

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2022

N° : 36

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat
DES de médecine générale

PAR

Nom et prénom : GATIER Francis

Né le 25/03/1991 à Autun (71)

Rendez-vous manqués en médecine générale par

les patients précaires : quels sont les motifs ?

JURY

Président de thèse : Professeur Jean-Christophe WEBER

Directeur de thèse : Docteur Léa CHARTON

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAIEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition JANVIER 2022
Année universitaire 2021-2022



- Président de l'Université
- Doyen de la Faculté
- Premier Doyen de la Faculté
- Doyens honoraires : (1978-1983)
(1983-1988)
(1988-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- Chargé de mission auprès du Doyen
- Responsable Administratif

M. DENKEN Michel
M. RIBEJA Jean
M. DERUELLE Philippe
M. CORNER Marc
M. MANTZ Jean-Marie
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUDS Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffrey



HOPITALS UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GILLY Michiel

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01/11/2013)

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

BAHRAM Sébastien
DOLLUS Hélène

Immunologie biologique (01/10/2013 au 31/09/2019)
Génétique clinique (01/10/2014 au 31/09/2019)

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

PO234	NOM et Prénoms	CM	Servicios Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	ADAM Philippe PO201	NRFO CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur • Service d'Hébergement des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	AKLADIOS Chant PO181	NRFO CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique • Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
	ANDRES Emmanuel PO182	NRFO CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Néphrologie, Endocrinologie, Diabétologie (MIPED) • Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine interne
	ANHEIM Mathieu PO203	NRFO NCE	• Pôle Tête et Cou / CETD • Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
	Mme ANTAL Maria Cristina MMD3 / PO210	NRFO CS	• Pôle de Biologie • Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
	ARNAUD Laurent PO186	NRFO NCS	• Pôle MRPED • Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
	BACHELLIER Philippe PO204	NRFO 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 Sébastien PO205	NRFO CS	• Pôle de Biologie • Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil • Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.55 Immunologie (option biologique)
	BAUMERT Thomas PO207	NRFO CS	• Pôle Hépatogastro-entérologie de l'Hôpital Civil • Institut de Recherche sur les Maladies vésicales et hépatiques / HC	52.01 Gastro-entérologie néphrologie Option : néphrologie
	Mme BEAU-FALLER Marie MMD3 / PO170	NRFO NCE	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	BLAUJOUX Remy PO168	NRFO CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neurocognition interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	BOCHERON Françoise PO208	NRFO NCS	• Pôle médecine-chirurgie de l'Enfance • Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
	BERNA Fabrice PO184	NRFO CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie • Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
	BERTSCHY Gilles PO213	NRFO CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale • Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
	BIERRY Guillaume PO175	NRFO NCS	• Pôle d'Imagerie • Service d'Imagerie II - Neuroimagerie-imagerie ostéoarticulaire - Pédiatrie / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	BILWUL Fazel PO174	NRFO CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CNP • Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	46.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
	BLANC Frédéric PO210	NRFO NCS	• Pôle de Gériatrie • Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Roberteau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et soins du vieillissement
	BODIN Frédéric PO187	NRFO NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie • Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlures
	BONNEMANS Laurent MMD3 / PO215	NRFO NCS	• Pôle médecine-chirurgie de l'Enfance • Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
	BONNOMET François PO217	NRFO CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur • Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BOURCIER Tristan PO216	NRFO NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Optimologie / SMO • Service d'Optimologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Optimologie
	BOURGIS Pierre PO225	NRFO CS	• Pôle Tête et Cou - CETD • Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
	Mme BRIGAND Cécile PO202	NRFO NCE	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation • Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
	BRIANT-ROCHER Catherine PO223	NRFO CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur • Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
	Mme CAILLARD-CHELMANN Sophie PO177	NRFO NCE	• Pôle de Spécialités médicales-Optimologie / SMO • Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.01 Néphrologie

NOM et Prénoms	C*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0022	NRPS NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipain • Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHARGE Nabli P0023	NRPS CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardiovasculaire • Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire : médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0113 / P0117	NRPS NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur • Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0025	NRPS NCS	• Pôle de Pathologie thoracique • Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0033	NRPS NCS	• Pôle Tête et Cou - CETO • Serv. d'Otorhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Florence P0041	NRPS CS	• Pôle de Biologie • Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.55 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPS CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur • Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0103	NRPS NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR • Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation : Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0116 / P0229	NRPS NCS	• Pôle Tête et Cou-CETO • Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bertrand P0048	NRPS CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie • Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de DALL Frédéric P0049	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique • Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPS CS	• Pôle Tête et Cou - CETO • Centre d'Investigation Clinique (CIC) - ICM / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0048	RP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETO • Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DEBUELLE Philippe P0105	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique • Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.05 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPS CS	• Pôle de Biologie • Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0106	NRPS NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur • Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Nabila P0055	NRPS NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sylvie P0176	NRPS CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur • Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAF-KREMER Sabine P0060	NRPS CS	• Pôle de Biologie • Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAUDOT François P0216	NRPS NCS	• Pôle de Pathologie digestive, hépatique et de la transplantation • Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0062	NRPS NCS	• Pôle de Pathologie thoracique • Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0206	NRPS NCS	• Pôle d'Oncologie-Hématologie • Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie : Transfuser Option : Hématologie
GALLIX Benoît P0214	NCS	• ICH - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.03 Radiologie et Imagerie médicale
GANNIG Matth P0063	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie • Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0021	NRPS NCS	• Pôle d'Imagerie • Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0065	NRPS NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / EMO • Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRPS CS	• Pôle de Pathologie thoracique • Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0066	NRPS NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire • Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire : médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
GROUDEL Philippe P0065	NRPS CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOCHOT Bernard P0066	NRPS 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 Marie P0067	NRPS 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	NRPS CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) • Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPS CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.05 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.05 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0229	NRPS NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipain • Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Interne-Réanimation
HIRSCH Edouard P0073	NRPS NCS	• Pôle Tête et Cou - CETO • Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0104	NRPS NCS	• Pôle d'Imagerie • Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0108	RP0 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation • Institut Universitaire de Réadaptation / Clermont	45.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoit P0075	NRPS CS	• Pôle de Biologie • Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIER Nathalie P0075	NRPS 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 JESSE-MOREL Laurence P0211	NRPS NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire • Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Génétique • Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Roberteau • Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Roberteau	50.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CE*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRFO NCS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRAED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Acidologie Med.BHC	54.04 : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romant P0090	NRFO NCS	- Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 : Pneumologie
KINCO Michel P0185	NRFO NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.05 : Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRFO CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.05 : Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0035 / P0173	NRFO CS	- Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neurologie, Otorhinolaryngologie - Pédiatrie / HP	43.02 : Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0176	NRFO CS	- Pôle médian-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie HP/HP)	54.01 : Pédiatrie
KURYZ Jean-Léonard P0088	NRFO NCS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Hématologie / ICANS	47.02 : Option : Cancérologie (option clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0093	NRFO CS	- Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	46.03 : Psychiatrie d'adultes - Addictologie (Option : Addictologie)
LANE Hervé P0092	NRFO NCS	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.54 : Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRFO CS	- Pôle médian-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital Hautepierre	54.01 : Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRFO NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 : Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0100	NRFO NCS	- Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neurologie, d'Imagerie Otorhinolaryngologie et Interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	42.01 : Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0101	NRFO CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	42.09 : Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSBERG Dan P0093	NRFO NCS	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 : Dermato-vénérologie
LIVERNEUX Philippe P0094	NRFO NCS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 : Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRFO NCS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Onco-hématologie / ICANS	47.02 : Cancérologie - Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0096	NRFO NCS	- Pôle de Biologie - Département Génétique fonctionnelle et cancer / GSBMC	54.50 : Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0095	NRFO NCS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.05 : Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0205	NRFO NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 : Pneumologie / Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRFO CS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Biologie / ICANS	54.03 : Gynécologie-Obstétrique - Gynécologie Médicale
MAUVEUX Laurent P0102	NRFO CS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 : Hématologie - Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRFO CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 : Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRFO NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PM HUS	45.02 : Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	NRFO CS	- Pôle d'Anesthésiologie / Réanimation chirurgicale / SAMU- SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	46.01 : Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alan M0083 / P0223	NRFO NCS	- Institut de Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 : Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRFO NCS	- Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 : Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEDANI Fehat P0106	NRFO CS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antitoxin - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	46.02 : Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRFO CS	- Pôle de Pharmacologie-pharmacologie - Labor. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- (CA7265) / Fac	46.03 : Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRFO NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 : Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRFO CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.55 : Néphrologie
MUTTER Didier P0111	NRFO NCS	- Pôle Hépatogastro-entérologie / Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 : Chirurgie digestive
NAMER Izzi Jacques P0112	NRFO CS	- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Médicale / ICANS	43.01 : Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRFO NCS	- Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 : Cancérologie - Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOËL Eric M0111 / P0218	NRFO NCS	- Pôle d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	46.01 : Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Michael P0217	NRFO NCS	- Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie vasculaire et cardio-vasculaire / NHC	43.02 : Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRFO CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 : Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRFO NCS	- Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 : Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PALLARD Catherine P0100	NRFO CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie II / Hôpital de Hautepierre	54.01 : Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRFO NCS	- Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicale / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche et pédagogie des sciences de la santé / Faculté	46.05 : Réanimation - Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgence

NOM et Prénoms	GE*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Sylvie P0117	NRP0 NCS	- Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 : Chirurgie digestive
RESSAUX Patrick P0118	NRP0 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	CDs	- ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 : Cancerologie / Radiothérapie Option : Cancerologie Clinique
PYOT Xavier P0120	NRP0 NCS	- ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 : Cancerologie / Radiothérapie Option : Cancerologie Clinique
POTTECHER Julien P1031	NRP0 CS	- Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales : SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicales/Hautepierre	48.01 : Anesthésiologie-réanimation Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIERVIC Alain P0123	NRP0 NCS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et Nutrition / HP	44.04 : Nutrition
PROUST François P0122	NRP0 CS	- Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 : Neurochirurgie
P. RAUL, Jean-Sébastien P0125	NRP0 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 Juan-María P0126	NRP0 NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritionnelle / HP	52.01 : Option : Gastro-entérologie
Le RIGOUI Roméo P0127	NRP0 NCS	- Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 : Biochimie et biologie moléculaire
ROFFI Serge P0128	NRP0 CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 : Chirurgie générale
ROUAIN Benoît P0003 / P0224	NRP0 NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 : Chirurgie générale
Mme ROUSSEAU-BERNARD Sylvie P0130	NRP0 NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Hautepierre	54.01 : Pédiatrie
ROUL Gérard P0132	NRP0 NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 : Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	- Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie II - Imagerie vasculaire et cardio-vasculaire / NHC	43.02 : Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0133	NRP0 NCS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 : Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0135	NRP0 NCS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	50.02 : Ophtalmologie
SAULIERE Eric-André P0136	NRP0 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 biologie)
SAUSSENE Christian P0143	RP0 CS	- Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 : Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP0 CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	50.02 : Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0151	NRP0 NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 : Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP0 CS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolice - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 : Réanimation
Mme SCHROEDER Carmen P0145	NRP0 CS	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 : Pédopsychiatrie / Psychiatrie
SCHULTZ Philippe P0146	NRP0 NCS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	50.01 : Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0153	NRP0 CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritionnelle/HP	52.01 : Gastro-entérologie / Hépatologie / Addictologie Option : Hépatologie
EBILIA Juan P0148	NRP0 NCS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 : Rhumatologie
STEFAN Dominique P0150	NRP0 CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 : Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation vasculaire / NHC	51.04 : Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 : Neurologie
VELLIN François P0155	NRP0 CS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie I - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 : Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 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 / Faculté	46.01 : Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologie)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Métabolisme/HC	52.01 : Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre P0158	NRP0 CS	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	49.03 : Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphanie P1038	NRP0 NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 : Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologie)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	- Pôle de Génétique - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp Robertsau	51.01 : Option : Génétique et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 : Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CI*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0001	MRP6 MCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation • Service de Chirurgie Générale et de Transplantations hépatogastro / HP • Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HS	53.02 - Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	MRP6 CE	• Pôle Tête et Cou • Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepeire	40.01 - Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepeire - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM : Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou MCS (Non Chef de service hospitalier) Csp : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

