]. Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme. [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/De-quoi-parle-t-on/Agir-dans-tous-les-domaines>
43. Parizot I, Chauvin P. Le recours aux soins des personnes en situation précaire: une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2003 Dec;51(6):577-88.
44. Benoist Y. Vivre dans la rue et se soigner. *Sci Soc Sante*. 2008;Vol. 26(3):5-34.
45. Médecins Du Monde, Alsace [Internet]. [cité 5 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/contact/alsace>
46. Les Hopitaux Universitaires de Strasbourg. La boussole dépliant public [Internet]. 2019 [cité 5 déc 2020]. Disponible sur: [http://www.chru-strasbourg.fr/sites/default/files/documents/DEPLIANT\\_BOUSSOLE\\_PUBLIC\\_2019.pdf](http://www.chru-strasbourg.fr/sites/default/files/documents/DEPLIANT_BOUSSOLE_PUBLIC_2019.pdf)
47. Médecins Du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins. *Medecins du Monde. Rapport annuel*. Paris; 2020 p. 16. Report No.: 20.
48. Médecins Du Monde. Menace sur l'Aide Médicale d'Etat [Internet]. 2019 [cité 13 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/france/2019/08/06/menace-sur-laide-medicale-detat>
49. Sandrine Dufour-Kippelen, Anne Legal,, Jérôme Wittwer. Comprendre les causes du non-recours à la CMUC [Internet]. *LEGOS*; 2006 sept [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: [https://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/1898/Non-recours\\_LEGOS.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/1898/Non-recours_LEGOS.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
50. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. 2011;8.

51. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. 2011;6.
52. Ferrier A. Quels sont les critères de choix d'un médecin traitant ? : Étude quantitative auprès des patients de médecine générale de la région Ouest de l'Étang de Berre réalisée en 2018 [Thèse d'exercice]. [2012-....., France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2019.
53. Bellegot S. Quels sont les critères de choix du médecin traitant dans le Grand-Paris ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2015.
54. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. Bull Académie Natl Médecine. avr 2017;201(4-6):567-87.
55. OMS. Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé. Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé [Internet]. 2011 [cité 9 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_French.pdf](https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf)
56. Haute Autorité de Santé. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. 2015 [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi)
57. Haute Autorité de santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. oct 2017;70.
58. Serin M. Maison de santé et service à la population : pour une autre organisation de notre système de santé ? Sante Publique (Bucur). 1 oct 2009;Vol. 21(hs1):67-71.
59. Gasiorek E. Etude de la concordance entre le score EPICES et l'évaluation spontanée de la précarité par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2014.
60. Lombrail P, Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. Trib Santé. 2005;8(3):31.
61. Lombrail P, Lang T, Pascal J. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? : Dossier « Inégalités sociales de santé ». Santé Société Solidar. 2004;3(2):61-71.
62. Pascal J, Abbey-Huguenin H, Lombrail P. Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? Lien Soc Polit. 6 juill 2006;(55):115-24.
63. Sass C, Moulin J-J, Labbe E, Chatain C, Gerbaud L. La fragilité sociale : un déterminant majeur des inégalités de santé. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. oct 2008;56(6):S380.

64. Pauchet MC. Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Regards*. 11 sept 2018;N° 53(1):43-56.
65. Parizot I, Chauvin P, Firdion J-M, Paugam S. Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones urbaines sensibles d'Ile-de-France. :46.
66. Boivin I, Leanza Y, Rosenberg E. Conceptions des rôles des interprètes professionnels et familiaux dans les entretiens médicaux et postures par rapport au monde vécu. *Alterstice - Rev Int Rech Intercult*. 15 août 2012;2:35-46.
67. Richard C. Prise en charge des patients allophones en consultations de médecine générale: place de l'interprétariat professionnel. :42.
68. Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Sante Publique (Bucur)*. 2007;Vol. 19(2):99-109.
69. Rondeau-Lutz M, Wolff V, Jung C. La santé et les migrants en France, faits et questionnements. :6.
70. Rondeau-Lutz M. Quels sont les obstacles institutionnels et provenant des soignants à l'utilisation d'un interprète professionnel médico-social ? nov 2009;5.
71. Paugam S, Blanc G le, Rui S. Les nouvelles formes de précarité. *Regards croisés entre la philosophie et la sociologie. Sociologie*. 2011;Vol. 2(4):417-31.
72. Porcherie M, Bihan-Youinou BL, Pommier J. Les évolutions des modes d'action pour agir sur les inégalités sociales de santé dans les recommandations politiques à l'international et en France. *Sante Publique (Bucur)*. 19 sept 2018;S1(HS1):33-46.
73. Robin-Quach P. Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif. *Rech Soins Infirm*. 2009;N° 98(3):36-68.
74. Loignon C, Boudreault-Fournier A. Du paternalisme à l'encadrement bienveillant. *Can Fam Physician*. nov 2012;58(11):e618-9.
75. Marin I, Farota-Romejko I, Larchanché S, Kessar Z. Soigner en langue étrangère. *Jusqua Mort Accompagner Vie*. 2012;n° 111(4):11-9.
76. Graz B, Vader J-P, Raynault M-F. Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction. *Sante Publique (Bucur)*. 2002;Vol. 14(1):75-81.
77. Buffet S, Vuattoux P, Baudier F, Peseux Y, Magnin-Feysot C, Perrot J-M. Mise en place d'un comité de représentants des usagers dans une maison de santé pluridisciplinaire. *Sante Publique (Bucur)*. 8 oct 2014;Vol. 26(4):433-41.
78. Revil H. Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire. *Regards*. 11 sept 2018;N° 53(1):29-41.
79. Gelly M, Pitti L. Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et

pratiques de soins. *Agone*. 29 juin 2016;n° 58(1):7-18.

80. Lesoin C. Représentations des médecins généralistes sur les inégalités sociales de santé: étude qualitative réalisée chez quinze médecins généralistes de la région avignonnaise [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.

Université  
de Strasbourg



**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Document avec signature originale devant être joint :  
- à votre mémoire de D.E.S.  
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : HADDAD Prénom : Abdelouahab

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était 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,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

" J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète "

Signature originale :

A Strasbourg, le 07/03/2021

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.