RP6 : Pôle RP6 (Responsable de Pôle) ou MRP6 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultant hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur

(1) En surmembre universitaire jusqu'au 31.08.2016

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

(3) En surmembre universitaire jusqu'au 31.08.2016 (4) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) -> 31.08.2017

(5) En surmembre universitaire jusqu'au 31.08.2016 (6) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) -> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CI*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVES Laurent	MRP6 CE	• Pôle Spécialité médecine - Otorhinolaryngologie / SMO • Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERGELZER François	CS	• Pôle Hépatogastro • Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie • Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CE	• Pôle Tête-Cou • Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

MD142			
NOM et Prénoms	CE*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADIN Arnaud MD01		• Pôle d'Imagerie • Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine MD105		• Pôle d'Imagerie • Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancerologie - Radiothérapie
Mme AYMÉ-DIETRICH Estelle MD117		• Pôle de Pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	45.05 Pharmacologie fondamentale pharmacologie clinique ; toxicologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie MD016		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille MD091		• Pôle d'Imagerie • Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOLISQUES Olivier MD062		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie MD048		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / FTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline MD129		• Pôle d'Imagerie • Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARUPITO Raphaël MD113		• Pôle de Biologie • Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto MD118		• Pôle d'Imagerie • Service d'Imagerie A, Interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène MD124		• Pôle Télé-Cou • Service de Neurochirurgie / HP	46.02 Neurochirurgie
CERAILLE Jocelyn MD112		• Pôle de Biologie • Département de Biologie structurale intégrative / IGBMC	47.02 Cancerologie - Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas MD130		• Pôle de Biologie • Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOUQUET Philippe MD114		• Pôle d'Imagerie • UPR237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE JUHL Raphaël MD151		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipanique • Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	46.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela MD138		• Pôle d'activité médico-éthologique Cardio-vasculaire • Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DAL-YOUCF Ahmed Nassim MD117		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELORME Jean-Baptiste MD130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation • Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier MD019		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DIINKELACHER Vers MD121		• Pôle Télé et Cou - CETD • Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	46.01 Neurologie
DOLLE Pascal MD071		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina MD024		• Pôle de Pathologie thoracique • Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey MD034		• 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
FELTEN Renaud MD138		• Pôle Télé et Cou - CETD • Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXIS / Hôpital de Hautepierre	46.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Anesthésie
FLISSETTI Denis MD025	CS	• Pôle de Biologie • Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / FTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack MD027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale • Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GARTNER Pierre MD132		• Pôle de Biologie • Laboratoire Institut de Virologie / FTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie - Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIES Vincent MD140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • Service de Médecine interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine MD173		• Pôle de Biologie • Institut (Laboratoire) de Bactériologie / FTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-clinique (biologique)
GUERIN Eric MD042		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.05 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien MD125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSING-RASTER Laura MD118		• Pôle d'Imagerie • Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBBLE Fabrice MD033		• 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
KASTNER Philippe MD045		• Pôle de Biologie • Département Génétique fondamentale et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Virginie MD038		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume MD126		• Institut d'Anatomie féminine / Faculté de Médecine	43.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agnès MD139		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation • Institut Universitaire de Réadaptation / Osmantau	46.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie MD040		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMNES Barbara MD041		• Institut d'Hygiène / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie • Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytopathologie (option biologique)
LAVALUX Thomas MD042		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	C#	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENDORMAND Cécile M0103		- Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Berni M0110		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0048		- 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
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 Ap. GUNTHER M0049	C5	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0105		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / 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 NOLLE Nathalie M0111		- Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PYAFF Alexandre M0053		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PICHON Amélie M0104		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (type clinique)
Mme PORTER Louise M0130		- Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
PREVOST Odile M0057		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0106		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Hôpital Civil	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme REIX Nathalie M0055		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICAN	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme RICH Marianne M0141		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROQUE Patrick (et AZ) M0060		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	47.01 Hématologie - transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLAND Delphine M0121		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	43.01 Neurologie
Mme RUPPERT Elisabeth M0108		- Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SABOU Alina M0056		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	47.04 Génétique
Mme SCHEDECKER Sophie M0122		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Hôpital Civil	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
SOHRAIM Frédéric M0046		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie : hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SOUS Margane M0120		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme SORDET Christelle M0069		- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRHED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme TALAGRAND-REBOUL Emile M0142		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	44.02 Physiologie (option clinique)
TALHA Samy M0070		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	54.02 Chirurgie infantile
Mme TALON Isabelle M0102		- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
TELETIN Marie M0071		- Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	47.01 Hématologie : transfusion Option Hématologie Biologique
VALLAT Laurent M0034		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie : hygiène hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurelie M0123		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme VILLARD Odile M0076		- Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac.	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme WOLF Michèle M0010		- Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
Mme ZALOSZYC Anine Ap. MARCANTON M0116		- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Hautepierre	44.02 Physiologie (option clinique)
ZOLL Jeffrey M0017		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Dr BONAFI Christian (mme)

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Épidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

M. KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
M. LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe MIS / Faculté de Médecine	65	Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianne MDR2	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
M. ZIMMER Alain	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr-As. GRIES Jean-Luc	MDR64	Médecine générale (01.09.2017)
Pr-As. GROB-BERTHOUD Anna	MDR106	Médecine générale (01.09.2015)
Pr-As. GULLOU Philippe	MDR86	Médecine générale (01.11.2013)
Pr-As. HILD Philippe	MDR80	Médecine générale (01.11.2013)
Pr-As. ROUGERIE Fabien	MDR87	Médecine générale (01.09.2014)

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

Dre CHAMBE Juliette	MDR107	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

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

Dre DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2018 au 31.08.2019)
Dre SANBELME Anna-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	MDR85	Professeurs certifiés d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme CANDAS Peggy	MDR86	Professeurs agrégés d'Anglais (depuis le 01.09.09)
Mme SEEHENBOUR Maria-Noelle	MDR87	Professeurs certifiés d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	MDR88	Professeurs certifiés d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Suzanne	MDR89	Professeurs certifiés d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Haute-pierre
Dr DE WARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie • Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dr GÉNIARD Bénédicte	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacopneumologie • Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie • Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertine
Mme Dr LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU-S - Médecine Intensive et Réanimation • Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussière (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMD) • Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie • Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dr MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie • Secteur Entretien / Hôpital de la Robertine
Dr MISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au Travail • Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dr PETIT Fionn	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMD) • UCSA
Dr FIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique • Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie - SMD • «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr BONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomoteur • Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dr ROMGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique • Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMARDY Olivier	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie • Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dr WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU-S - Médecine Intensive et Réanimation • SAGE

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- de droit et à vie (membres de l'Institut)
CHAMBERON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- pour trois ans (1^{er} avril 2010 au 31 mars 2022)
Mme STELLI Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- pour trois ans (1^{er} septembre 2012 au 31 août 2022)
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme GUDIX Elisabeth (Pneumologie)
- pour trois ans (1^{er} septembre 2020 au 31 août 2022)
BELLOC Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANON Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- pour trois ans (1^{er} septembre 2021 au 31 août 2024)
DANON Anne (Psychiatrie, addictions)
DIEMUNSH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
HERBRECHT Pascal (Hématologie)
STEBB Jean-Paul (Chirurgie du rectum)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. BOLET Luc CNU-01 IRCAI (01.08.2009 - 30.08.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.08.2015-30.08.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITÉ

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LANG Walter G.	(2019-2020)
Pr MAYE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pr ROMGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADL OFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.04	KUNTZMANN Emile (Généraliste) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.08
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie-obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et Traumatologie) / 01.10.08
BARESS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.18
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.85	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.85
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONGCHOFFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.18
BERTHEL Marc (Généraliste) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et Biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCK Jean-Frédéric (Médecine interne) / 10.10.17	MANDEL Jean-Louis (Généraliste) / 01.09.18
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.05	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHMBOERGER Rudy (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Régulation médicale) / 01.10.04
BOURLAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.10
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.15
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.09	MARK Jean-Jacques (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.08
BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEISSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURKHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.85	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZECH Claude (Pédiopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAMTEAU Alain (Médecine et Santé au Travail) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Biochimie) / 01.09.11
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MOISSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.08
CHAMPEY Maxime (Névrologie) / 01.10.05	OURTIER Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUAULT Jean-Louis (Omniscience clinique) / 01.09.15
CHELLEY Jemeladine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIC Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Genevieve (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERIE Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 01.10.18	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.09	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO Andre (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.08
DIELMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFCEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFREYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Rés. Chir.) / 01.09.13	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FABRE Michel (Cytopathologie et histologie) / 01.09.02	SCHLAEGER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHLENGER Jean-Louis (Médecine interne) / 01.09.11
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.05	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GAY Gérard (Neuro-gastro-entérologie) / 01.09.13	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.05
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	STERLE Jean-Luc (GRL) / 01.09.10
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	STOLL Claude (Généraliste) / 01.09.09
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HAUTMANN Georges (Chimie biologique) / 01.09.08	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.08
HOEDEL Ernst (Dermatologie) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
MILNER Henri (Médecine interne) / 01.09.08	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACOMIN Didier (Urologie) / 09.09.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JACOB Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WATTEZ André (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.21
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.08	WILHELM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.09.08	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.10
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.10	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.05
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.06
KURTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine - 4, rue Kirchsteig - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.85.35.20 - Fax : 03.88.85.35.16 ou 03.88.85.34.87

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- HUS - **Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.55.07.08
- HUS - **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.87.68
- HUS - **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Mérieux - B.P. 48 - F - 67086 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- HUS - **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmrich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- HUS - **Hôpital de l'Esau** : 18, rue Gramsch - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.88

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Odontologique : 19, rue Louis Pasteur - B.P. 120 - 67033 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.83.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 66 - F - 67403 Bischwiller Cedex - Tél. : 03.88.55.30.00

E.F.I. - Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spiermann - B.P. N°30 - 67095 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauch" : 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) : 43 boulevard Clemenceau - 67062 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 FACULTE A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRESENTES DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES
A 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'Etre 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.

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Christophe Weber,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous en suis très reconnaissant. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Madame la Professeure Cécile Brigand,

Vous avez accepté de juger ce travail et d'être membre du jury, je vous en remercie. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Madame la Docteure Juliette Chambe,

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury. Recevez ici ma sincère gratitude.

Madame la Docteure Léa Charton,

Merci infiniment d'avoir accepté de diriger ce travail. Tes idées toujours pertinentes et ta disponibilité furent précieuses. Je suis admiratif de ton dévouement malgré toutes tes occupations.

Monsieur le maître de conférences Nils Kessel,

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail, recevez mes sincères remerciements.

Merci aux médecins rencontrés lors de mon cursus :

Au Dr Balducci, l'association parfaite entre humour et professionnalisme. C'est au pied du lit que l'on apprend.

Au Dr Husson, merci de ta sympathie et de ton professionnalisme. Ce tout premier stage d'interne ne fut pas si terrible grâce à toi.

Au Dr Schlegel, pour m'avoir fait découvrir les rouages de la médecine générale en autonomie et auprès de vos patients qui vous aiment tant.

Au Dr Vogt, ton engagement et ton accès sont en grande partie à l'origine de ce travail. Merci pour la découverte de la pratique en milieu précaire.

Merci à ma famille :

Merci à mes parents.

Maman, la charge mentale ne te fait pas peur, omnipotente en tout temps et tout lieu, tu es un cocon protecteur et une rampe de lancement parfaite pour cette vie. Ta pugnacité et ta douceur sont ancrées en moi. Ton amour inconditionnel n'a pas de prix.

Papa, ton goût de l'aventure, de l'effort en nature et ta clairvoyance me sont très précieux. J'aimerais lire la fierté dans tes yeux, pas pour l'avancée des études mais pour l'ensemble de ma vie. Tu restes une étoile brillante dans la nuit, un guide, j'espère transmettre tes valeurs et ta joie de vie. « Gardons-nous bien de poser des conclusions hâtives ».

S'apprêter à exercer à 2 pas du lieu de votre union est un véritable bonheur.

A Lucile, pour le développement continu de l'esprit critique et ta philosophie de vie pleine de recul, la quête du bonheur perpétuelle.

A Romain, toujours sur le pont pour nous recevoir et trouver le positif dans chaque situation.

A Albin et Justine, vous avez remis le bonheur au milieu de notre famille.

A Philippe, merci de toujours me tirer vers le haut, pour ta fierté et ton entrain dans chaque projet, prêt à sabrer le champagne dans la réussite.

A Catherine, Roland et Julien, vous m'avez ouvert en grand votre maison dès les débuts. Votre humour et votre recul dans les bons comme dans les mauvais moments sont admirables. Merci de votre expertise en tout problème du quotidien.

A la famille Gatier et au régiment de fromage blanc.

A la famille Boireau-Desbois, l'ouverture d'esprit au centre du village. A la plus belle des Mémé !

Merci à mes amis :

Aux autunois, des amitiés qui ont compté et qui resteront les mêmes au prochain rendez-vous. Merci Nils pour tous ces moments de rire et de détente pendant ces années âpres. Ou âcres.

A Martin, copain dans l'effort et le réconfort. A Greg et Aurélie pour ces voyages incroyables et cette ambiance !

Aux chalonnais, merci de m'avoir accueilli comme l'un des vôtres.

A Johan, inclassable entre ami et famille. La transition alsacienne a été aisée grâce à toi. Ton entrain pour l'apéro et la course à pied est un moteur.

A l'équipe de Toulon, les prochaines aventures s'écritront avec vous et s'annoncent épiques.

Aux nouvelles rencontres parodiennes, Bertrande et Thomas, une amitié qui s'annonce longue et forte.

A l'équipe pharma de Dijon et leur mac, plus d'une décennie à se supporter et se suivre. Des liens forts et durables tissés à vie. Spéciale dédicace à mon compagnon de fortune de toujours, Arnaud et son adresse légendaire. Non, il y a match nul !

A Guillaume et Annaëlle, comme une évidence de s'être rencontré et de se plaisir, le Karma ! Toujours hâte d'être au prochain WE de retrouvailles.

A Mathieu, une amitié représentant 2/3 de nos vies, des périodes plus distantes mais toujours fortes et indemnes aux retrouvailles. J'aurais toujours une compote dans ma poche, pour toi et César.

Merci à toi :

Anaïs, plus d'une décennie que nous partageons notre chemin. Tu rends tout plus facile (dont cette thèse !), plus lumineux et coloré, même quand le réveil sonne trop tôt. Tes encouragements, ta folie et ta bonne humeur me permette de m'accomplir, de prendre du recul et d'essayer de mieux-faire. Toujours positive et pleine de projets, tu me fais le plus beau des cadeaux en devenant papa. Tu me rends plus vivant. Les aventures sont belles à tes côtés. Merci Anafranil !

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	16
LISTE DES TABLEAUX	17
INTRODUCTION	18
1. Les rendez-vous manqués	18
a) État des lieux	18
b) Quels impacts ?	19
c) Conclusion.....	19
2. La précarité	20
3. Les inégalités sociales de santé.....	21
4. La complémentaire santé solidaire	22
5. Problématiques.....	23
MATERIELS ET METHODES	25
RESULTATS.....	27
1. Première partie : étude qualitative pour les patients bénéficiaires de la CSS.....	29
a) Absences au rendez-vous : Raisons évoquées par les patients bénéficiaires de la CSS	29
b) Réception du SMS de rappel	36
c) Auto-évaluation de la santé des patients bénéficiaires de la CSS.....	36
2. Deuxième partie : étude qualitative pour les patients non bénéficiaires de la CSS	38
a) Absences au rendez-vous : Raisons évoquées par les patients non-bénéficiaires de la CSS.....	38
b) Réception du SMS de rappel	40
c) Auto-évaluation de la santé des patients non bénéficiaires de la CSS.....	40
3. Troisième partie : étude quantitative	41
a) Comparaison des scores EPICES	41
b) Évaluation de l'amélioration de leur santé après la reprise du rendez-vous.....	41
c) Étude quantitative de la population : facteurs de vulnérabilité	43
DISCUSSION	45
CONCLUSION	57
ANNEXES	60
BIBLIOGRAPHIE.....	66

LISTE DES ABREVIATIONS

ACS : Aide à la complémentaire santé

ALD : Affection longue durée

AME : Aide médicale d'état

CMU : Couverture maladie universelle

CMU-c : Couverture maladie universelle complémentaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSS : Complémentaire santé et solidaire

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

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

ISS : Inégalités sociales de santé

MSP : Maison de Santé pluridisciplinaire

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

RDV : Rendez-vous

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

UFML : Union française pour une médecine libre

URPS : Union régionale des professionnels de santé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Résumé des caractéristiques de la population.....	28
Tableau 2 : Résumé des données des absences aux rendez-vous et des consultations suivant cette absence	42
Tableau 3: Résumé des données quantitatives des facteurs de vulnérabilité	44

INTRODUCTION

1. Les rendez-vous manqués

a) État des lieux

En France, 28 millions de rendez-vous médicaux par an ne seraient pas honorés par les patients, toutes spécialités confondues (1). En effet, 15% des Français (dont 1/3 entre 20 et 30 ans) avouent avoir déjà manqué un rendez-vous avec leur médecin (2). Quatre-vingt-dix à 97% des médecins sont confrontés à cette problématique.

Ross McQueenie, professeur de médecine générale, a mené une étude à grande échelle sur les rendez-vous manqués en Écosse. Il a identifié, comme principales causes de rendez-vous manqués, les troubles de l'attention, les troubles psychiatriques, l'anxiété sociale et une faible capacité cognitive (3).

D'après l'étude menée par l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) de Bourgogne Franche-Comté en 2013, parmi les 28 millions de rendez-vous manqués par an, 60% le seraient par des patients en tiers-payant social, bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) (1). Cette étude n'explore cependant pas les raisons de cette forte prévalence d'absence aux rendez-vous au sein de cette population. Elle n'explore pas non plus leurs conditions de vie et leurs difficultés.

D'autres études montrent que les rendez-vous manqués sont plus fréquents chez les patients jeunes et précaires (4–6).

A contrario, dans une étude réalisée aux États-Unis, sur 60 patients pris en charge en clinique d'orthodontie, aucune différence de compliance entre ceux bénéficiant de Medicaid et les autres n'a été retrouvée (7).

Affirmer un lien de causalité entre précarité et absence aux rendez-vous n'est donc pas possible tant il semble multifactoriel.

b) Quels impacts ?

- Pour les patients

L'étude écossaise de Ross McQueenie, la première de grande ampleur sur ce sujet, menée entre 2013 et 2016, montre une élévation des décès chez les patients ayant manqué plusieurs rendez-vous (3). Il conclut par « *les rendez-vous manqués représentent un marqueur significatif de risque de mortalité, toutes causes confondues, à court terme, en particulier chez les patients souffrant de pathologie mentale.* »

Ainsi, 5% des patients ayant raté au moins 2 rendez-vous par an sont décédés l'année qui a suivi. Ce taux est plus important que dans la population générale, et significativement augmenté chez les patients suivis en psychiatrie et en affection longue durée (ALD).

- Pour les professionnels de santé

Pour les médecins, l'organisation des soins, l'activité et le confort de travail sont perturbés.

L'association « Femme médecin libérale » proposait la rédaction d'une charte comprenant un supplément à régler lors de la consultation qui suit un rendez-vous manqué. Le syndicat union française pour une médecine libre (UFML), syndicat jugé représentatif pour les médecins généralistes et spécialistes libéraux (plus de 10% des suffrages exprimés aux 2 élections en 2021) propose, quant à eux, de faire régler les consultations manquées en lançant une pétition sur Internet (8).

c) Conclusion

Plusieurs études quantitatives ont donc mis en évidence que les patients ne venant pas à leur rendez-vous en médecine de 1^{er} recours étaient les plus fragiles, autant par leur état de santé qu'au niveau social. Ils sont, par conséquent, les plus à risque d'une mortalité précoce.

Nous pouvons donc penser que les rendez-vous manqués doivent être pris comme un signal d'alerte et non comme un mésusage du système de santé. Comprendre les raisons des rendez-vous manqués par ces patients fragiles et précaires, pourrait permettre une évolution

organisationnelle des cabinets de médecine générale. Cela permettrait de mieux prendre en charge ces patients qui peuvent sembler démissionnaires des soins.

2. La précarité

Joseph Wresinski, fondateur d'Agir tous pour la dignité (ATD) Quart Monde, a défini ce qu'était la précarité dans son rapport au Conseil économique et social de février 1987. Elle correspond à l'absence d'une ou plusieurs sécurités permettant aux personnes d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux (9).

Il existe cependant différents niveaux de précarité. Elle se retrouve dans toutes les catégories sociales. Selon le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), la précarité toucherait 20 à 25% de la population en France. Elle serait liée principalement à un enchaînement d'événements et d'expériences aboutissant à des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. Le processus de précarisation s'accompagne d'une souffrance psychique qui peut conduire à une véritable dégradation de la santé (10).

Un score, créé et standardisé en 2005, permet d'évaluer la précarité : le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé). Celui-ci évalue individuellement le niveau de précarité de manière multifactorielle. Les analyses montrent que ce score est fortement lié à la position sociale, au mode de vie et à l'accès aux soins et à la santé (11).

Évaluer le statut socio-économique ainsi que le niveau de précarité de chaque patient semble indispensable pour améliorer les soins proposés. En effet, cela permet de réduire le fossé cognitif qui existe entre le médecin et son patient lorsqu'ils appartiennent à des classes socio-économiques différentes.

La précarité, qui existe dans tous les pays, ainsi que les inégalités sociales qu'elle engendre, sont croissantes en France depuis plusieurs décennies (12). Ces inégalités sont évaluables dans le domaine de la santé par l'étude de déterminants, composés de facteurs sociaux et économiques, influençant la santé des patients.

3. Les inégalités sociales de santé

La définition des inégalités sociales de santé (ISS) est large et non consensuelle. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il s'agit des « *différences d'états de santé et de soins infondés, injustes et évitables, à cause de circonstances économiques ou sociales* » (13).

Dans les pays développés, dont la France, l'espérance de vie et la santé se sont améliorées progressivement depuis plusieurs décennies. La France possède même la plus grande espérance de vie d'Europe à 65 ans (14). Cette amélioration concerne surtout les catégories socio-économiques favorisées, créant des ISS (15). De plus, les populations défavorisées subissent la « double peine », ayant également une espérance de vie sans incapacité inférieure (16).

Ces ISS ne se limitent pas seulement aux groupes extrêmes de l'échelle sociale, mais il existe un réel « gradient social de santé ». L'état de santé se dégrade progressivement de haut en bas de l'échelle sociale. Selon Thierry Lang, membre du Haut Conseil de la Santé Publique (HSCP), « *les inégalités sociales de santé sont systématiques, les différences ne sont pas distribuées au hasard, mais selon un schéma constant dans la population, socialement construites et donc injustes et modifiables* » (17).

Une étude de 2004, coordonnée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), montre que les comportements individuels n'expliquent pas à eux seuls l'état de santé des individus et les écarts de santé entre les groupes sociaux. Les comportements préjudiciables à la santé apparaissent associés aux positions inégales que les personnes occupent dans la hiérarchie sociale. L'état de santé résulte de l'action de déterminants socio-environnementaux (18). Par exemple, d'après une étude britannique, la mortalité cardiovasculaire est plus importante au sein des populations précaires sans aucun facteur de risque supplémentaire identifié (19).

Ces ISS engendrent une prise en charge, une promotion de la santé et des dépistages différents.

4. La complémentaire santé solidaire

Pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et ainsi tenter de limiter les ISS, une des réponses politiques a été la création de la couverture maladie universelle (CMU) et de l'aide médicale d'état (AME) en 2000. La CMU a été réformée en complémentaire santé solidaire (CSS) en 2019.

Historiquement, la CMU et sa complémentaire, la CMU-c, ont été créées pour remplacer une aide médicale pour l'accès aux soins dépendant des départements. Cette aide était cependant inégalitaire en fonction des départements et les démarches nécessaires à son accès étaient compliquées. La CMU permettait aux personnes les plus démunies d'accéder aux soins sans avance de frais, mais n'était accessible qu'aux revenus les plus bas, le seuil fixé étant inférieur à celui de pauvreté en France. En 2005 est créé l'aide à la complémentaire santé (ACS) pour pallier cet effet seuil et permettre à la population dont la limite est à peine supérieure de bénéficier d'une complémentaire santé, avec une participation mineure, indexée à leurs revenus.

Cependant, l'ACS peinait à remplir ses objectifs : plus de la moitié des personnes éligibles n'en faisaient pas la demande et près d'un quart n'utilisaient pas leur attestation-chèque pour souscrire à une mutuelle habilitée. Devant ce constat et la complexité de ce système, en 2018, la CMU, la CMU-c et l'ACS ont été fusionnées pour devenir la CSS. Cette dernière ouvre aux mêmes droits que la CMU-c, moyennant une participation financière, indexée sur les revenus, pour les anciens bénéficiaires de l'ACS. Le ministère de la Santé espère ainsi diminuer le renoncement aux droits et aux soins (10 millions d'éligibles pour 7 millions de bénéficiaires de la CMU-c et de l'ACS) (20).

En 2019, la CSS concernait 5,85 millions de personnes (+4,3% par rapport à 2018), dont 94% de moins de 60 ans et 43% de moins de 20 ans. Les bénéficiaires de l'ACS sont 1,7 millions en 2019 (21).

La CSS donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé, y compris à l'hôpital. Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. De plus, pour faciliter l'accès aux soins, les bénéficiaires ne règlent pas directement leurs dépenses de santé, mais bénéficient d'une dispense d'avance des frais.

L'obtention de la CSS nécessite de remplir plusieurs conditions : celles de bénéficier de l'assurance maladie (toute personne avec la nationalité française ou qui réside en France de manière stable et régulière, depuis plus de 3 mois, et affiliée à la sécurité sociale) ; et de ne pas dépasser les plafonds de ressources fixés en fonction de la taille de la famille.

Les patients de nationalité étrangère, en situation irrégulière depuis plus de 3 mois sur le sol français, peuvent quant à eux prétendre à l'AME pour bénéficier du tiers payant.

5. Problématiques

Selon l'étude de l'URPS, les patients en situation de précarité sont susceptibles de manquer plus de rendez-vous que la population générale avec leur médecin généraliste (1). L'étude présente cependant de nombreux biais méthodologiques et contribue à stigmatiser les populations les plus précaires. Elle n'explore pas leurs conditions de vie et leurs difficultés. Ces patients vivent au jour le jour et ont du mal à se projeter dans l'avenir (22).

Les rendez-vous manqués sont un marqueur de risque de mortalité à court terme, la morbi-mortalité étant déjà plus élevée dans cette population dû à l'effet « double peine » des ISS.

Mieux appréhender les mécanismes amenant à ne pas honorer ces rendez-vous pourrait être une solution pour améliorer leur prise en charge, leur état de santé et contribuer à diminuer les ISS.

Peu d'études se sont intéressées aux raisons réelles de l'absentéisme des patients bénéficiant du tiers payant social.

Quelles sont les raisons les poussant à ne pas honorer leur rendez-vous, en médecine générale ? Et leurs raisons évoquées sont-elles différentes des patients ne bénéficiant pas de la CSS ?

Par ailleurs, quelle priorité donnent-ils à leur santé ? Existe-t-il un lien entre le degré de leur précarité, leur absence aux rendez-vous (RDV) médicaux et la perception qu'ils ont de leur santé ?

L'objectif principal est d'évaluer les raisons de l'absentéisme des patients de 10 médecins généralistes exerçant en maison de santé pluridisciplinaire (MSP).

Les objectifs secondaires sont d'estimer l'apport de la consultation suivante (si elle a lieu) sur l'état de santé du patient, d'évaluer le ressenti de ces patients sur leur état de santé et de rechercher un lien entre l'importance de leur précarité, leur absence et la perception de leur santé. Les réponses des patients identifiés comme précaires seront comparées à celle des patients non précaires.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude mixte. Une partie était qualitative et a consisté en des entretiens semi-dirigés par voie téléphonique auprès des patients ayant raté au moins un rendez-vous. Ces entretiens portaient sur les raisons des absences au rendez-vous et l'état de santé ressenti des patients interrogés. Une partie quantitative a aussi été menée grâce à un recueil de données dans les dossiers des patients. Nous avons comparé ces données à celles de la patientèle globale de la MSP (données issues de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)).

Les patients inclus dans l'étude sont les personnes majeures ayant manqué un rendez-vous auprès d'un des médecins généralistes exerçant dans une MSP à Strasbourg pendant la période de recueil.

L'investigateur a relevé tous les rendez-vous manqués chez les 10 médecins généralistes de cette MSP (7 titulaires et 3 internes en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS)) sur une période définie de 15 jours. À l'aide du logiciel de la MSP, les patients non francophones ou non anglophones n'ont pas été contactés afin d'éviter les problèmes de compréhension ainsi que les patients connus pour des troubles psychiatriques délirants.

Les patients ont été contactés par téléphone et leur accord pour la participation à la recherche et l'enregistrement de l'entretien leur a été demandé oralement. Ils pouvaient retirer leur consentement à tout moment du questionnaire.

Ils étaient contactés une première fois. En cas de non-réponse, un message vocal était laissé. S'ils ne rappelaient pas l'investigateur, ils étaient recontactés une seconde puis une troisième fois dans l'intervalle maximum d'une semaine.

Le premier appel avait lieu environ 48 heures après l'absence du patient à son rendez-vous. Ce n'était pas le jour même afin de ne pas donner aux patients la sensation d'être blâmés. C'était maximum 1 semaine après l'absence afin que les patients se souviennent des événements du jour de l'absence.

Une trame d'entretien a été réalisée (Annexe 1). Elle a été testée auprès de personnes n'appartenant pas au milieu médical pour s'assurer de sa compréhension. Elle a été pensée

pour être la moins contraignante au niveau du temps pour le patient tout en restant la plus pertinente possible de manière à obtenir des réponses exploitables.

L'introduction au questionnaire était faite pour informer le patient du motif de recherche et de travail pour lequel il était contacté. Les questions ont ensuite été posées en s'adaptant aux réponses précédentes en suivant la trame d'entretien. Les informations recueillies concernaient la perception de leur santé et de l'accès aux soins, les raisons et le contexte de leur absence au rendez-vous et les informations sociales permettant l'estimation de leur score EPICES.

Ce score a été évalué à la fin du questionnaire pour chaque patient. Il s'agit d'une estimation, le questionnaire ayant été fait pour être rapide et peu contraignant pour les patients.

Il a été également recherché si le rendez-vous manqué devait être assuré par un médecin généraliste titulaire, un remplaçant ou un interne en SASPAS.

De plus, le logiciel de prise de rendez-vous propose un rappel par message téléphonique (Short Message System : SMS), il a été recherché sa bonne réception ainsi que les motifs de la non-annulation du rendez-vous après réception.

Ce travail a été soumis au comité d'éthique. Un avis favorable a été émis le 08 juillet 2021 (Annexe 2).

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement.

RESULTATS

Sur la période de relevé qui a eu lieu entre le 11 octobre 2021 et le 23 octobre 2021, 53 RDV n'ont pas été honorés, dont 21 avec les médecins titulaires, 13 avec un médecin remplaçant et 19 avec un SASPAS. Un total de 1092 RDV a été recensé sur la période, soit 4,9% de rendez-vous manqués. Sur ces patients absents, 14 ont été exclus de notre étude (non francophone, non anglophone et connus pour pathologie psychiatrique délirante) et n'ont donc pas été contactés.

Trente-neuf patients ont donc été appelés entre le 13 octobre 2021 et le 30 octobre 2021 pour des absences entre le 11 octobre 2021 et le 23 octobre 2021.

Sur les 39 patients, 22 ont répondu : 9 dès le premier appel, 4 au 2^{ème} appel et les 9 autres ont rappelé sans avoir écouté le message vocal. Aucun patient n'a refusé de répondre au questionnaire.

En moyenne, les entretiens ont duré 10 minutes et 12 secondes. Le plus long a été de 14 minutes et 36 secondes, le plus court de 5 minutes et 27 secondes, la médiane se situant à 10 minutes et 20 secondes.

Sur les 39 absents, 25 étaient bénéficiaires de la CSS (64%) et 14 ne l'étaient pas (36%).

Sur les 22 réponses, 15 étaient des femmes (68%) et 7 étaient des hommes (32%). Quinze patients étaient bénéficiaires de la CSS (68%) avec 5 hommes et 10 femmes.

Neuf patients (41%) étaient en ALD : 5 pour motifs psychiatriques, 3 pour diabète et 1 pour pathologie hématologique.

L'âge moyen était de 40,4 ans.

Ces données sont résumées dans le tableau 1.

L'intégralité des entretiens est disponible en ligne en scannant le QR Code (Quick Response Code) en Annexe 5.

N° Patient	Sexe H=1/F=0	Age	CSS (0/1)	ALD (0/1)	Type d'ALD
P1	1	47	1	1	Psychiatrique
P2	0	56	1	1	Hématologique
P3	0	34	1	0	/
P4	0	35	1	0	/
P5	0	22	1	0	/
P6	0	43	0	0	/
P7	1	45	1	1	Psychiatrique
P8	0	33	0	0	/
P9	0	37	0	0	/
P10	0	40	1	0	/
P11	1	28	0	0	/
P12	0	37	1	0	/
P13	1	44	0	0	/
P14	0	19	1	0	/
P15	1	60	1	1	AVC et psychiatrique
P16	0	25	1	1	Psychiatrique
P17	0	59	1	1	Diabète
P18	0	52	1	1	Diabète et hépatite C
P19	0	76	0	1	Diabète
P20	0	21	0	0	/
P21	1	47	1	1	Psychiatrique
P22	0	26	1	0	/

*H : homme ; F : Femme ; N° : numéro ; CSS : Complémentaire santé solidaire ;
ALD : Affections longue durée ; AVC : Accident vasculaire cérébral*

Tableau 1 : Résumé des caractéristiques de la population

Les résultats seront exposés en 3 parties.

La première partie s'intéressera spécifiquement aux 15 patients bénéficiaires de la CSS en évoquant les causes de leur absence et leur perception de leur état de santé.

Une deuxième partie sera consacrée aux patients non bénéficiaires de la CSS et dont le plan sera similaire.

Une troisième partie permettra de comparer la situation sociale des 22 patients par le score EPICES, d'évaluer le bénéfice estimé de la consultation qui a suivi leur absence au rendez-vous et d'analyser de manière quantitative les données des patients pour les comparer aux données de la CPAM.

1. Première partie : étude qualitative pour les patients bénéficiaires de la CSS

a) Absences au rendez-vous : Raisons évoquées par les patients bénéficiaires de la CSS

Absences liées à la précarité et aux horaires variables du travail

Le travail passant en priorité est souvent évoqué comme la raison principale d'absences dans les entretiens chez les patients précaires : « Ça a toujours été le travail [la priorité] » dit d'emblée un patient (P3) ; « Je faisais passer le boulot avant la santé » reconnaît un autre patient (P1) avant le suivi de sa maladie chronique découverte récemment.

Le travail imprévu et les horaires variables ont entraîné l'absence à des rendez-vous : « Comme je travaillais, ce jour-là on m'a demandé de faire des heures en plus, et j'ai complètement oublié le rendez-vous » (P2) ; « J'ai oublié, oui. Parce que je travaillais et je suis rentrée chez moi un peu fatiguée et j'ai plus pensé. » (P17).

L'instabilité du travail entraîne également des absences : « J'avais pris le rendez-vous pour ma fille aussi, elle est allée, mais pas moi, j'avais le travail en fait [...] Oui, mais j'ai pas eu le temps d'appeler et après j'ai oublié. » (P4). Cette patiente était à l'essai comme femme de ménage et n'a pas été retenue, car malade du COVID.

Enfin, la précarité du travail et son instabilité peuvent entraîner un changement fréquent d'activité avec plus d'heures supplémentaires pour faire ses preuves ou encore un déménagement : « C'est parce que je déménage en ce moment, et j'ai trouvé un nouveau travail, alors j'ai dû rester plus tard le matin alors j'ai pas pu venir. [...] J'ai pas pu dire non parce que je viens de commencer et si je dois aller voir le médecin minimum tous les mois alors le patron il va se dire qu'il y a un truc qui va pas quoi. » (P21). Ce patient vient régulièrement à la MSP pour renouveler son traitement de substitution aux opiacés. Ce suivi et son travail perturbent le bon déroulement de l'un et de l'autre.

En revanche, certains patients signalent tout de même que le travail leur permet d'avoir un meilleur moral avec un effet positif sur leur santé : « le travail passe pas avant, mais le travail m'aide vraiment [...] Si je travaille pas, après le moral va pas trop donc voilà, y'a la santé qui suit. » (P2) ; « Je travaille aussi, et c'est très important aussi dans ma vie. Ça m'aide trop, parce que c'est super de se couper avec une tâche que j'aime bien. » (P17).

La précarité économique des patients entraîne la priorisation du travail par rapport au suivi de leur santé. Cette fragilité augmente leur stress général et leur charge mentale inhérente.

Absences liées à une charge mentale trop importante sur un terrain de fragilité

Les patients bénéficiaires de la CSS présentent tous un terrain de fragilité sociale, entraînant une gestion de leur vie personnelle difficile et une difficulté à suivre les multiples rendez-vous nécessaires à l'amélioration de leur quotidien. Le rendez-vous chez le médecin peut alors devenir non prioritaire.

Dans notre étude, sur les 10 femmes bénéficiaires de la CSS ayant répondu, 6 sont des mères isolées, 2 sont mariées et les autres sont célibataires. Sur les 5 hommes, 1 est marié, 1 est en couple et les 3 autres vivent seuls.

Une des patientes, déjà précaire au niveau du travail, nous signale son isolement familial : « Je suis seule avec un fils oui » en plus de son isolement social : « Non, non je suis seule, j'ai personne pour demander. » (P2).

Une autre cumule 2 emplois en plus de s'occuper seule de ses enfants : « Le fait d'accumuler mes 2 travaux, parce qu'on habite un quartier que la vie est un peu compliquée... [...] Après, vous voyez, je suis pas couché, parce que vous voyez, j'ai 2 enfants, et donc on est obligé d'aller les chercher à l'école, de les ramener... [...] donc je peux pas me reposer en fait, on peut pas ». Elle doit également demander de l'aide aux services sociaux dans un contexte difficile : « j'avais rendez-vous avec la CAF et la sécu. Ce mois-ci j'ai payé mon loyer en 3 fois, parce que j'ai eu les indemnités en 3 fois. Comme ça j'y arrive. [...] une dépression suite à la perte de mon mari... » (P3).

La fragilité sociale associée à la charge mentale inhérente ressort également des autres entretiens : « Et après le directeur il m'a dit désolé madame, vous avez été malade et donc il a pas voulu signer le contrat. Donc j'ai arrêté. Parce que je devais rester 15 jours à la maison. (à cause du COVID) Maintenant, je dois attendre le chômage, des fois 2 mois, 3 mois avant de l'avoir, donc c'est un peu difficile. Le loyer 700, l'électricité, le gaz, le téléphone. » (P4) ; « parce qu'il est parti à l'étranger. Il a dû rentrer en urgence dans son village [...] donc on leur envoie de l'argent » (P7) ; « j'ai plus de famille ici, mais j'ai quelques amis sur qui compter. Je suis avec mon compagnon maintenant en Allemagne maintenant, mais ça été difficile

avant. Et j'ai fait pas mal de bêtises plus jeune, vous savez, et maintenant je paye un peu tout ça, je prends la méthadone tous les jours, j'ai fait un AVC y'a pas longtemps, j'ai beaucoup de choses. Mais on gère. » (P15).

D'autres connaissent des situations stressantes et instables, accaparant leur charge mentale : « un peu plus dur en ce moment, depuis que ma fille est plus là. Mais bon, faut que je pense à moi, j'ai deux petits garçons aussi [...] Ouais c'est pas dans mes habitudes, mais c'est vrai que j'oublie de plus en plus de choses. On me le dit régulièrement. C'est pas dans mes habitudes, surtout quand c'est un rendez-vous quoi. (rires) [...] Je sais juste que j'aimerais que ma fille fasse des examens approfondis quoi, parce qu'en gros, elle fait des grosses bêtises on va dire... elle se... prostitue... » (P10). C'est également le cas pour cette autre patiente, vivant en foyer : « quand j'ai besoin je me prostitue. [...] Oui, mais ça arrive pas souvent et ça fait longtemps. » (P18).

Un patient connaît également une situation sociale extrêmement fragile en quête constante d'amélioration : « au niveau aussi du, du, du organe, du sexe, j'avais des problèmes. En fait, j'ai été torturé quand j'étais dans mon pays, et j'ai des problèmes aussi au niveau des testicules, ça c'est deux. [...] je n'ai pas le droit de travailler, parce que je n'ai pas l'autorisation de travailler. [...] J'étais en demande d'asile, mais maintenant on m'a refusé l'asile ; et du coup des fois je me débrouille petit à petit, les marchés comme ça, je fais ça au noir, c'est comme ça que je vis. » (P22). Il est également sans domicile fixe, avec un suivi lourd.

Il ressort une priorisation sur la recherche d'argent, sur une stabilité économique et environnementale ; leurs problèmes de santé et le suivi viennent après. Ceci entraîne une multiplication des rendez-vous pouvant mener à l'oubli de l'un d'entre eux.

Absences liées à la multiplicité des rendez-vous

Les patients bénéficiaires de la CSS ont des rendez-vous médicaux multiples, avec un suivi médical lourd et un suivi social important. Les codages de l'item précédent et de celui-ci sont proches, mais présentent tout de même des spécificités.

La multiplicité des rendez-vous peut entraîner plus facilement l'oubli de l'un d'entre eux. Elle peut aussi générer une fatigue mentale, créant un cercle vicieux qui engendre un absentéisme

plus important : « Oui oui, le suivi tous les mois. [...] j'ai la maladie du fer dans le sang, ça fait des années... Ha l'hémochromatose voilà. [...] oui, j'avais plusieurs trucs, pour le boulot et je devais retourner à la CAF encore une fois. » (P1).

Une autre patiente a, à la fois, un suivi régulier de sa maladie chronique, des examens complémentaires pour ses maladies aiguës et une inquiétude permanente que sa fille effectue correctement, son propre suivi : « j'ai souvent des migraines à répétitions ; euh... comment dire ça, on m'a dit que c'était pas grave, mais qu'il faut absolument que je fasse un rendez-vous pour une IRM, et ils ont vu un hématome je sais plus trop quoi au niveau du foie [...] Mise à part que je me suis fait opérer il y a 2 ans du dos je crois, et j'ai l'impression que ça va pas trop de ce côté. » (P10).

Une patiente, veuve depuis peu, doit gérer les rendez-vous de ses enfants, suivis eux-mêmes de façon plus importante dans ce contexte : « Oui, plusieurs fois, assistante sociale, éducateur pour les enfants, AED... [...] mes enfants ont eu besoin d'un suivi psychologique eux » (P3).

La multiplicité des rendez-vous peut être un cercle vicieux, entraînant un suivi de plus en plus lourd : « j'ai été multi-opérée, en fait, on m'a... le chirurgien a remarqué en fait que j'ai une neuropathie, donc pour l'instant j'ai rendez-vous avec des spécialistes et un rhumatologue pour essayer de trouver des solutions. Actuellement je suis sous morphine, donc euh... je suis beaucoup fatiguée, là j'ai reçu une infiltration sacro-iliaque, qui n'a rien donné... J'ai beaucoup de problèmes, j'ai été opérée de l'épaule droite, maintenant y va faire la deuxième à gauche. J'ai été opérée du grand nerf thoracique la, le dentelé... [...] J'aimerais bien avoir du temps pour moi. Mais après j'ai les rendez-vous soit avec la sécu, soit avec le kiné...euh avec le médecin ou les spécialistes. Donc en fait je suis tout le temps prise quoi. » (P12).

Un autre, suivi pour traitement substitutif aux opiacés tous les mois, voulait discuter avec son médecin du dosage de son traitement de fond, mais s'est finalement ravisé par impératif d'un autre rendez-vous. Il s'est ensuite senti moins à même de diminuer son traitement substitutif : « je prends la méthadone tous les jours, j'ai fait un AVC y'a pas longtemps, j'ai beaucoup de choses. Mais on gère. [...] c'est parce que j'avais renouvelé les médicaments pas longtemps avant, mais je voulais parler à Dr X., du coup j'avais repris rendez-vous. C'était pour voir si on

pouvait diminuer la méthadone, mais en fait je peux pas, et pis j'ai dû revenir en Allemagne. » (P15).

Un autre patient, suivi pour prise de traitements substitutifs aux opiacés, présente les mêmes doléances à propos du suivi mensuel qui a des répercussions sur son emploi : « Bin j'ai pas mal de soucis de santé, le cœur qui va pas très bien et pis les artères aussi, j'ai déjà eu un stent. Et pis je dois venir souvent parce que je suis à la méthadone, et avec la pharmacie c'est pas facile alors je dois venir chaque mois à chaque fois. [...] Je suis tout le temps chez le médecin (rires) » (P21).

Absences liées au remplacement du médecin traitant (Remplaçant ou SASPAS)

Certains patients ont signalé ne pas être venus au rendez-vous, car ils se sentaient angoissés d'être devant un médecin qu'ils ne connaissaient pas, que ce soit un autre médecin installé qui avait de la place en urgence ce jour-là, un remplaçant ou un SASPAS. La raison principale est l'angoisse de devoir retracer son histoire, de la revivre. Ce motif a été établi pour 2 patients : « En soi j'ai quand même un traitement, euh, à vie [...] Donc c'est assez compliqué à gérer, c'est un traitement qui est fort et lourd. [...] parce que c'était la remplaçante de la médecin que je vois habituellement. Et c'est vrai que j'ai déjà du mal avec les gens que je connais pas, donc j'ai préféré ne pas venir...[...] Oui bah je pensais venir, mais en fait j'ai trop angoissé et j'ai préféré ne pas y aller. » (P16) ; « J'ai pris le rendez-vous, j'ai appelé, j'ai expliqué à la dame que je veux voir mon médecin traitant, elle m'a donné rendez-vous, mais j'ai pas compris que c'était pas le médecin traitant. [...] Parce que des fois j'arrive pas à lire très bien, j'ai reçu le message et je pensais que c'était mon médecin traitant. Mais après finalement j'ai vu que c'était pas mon médecin traitant. [...] Et je me sentais pas de tout lui raconter et lui montrer pour mes problèmes. Alors je me suis pas senti très bien le jour du rendez-vous et du coup j'ai pas pu aller. Parce que en plus j'habite loin, j'ai pas le ticket de transport, j'ai pas un vélo, c'est pas facile pour moi. » (P22).

Absences liées à des troubles du moral et des troubles cognitifs

Plusieurs entretiens font ressentir une certaine détresse morale des patients. Il est perçu dans les entretiens une perte de leur élan vital et une diminution de leur combativité, tous deux nécessaires au bon suivi médical.

Cette patiente, suivie entre autres pour dépression, l'illustre bien : « le décès de mon mari, pendant la maladie ou... ils se sont vraiment occupés de ma famille en fait, en cocon familial, ils ont vraiment été investis. » (P3).

La patiente du 10^{ème} entretien, déjà citée dans les items précédents, présente également une fatigue morale devant la prostitution de sa fille, son propre suivi et le suivi de ses autres enfants : « un peu plus dur en ce moment, depuis que ma fille est plus là. Mais bon, faut que je pense à moi, j'ai deux petits garçons aussi, donc je m'accroche à eux du coup. [...] elle se... prostitue... [...] Je sais pas depuis combien de temps. Elle est suivie à la maison des ados, alors j'espère qu'ils vont faire le nécessaire, des examens, parce que je veux pas qu'elle ait chopé un microbe ou quoi. Elle est un peu...elle est pas mature du tout, elle est encore enfant dans sa tête en fait, pour son âge, et voilà... Et tout ça, c'est assez dur à encaisser on va dire. » (P10).

Certains sont d'ailleurs suivis en parallèle par une psychologue : « et je vois aussi la psychologue là-bas, tous les vendredis, pour parler mieux de tous les problèmes que j'ai. » (P22).

Dans d'autres entretiens, l'insuffisance cognitive ressort et pourrait jouer un rôle dans l'absence aux rendez-vous. Une patiente, vivant en foyer adapté et se prostituant quand elle a besoin d'argent, ne s'est pas présentée à son rendez-vous médical, car elle se sentait trop malade : « Investigateur : Est-ce que vous pensez reconsulter pour ce problème alors ? Ou pour autre chose ? Patiente : Oui je pense. Dès que je vais mieux, hein. Tout à fait. » (P18).

Absences liées à la résolution spontanée du problème de santé ou à une solution alternative

Certains patients ne sont pas venus au rendez-vous, car le trouble initial, motivant la prise de rendez-vous, s'est résolu soit spontanément, soit par dépannage de la pharmacie ou soit par consultation d'un autre médecin : « C'est parce que j'avais renouvelé les médicaments pas longtemps avant, mais je voulais parler à Dr X., du coup j'avais repris rendez-vous. C'était pour voir si on pouvait diminuer la méthadone, mais en fait je peux pas, et pis j'ai dû revenir en Allemagne pour le travail. » (P15) ; « Finalement, y'avait un médecin juste à côté de chez moi qui pouvait me prendre, alors je suis allé chez lui vite fait. » (P5).

Certains ont réussi à se dépanner à la pharmacie ou à s'auto-médiquer : « et j'ai été à la pharmacie, et la pharmacie m'a remis une boîte du coup. » (P2) ; « C'était juste pour des médicaments, mais j'en avais à la maison en fait. » (P4).

Absences liées à la priorisation des préoccupations, en dehors du travail

Plusieurs patients ne sont pas venus au rendez-vous à cause d'imprévus, notamment d'ordre familial : « Je suis pas allé parce qu'il y avait autre chose avec les enfants, donc c'est pour ça. » (P12) ; « C'était un imprévu familial, j'ai pas pu venir du coup » (P14) ; « parce qu'il est parti à l'étranger. Il a dû rentrer en urgences dans son village pour voir sa famille » (P7).

Absences liées aux conditions d'accueil de la MSP, à l'accès aux soins ou à la relation médecin – patient

Aucun patient n'a évoqué une absence liée aux conditions d'accueil de la MSP, à l'accès aux soins ou encore à la relation médecin – patient.

Au contraire, le bon fonctionnement de la MSP et l'accès rapide à un médecin sont salués : « Non, je crois pas, ça se passe bien là-bas. - à ce niveau-là (à propos de l'accès aux soins) c'est bon, y'a pas de soucis. » (P1) ; « Ici, y'a toujours quelqu'un pour vous recevoir, c'est un peu dur de prendre les rendez-vous avec la machine, mais sinon ça va. » (P15) ; « Bah franchement ça va, je viens depuis 1 an ou 2 à la maison de santé là, et y'a toujours quelqu'un pour vous voir. » (P21).

De même, la relation avec leur médecin est primordiale et est appréciée : « Après niveau prestation de service, si on peut appeler ça comme ça quoi hein, mais au niveau du service, toujours impeccable, toujours à l'écoute, toujours. Sans problème [...] ils prennent pas que la santé du patient en charge, ils prennent le mental, parce que le mental va jouer sur la santé. Et ça eux l'ont bien compris, ce qui n'est pas le cas de tous les médecins » (P3).

b) Réception du SMS de rappel

Dix patients sur les 15 bénéficiaires de la CSS (67%) ont reçu le SMS de rappel du rendez-vous/ 3 patients l'ont vu après la consultation, 3 patients l'ont reçu, mais ont décidé au dernier moment de ne pas venir et n'ont pas eu le temps de prévenir de leur absence. 2 patients, retenus au travail, n'ont pas eu accès à leur téléphone pour prévenir de leur absence. Une patiente n'a pas réussi à joindre la MSP pour prévenir de son absence et le dernier patient était parti à l'étranger.

Quatre patients ne l'auraient pas reçu et n'ont pas évoqué de raison particulière, hormis un problème du logiciel. La dernière patiente n'a pas de téléphone mobile et ne reçoit donc pas les SMS.

c) Auto-évaluation de la santé des patients bénéficiaires de la CSS

Une partie du questionnaire était consacrée à la vision que les patients ont de leur état de santé.

Il en ressort pour la plupart d'entre eux (10 patients sur 15 soit 67%), un état de santé évalué comme moyen et stable : « oui j'ai eu quelques soucis, mais maintenant c'est revenu bien » (P2) ; « Je vais vous dire, j'ai plus de 60 ans, j'ai eu beaucoup de problèmes dans vie, dans ma santé, mais au niveau personnel, et maintenant ça va. » (P15) ; « il est moyen, ma santé est pas vraiment mauvaise, mais j'ai quand même quelques soucis. » (P16) ou encore « je suis tout le temps chez le médecin (rires). En ce moment ça va à peu près, mais des fois moins bien quand même. » (P21).

Trois patients (20%) voient leur santé se dégrader et s'évaluent comme en mauvaise santé : « ma santé en général se dégrade de temps en temps » (P1) ; « En fait, là, du coup, jusqu'à présent, comment je vais dire ça, des fois ça augmente petit à petit et des fois ça s'améliore en fait. [...] en fait j'ai des problèmes de vision [...] En fait, j'ai été torturé quand j'étais dans mon pays, et j'ai des problèmes aussi au niveau des testicules, ça c'est deux. [...] On m'a dit que c'étaient des champignons, mais ça fait que s'aggraver, et ça part pas. En plus, j'ai les

doigts de pieds qui font très très mal, même quand je mets les chaussures maintenant, ça fait très très mal. » (P22).

Deux patientes s'estiment en bonne santé, ce sont les 2 plus jeunes de l'étude (18 et 22 ans) : « Pour l'instant tout va très bien. » (P5) et « Bah, pour moi je suis en bonne santé, ma santé va bien. » (P14).

2. Deuxième partie : étude qualitative pour les patients non bénéficiaires de la CSS

a) Absences au rendez-vous : Raisons évoquées par les patients non-bénéficiaires de la CSS

Les raisons des absences pour les 7 patients non bénéficiaires de la CSS sont plus hétérogènes que pour les bénéficiaires.

Absences liées à la résolution spontanée du problème de santé ou à une solution alternative

Pour 2 patients (29%), une résolution spontanée du trouble de santé a provoqué l'absence au rendez-vous : « bah c'était avant quand j'avais mal aux oreilles. Mais ça s'était passé après mon appel et du coup je suis retourné au travail et j'ai pas pu venir. Mais c'était pareil le lendemain alors j'ai repris rendez-vous. » (P11).

Une autre patiente, enceinte, avait pris rendez-vous pour des douleurs abdominales. Ces dernières ont cédé spontanément, entraînant son absence au rendez-vous, puis sont revenues. Lors de l'appel, elle était en route pour les urgences gynécologiques : « Non bah comme je suis enceinte, j'ai des problèmes, je dois voir le gynéco. » (P8).

Absences liées au travail

Deux patients ne sont pas venus au rendez-vous à cause d'un travail plus important que prévu. Le patient du 11^{ème} entretien, cité dans le premier item, n'a pu prévenir de son absence dans ce contexte : « du coup je suis retourné au travail et j'ai pas pu venir. [...] je fais pas mal de boulot de droite à gauche. » (P11).

Il en est de même pour ce patient : « c'est parce que j'avais terminé plus tard le travail, j'ai dû rester plus tard que prévu voilà. [...] vu que je suis chauffeur poids lourds j'ai pas pu faire plus vite. » (P13).

Absences liées à diverses raisons

Cela concerne 3 patientes (43%).

Pour une patiente, le fait d'être une mère célibataire isolée l'a amené à manquer son rendez-vous : « C'est vrai, j'ai eu un imprévu, et je n'avais pas la possibilité de téléphoner pour prévenir que je ne pourrais pas venir. Mais du coup, c'était juste parce que j'étais très

enrhumé, j'avais déjà consulté avant et voir s'il y avait besoin d'antibio ou pas. [...] un imprévu à l'école de ma fille et j'ai complètement zappé de prévenir que je ne pourrais pas venir. » (P9).

Une autre patiente, âgée de plus de 70 ans, a, quant à elle, confondu les dates. Elle a un suivi médical régulier et important : « j'ai plusieurs fois 20 ans, alors vous savez, à mon âge, quand on est passé par 5 opérations, 3 césariennes, et puis qu'on a une fatigue musculaire, qu'on a été malade à piquer et qu'on a continué à travailler... [...] Et puis je suis fatiguée, je perds de plus en plus, je vous dis comme j'ai, à cause de cette fatigue, mes muscles sont faibles et je n'ai plus de force. [...] c'était un lundi, et moi j'ai cru que c'était le mercredi. (rires) Et donc je suis venue et on m'a dit que c'était lundi. Du coup, ça fait que le mercredi on m'a pris quand même. » (P19).

Pour la 3^{ème} patiente, absente 3 fois sur la période de l'étude, les raisons sont imprécises et confuses : « ma belle-sœur appelle pour moi, c'est elle qui prend les rendez-vous et moi je suis pas prévenue en fait. Parce que je lui avais dit que je devais y retourner et je sais pas pourquoi elle a appelé et je suis pas venue et elle non plus. » (P20). Il n'a pas été possible d'extraire une raison codifiable précise.

Les absences liées aux conditions d'accueil de la MSP, à l'accès aux soins ou à la relation médecin – patient

La majorité des patients non bénéficiaires de la CSS (5 patients sur 7) trouvent l'accès aux soins facile dans la société : « Oh ça va, c'est plutôt facile de trouver si on a besoin je pense, et d'être bien traité. » (P11) ; « Non non, oui en France c'est plus simple que dans d'autres pays hein. Ça va. On est quand même bien lotis à ce niveau-là. » (P13).

Pour une des 2 patientes présentant des difficultés, c'est surtout lié à sa fille qui a un handicap : « Mais j'ai un enfant handicapé, je peux pas l'amener chez le médecin. Le dentiste, y'a que le dentiste à Haguenau où je peux l'emmener, sinon elle a pas de dentiste. Un médecin, elle a peur. Quand j'appelle SOS médecin, ils sont jamais disponibles pour venir donc c'est un peu compliqué. » (P6).

L'autre trouve l'accès compliqué pour les spécialistes : « Non, franchement, on a cette chance d'avoir un accès facile aux soins, c'est pas comme d'autres pays qui n'ont pas cette chance bien sûr. Maintenant, après, effectivement, il y a certaines petites choses qui sont délicates. Je ne parle pas au niveau de santé générale, mais tout ce qui est pour la vue, pour la dentition, voilà euh... c'est toujours un peu plus compliqué. » (P9).

b) Réception du SMS de rappel

Sur les 7 patients non bénéficiaires de la CSS, 1 seule patiente (14%) n'a pas reçu le SMS de rappel ; il s'agit d'une patiente n'ayant pas de téléphone portable.

Les 6 autres (86%) ont reçu le SMS, mais 2 n'ont pas pu téléphoner pour annuler, car ils étaient sur leur lieu de travail, 3 n'ont pas appelé parce que le délai entre le motif d'absence et le rendez-vous était trop proche et la dernière n'a pas prévenu, car elle pensait que le rappel était une erreur, son rendez-vous ayant été pris par quelqu'un d'autre.

c) Auto-évaluation de la santé des patients non bénéficiaires de la CSS

L'auto-évaluation de leur santé est meilleure comparée aux patients bénéficiant de la complémentaire santé solidaire.

Ils s'estiment globalement en bonne santé : « j'ai pas de gros problème de santé, je suis mère au foyer, mes enfants ça va donc j'ai pas trop besoin pour le moment. » (P6) ou « je suis en bonne santé, plutôt bien. [...] ma santé et celle de mes enfants. Je n'ai rien d'autre qui passe avant s'il y a besoin. » (P9) ou « normalement ça va, mais là je me suis bloquée le dos » (P11). La seule patiente qui présente une dégradation de sa santé est la patiente âgée de plus de 70 ans : « Et puis je suis fatiguée, je perds de plus en plus, je vous dis comme j'ai, à cause de cette fatigue, mes muscles sont faibles et je n'ai plus de force. » (P19).

3. Troisième partie : étude quantitative

a) Comparaison des scores EPICES

Le score EPICES est un score variant de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité), le seuil de précarité étant fixé à 30. Il est calculé à l'aide de 11 questions (Annexe 6).

Dans notre étude, aucun patient n'a refusé de répondre aux questions sur ce versant social.

Le score moyen des patients bénéficiaires de la CSS était de 54,2 avec un maximum de 88,2 et un minimum de 33,1. La médiane se situait à 50,3.

Le score moyen des non-bénéficiaires était, quant à lui, de 28,3 avec un maximum de 47,9 et un minimum de 8,3. La médiane était de 25,4.

b) Évaluation de l'amélioration de leur santé après la reprise du rendez-vous.

Nous avons classé le bénéfice et l'importance du rendez-vous suivant l'absence des patients selon 3 niveaux : capital, important et habituel.

Seize patients sur les 22, dont 12 patients bénéficiaires de la CSS, ont repris rendez-vous dans le mois suivant.

Sur ces 12 patients, le motif de consultation initiale était pour 10 (83%) un suivi de maladie chronique et pour 2 (17%) une pathologie aiguë. Cinq d'entre eux (42%) ont bénéficié d'un rendez-vous avec leur médecin traitant lors du 2^{ème} RDV.

Lors de la consultation suivant leur absence, 2 patients sur 12 (17%) ont bénéficié d'un rendez-vous jugé par l'investigateur, comme capital pour leur santé. Quatre patients (33%) ont eu un rendez-vous important et 6 (50%) un rendez-vous de suivi habituel.

Pour les patients non-bénéficiaires de la CSS, 4 patients sur 7 ont repris rendez-vous dans le mois suivant leur absence. Deux patients ont manqué initialement leur rendez-vous pour le suivi de leur maladie chronique ; 2 avaient pris rendez-vous pour un problème aigu de santé. Lors de leur consultation suivant leur absence, 2 patients ont eu un rendez-vous jugé comme important pour l'amélioration de leur état de santé et 2 autres un rendez-vous de suivi jugé comme habituel.

Ces données sont colligées dans le Tableau 2.

N° Patient	CSS (0/1)	Motif RDV manqué	2ème RDV avec le MT (0/1)	Médecin du 2ème RDV	Motif 2 ^{ème} RDV	Importance du RDV (*/**/****)
P1	1	RDV multiples, fragilité	1	Titulaire	Cure désintoxication	***
P2	1	Travail précaire, charge mentale, FIAE, résolution spontanée	0	Titulaire	Stress suite accident de la voie publique, renouvellement ordonnance	**
P3	1	Fragilité, moral, FIAE, RDV multiples	0	Titulaire	Arrêt suite violence conjugale avec fracture poignet (non soignée)	***
P4	1	Fragilité, travail, résolution spontanée	0	Interne	Contrôle post covid	*
P5	1	FIAE, résolution spontanée	NC	NC	NC	NC
P6	0	Angoisse	0	Interne	Crises d'anxiété suite arrêt antidépresseur	**
P7	1	Urgence familiale	0	Titulaire	Renouvellement ordonnance	*
P8	0	Résolution spontanée	NC	NC	NC	NC
P9	0	Fragilité, FIAE, imprévu familial	NC	NC	NC	NC
P10	1	Charge mentale, moral, fragilité, FIAE, RDV multiples	1	Titulaire	Test grossesse, renouvellement ordonnance pilule, moral bas	*
P11	0	Résolution spontanée, travail	0	Interne	Arrêt de travail suite post-op abcès maxillaire	**
P12	1	Imprévu familial, RDV multiples	1	Titulaire	Renouvellement ordonnance, lettre pour spécialiste	* *
P13	0	Travail	0	Interne	Lombalgies, AW	
P14	1	Imprévu familial	NC	NC	NC	NC
P15	1	RDV multiples, fragilité, suivi lourd	NC	NC	NC	NC
P16	1	Suivi lourd, angoisse médecin inhabituel	1	Titulaire	Renouvellement ordonnance, RDV spécialiste	**
P17	1	Travail, fragilité FIAE, RDV multiples	0	Titulaire	Demandes inadaptées	*
P18	1	Suivi lourd, fragilité, moral	1	Titulaire	Renouvellement ordonnance, lettre spécialiste	*
P19	0	Dates confondues	1	Titulaire	Renouvellement ordonnance, contrôle	*
P20	0	Incompréhension	NC	NC	NC	NC
P21	1	Travail précaire, charge mentale déménagement, RDV multiples	0	Titulaire	Contrôle, modification traitement	**
P22	1	Charge mentale, RDV multiples, moral, angoisse médecin inhabituel	0	Titulaire	Papiers pour demande de séjour	**

CSS : Couverture Santé et Solidarité ; FIAE : Femme isolée avec enfant ; NC : non coté ; oui =1 ; non=0 ; MT : médecin traitant ; RDV : Rendez vous
 * = habituel ; ** = important ; *** = capital.

Tableau 2 : Résumé des données des absences aux rendez-vous et des consultations suivant cette absence

c) Étude quantitative de la population : facteurs de vulnérabilité

Jeunesse de la population

Dans notre étude, 11 patients (50%) avaient entre 16 et 39 ans, 10 (45%) entre 40 et 64 ans et 1 (5%) au-dessus de 65 ans. Selon les données issues de la CPAM, parmi tous les patients ayant un médecin traitant dans la MSP, environ 34% ont entre 16 et 39 ans, 43,7% entre 40 et 64 ans et 13,8% plus de 65 ans.

Affection de longue durée

Neuf patients sur 22 (41%) sont en ALD, contre 22% pour la MSP selon les données de la CPAM.

Nombre de consultation dans l'année

Le nombre moyen de consultations annuelles des patients bénéficiaires de la CSS de notre étude est de 15,5. Dix patients sur 15 (67%) ont consulté plus de 10 fois dans l'année, 2 (13%) entre 6 et 10 fois, 1 (7%) entre 2 et 5 fois et 2 (13%) qu'une seule fois.

Le nombre moyen des consultations dans l'année des non bénéficiaires de la CSS est de 10,7 : 3 patients sur 7 (43%) ont consulté plus de 10 fois, 2 (29%) entre 6 et 10 fois et 2 (29%) qu'une seule fois.

Les données issues de la CPAM montrent que 10,7% des patients qui ont un médecin traitant dans la structure consultent plus de 10 fois dans l'année, que 21,8% des patients consultent entre 6 et 10 fois, que 49,3% consultent entre 2 et 5 fois et que 18,1% consultent une fois dans l'année.

Addiction, migration et travail

Six patients présentent des conduites addictives dont 5 sont bénéficiaires de la CSS.

Cinq patients sont migrants, nés dans un autre pays. Trois bénéficient du tiers-payant social.

Sept patients bénéficiaires de la CSS ne travaillent pas, soit 47%. Certains reconnaissent enchaîner les travaux, parfois dans l'illégalité. Cinq patients (33%) ont un travail régulier déclaré.

Violences

Enfin, au moins 8 patients (36%) de notre étude ont subi des violences ; conjugales pour 6 d'entre eux. Deux patients sont connus de la MSP pour avoir infligé des violences à autrui.

Ces données sont rappelées dans le tableau 3.

Les données de la CPAM sont insérées en annexe 3.

N° Patient	CSS (0/1)	Nb de consultation dans l'année	Violence	Addictions (0/1/NC)	Migration (0/1/NC)	Handicap (0/1/NC)	Travail (0/1/NC)
P1	1	20	NC	1	0	0	1
P2	1	6	Violence conjugale	0	0	1	1
P3	1	15	Violence conjugale	0	0	0	1
P4	1	17	NC	0	1	0	NC
P5	1	1	NC	0	0	0	NC
P6	0	15	Violence conjugale	0	1	0	0
P7	1	17	Violence (infligée)	1	0	1	0
P8	0	1	NC	0	1	0	0
P9	0	1	NC	NC	0	0	1
P10	1	14	Violence conjugale	0	0	1	0
P11	0	12	0	0	0	0	1
P12	1	33	Violence conjugale	0	0	1	1
P13	0	6	NC	1	0	0	1
P14	1	1	NC	0	0	1	NC
P15	1	26	Violence (infligée)	1	0	1	0
P16	1	4	Violence conjugale	0	0	1	0
P17	1	8	NC	0	1	0	1
P18	1	44	Violence subie	1	0	0	0
P19	0	7	NC	0	0	0	0
P20	0	33	0	0	0	0	1
P21	1	14	NC	1	0	0	0
P22	1	13	Violence subie	0	1	1	0

NC : non côté ; 0 = non ; 1 = oui ; CSS : Couverture Santé et Solidarité ; N° : numéro.

Tableau 3: Résumé des données quantitatives des facteurs de vulnérabilité

DISCUSSION

Forces et limites de l'étude

Peu de travaux se sont intéressés aux raisons pour lesquelles les patients en situation de précarité manquaient leur rendez-vous médical. Dans la littérature, il s'agit essentiellement d'études réalisées dans les pays anglo-saxons qui ont un système de santé différent (6,23). Deux travaux de thèse en France se sont intéressés au sujet. L'un en service de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et l'autre sur un échantillon plus faible, mais avec un questionnaire plus poussé. Les 2 thèses sont qualitatives pures et ont été réalisées avant la mise en place de la CSS (24,25).

Notre étude mixte a permis de renforcer la partie qualitative par un apport de données chiffrées. La recherche qualitative offre une connaissance approfondie sur la manière d'offrir les soins, issus de la médecine fondée sur les preuves, sur de petites populations (26), d'autant plus que le sujet des absences aux rendez-vous, du point de vue des patients, est rare dans la littérature. La trame d'entretien semi-dirigée a permis d'aborder tous les items définis en amont et de laisser le patient s'exprimer librement et comme il le souhaitait.

La partie quantitative a fait ressortir certains éléments communs chez les patients absents, peu retrouvés dans la population générale. Il s'agit notamment de situations de violence familiale, de torture ou encore de grand isolement. Les liens entre précarité et violence sont complexes et multidimensionnels, la précarité étant plus fréquente chez les victimes de violences intentionnelles (27).

La cotation systématique du score EPICES a permis une estimation du degré de précarité pour chaque patient. Ces questions, rapides et simples à mettre en œuvre, ont permis de découvrir des situations d'isolement extrême ou de difficultés matérielles dans les besoins les plus essentiels de la vie.

Le nombre de réponses obtenues est important pour une étude qualitative par téléphone. Le taux de réponse est de 56,4% : 22 patients joints sur 39 absents et aucun n'a refusé de répondre au questionnaire. Ce taux est plus important que la moyenne retrouvée dans la littérature, des études s'intéressant aux taux de réponse dans les enquêtes qualitatives par téléphone retrouvent des taux oscillant entre 30 et 50% (28,29).

Notre étude est monocentrique, ne s'intéressant qu'aux patients de la MSP, située dans un quartier considéré comme précaire. Il est licite de penser qu'une étude, à plus grande échelle, serait intéressante pour une meilleure extrapolation de nos résultats.

Les entretiens n'ont pas permis une exhaustivité des informations. Ils ont été pensés pour être les moins contraignants possible et donc rapides. Les patients qui voulaient apporter plus de précision sur leur réponse ont pu le faire, mais cela n'a pas été la majorité.

Pour finir, il faut prendre en compte le biais déclaratif et de désirabilité sociale, inhérent aux études qualitatives, aux types de questions posées et au fait de ne pas côtoyer régulièrement ces patients.

Résultats principaux : Les motifs d'absences aux rendez-vous chez les patients précaires

L'oubli

La raison principale qui ressort de notre étude est l'oubli du rendez-vous par le patient ; ce qui est cohérent avec la littérature. En effet d'après l'étude de l'URPS, 48% des absences sont liées aux oublis, 17 % à un impondérable de dernière minute et 14 % à la négligence de ne pas prévenir quand le rendez-vous n'est plus utile (1,2). L'oubli du rendez-vous est cependant le dernier maillon d'une chaîne d'événement, les causes d'absences étant multifactorielles, détaillées ensuite.

Cause d'absence : les difficultés de la vie courante

Les absences sont souvent liées à des difficultés de la vie courante ; la principale cause étant la précarité du travail avec des horaires imposés et des demandes d'heures supplémentaires au dernier moment. Ceci explique, en accord avec la littérature, qu'ils sont plus fréquents dans la population jeune précaire (4–6,30). En effet, en demande constante d'amélioration économique, les patients ne peuvent qu'accepter sans négociation avec l'employeur, ce qui les amène à rater les rendez-vous prévus.

Cause d'absence : la charge mentale

Une autre difficulté et cause d'absence, remontée par les patients de notre étude, est la charge mentale, inhérente à la précarité sociale et économique. Les patients sont souvent isolés, avec peu de moyens et peu d'aide extérieure. Ils doivent gérer de multiples rendez-vous nécessaires à leur qualité de vie. Souvent, les rendez-vous sociaux passent en priorité par rapport à la santé, le terrain de fragilité sous-jacent étant important. Ce facteur est bien expliqué dans la littérature. Dr Denantes, bénévole à médecin du monde, l'a bien développé dans la revue *Exercer* : « *Ces patients vivent au jour le jour et ont du mal à se projeter dans l'avenir. La place de leur santé par rapport à leurs problèmes quotidiens est difficile à préciser. Certains patients n'arrivent pas à anticiper et associer leurs contraintes organisationnelles multiples* » (22).

Cause d'absence : le moral

Souvent liés à ces autres facteurs, les troubles de l'humeur et du moral jouent un rôle majeur dans les absences aux rendez-vous. Une impression d'humeur triste et un sentiment de lassitude ressortent dans la majorité des entretiens. Cela ne motive pas les patients à tenir un agenda précis, ce qui augmente les contraintes organisationnelles et donc les absences aux rendez-vous. Ces données sont retrouvées dans la littérature, notamment dans un rapport d'experts psychiatres de 2001. Celui-ci montre un absentéisme plus important des patients en situation de dépression, aggravant leurs problématiques financières et professionnelles (31). Cependant, le lien entre précarité et dépression invite à une appréhension fine de la souffrance psychique en rapport avec la précarité et à la prudence par rapport à des interprétations trop simplistes de ces liens. Ces faits sont corrélés, mais le lien de causalité ne peut être mis en évidence (32).

Quelques patients ont présenté une angoisse à l'idée de devoir se présenter devant un médecin remplaçant leur médecin traitant. Ils signalent des difficultés à raconter et revivre leur histoire. Cependant, le nombre de rendez-vous manqués chez les remplaçants et les SASPAS est inférieur à celui des médecins titulaires, même en ramenant ce nombre au prorata des consultations totales. Au vu de nos données, il ne semble pas exister de lien de causalité entre l'absence au rendez-vous et le type de médecin (titulaire, SASPAS, remplaçant).

Cause d'absence : les contraintes organisationnelles et la différence de temporalité

Toutes les causes retrouvées dans notre étude montrent une contrainte organisationnelle importante avec une vie s'adaptant au jour le jour. Les travaux du sociologue Robert Castel vont également dans ce sens : « *La précarité est aussi un rapport au temps. Car pour maîtriser l'avenir, il faut une certaine stabilité du présent. Les droits constitutifs de la propriété sociale permettent de planifier sa vie. Si on en est privé, on est obsédé par le présent sans savoir de quoi demain sera fait. La remontée de l'insécurité sociale, c'est aussi le retour à la vie « au jour la journée »* ». Il relie ce rapport au temps à la condition salariale et à la précarité (33). L'anticipation et la planification des événements futurs sont alors altérées par la situation sociale, pouvant engendrer des absences aux rendez-vous médicaux.

Il y a inadéquation entre la temporalité de l'individu, dans l'urgence d'améliorer sa situation, et la temporalité des aides et des actions de santé, nécessitant une projection dans l'avenir (34,35) : s'adapter à la temporalité du patient pourrait aider à éviter des absences aux rendez-vous.

Cause non retrouvée : la relation médecin - patient

Il est important de souligner que, dans nos entretiens, les absences ne semblent pas liées à une mauvaise relation médecin-patient ou à un dédain du monde de la santé. En effet, la relation de confiance établie est importante pour eux. La qualité d'accueil et de prise en charge au sein de la MSP a même été saluée par plusieurs patients. Les patients se sentent souvent coupables de ne pas être venus et ont conscience des conséquences telles que la difficulté d'accès aux soins pour les autres patients ou encore la mise à mal de la relation avec leur médecin. Ces faits sont cohérents avec une étude anglaise étudiant les conséquences des rendez-vous manqués sur les médecins et les patients (36).

De plus, dans notre étude, 73% des patients absents ont repris rendez-vous dans le mois suivant. Ceci est également cohérent avec les quelques données disponibles dans la littérature (37).

Cause non retrouvée : le délai entre la prise de rendez-vous et celui-ci

Dans la littérature, une autre cause importante menant aux absences aux rendez-vous est le délai d'obtention de celui-ci, souvent trop long (25). Cette cause n'a jamais été recensée dans

notre étude. En effet, la MSP prend en charge les patients rapidement, les délais de prise de rendez-vous étant d'une à deux semaines pour les rendez-vous programmés non urgents, avec toujours possibilité de consultation dans la journée, en cas d'urgence impérative ou le lendemain pour les urgences relatives.

Les résultats de notre étude montrent que la précarité entraîne une multitude de conséquences et qu'elle est un facteur de risque d'absence aux rendez-vous médicaux. Elle s'inscrit dans les inégalités sociales de santé, qu'elle favorise et aggrave.

Résultats principaux : Les motifs d'absences aux rendez-vous chez les patients non précaires

Les schémas menant à l'oubli du RDV sont plus hétérogènes : travail, résolution spontanée du trouble, erreur de date, imprévu et mauvaise organisation.

En effet, il n'y a pas de motif prépondérant qui a pu être mis en évidence chez ces patients. Les motifs d'absence n'étaient pas liés aux conditions de vie, mais plutôt à des impondérables. Le fait qu'il n'existe pas de profil et de raison type peut expliquer qu'il y ait moins de rendez-vous manqués chez cette catégorie de patient par rapport aux bénéficiaires du tiers-payant social.

Les rendez-vous manqués comme marqueur d'inégalité sociale de santé, un levier pour améliorer le système de soin ?

Pour comprendre les ISS, nous pouvons nous aider du modèle de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS) de l'OMS (Annexe 4).

Celui-ci distingue trois composantes fondamentales :

- le contexte socio-économique et politique,
- les déterminants structurels des iniquités de santé et le statut socio-économique,
- les déterminants intermédiaires de santé (par exemple, les conditions matérielles, psychologiques, les facteurs biologiques et génétiques, les habitudes de vie...).

De même et de façon plus explicite, Thierry Lang définit les déterminants de santé en France selon 3 axes :

- les déterminants socio-économiques : l'éducation, les conditions de travail, l'âge de la retraite, ou encore les politiques fiscales ou d'aides redistributives,
- les comportements de santé : nutrition, tabac, alcool, ne relevant pas seulement de la responsabilité individuelle, mais aussi de la catégorie sociale,
- le système de soins et de prévention médicalisée.

Ces déterminants ne sont pas indépendants, mais forment une chaîne de causalité appelant à des solutions diverses. En effet, la catégorie socio-professionnelle (conditionnée par l'éducation, entraînant moins de comportements à risque) va engendrer des conséquences sur le revenu et le réseau social par exemple. Cela va influencer sur les habitudes de vie, l'environnement et le statut social, qui ont plus d'impact que le système de santé sur la morbi-mortalité de la population (38).

Pour lutter contre ces ISS et donc contre les absences aux rendez-vous, il faut intervenir sur les causes fondamentales (revenus, éducation...) et proximales (lutte contre le tabac, accessibilité des soins...) (17).

Il en ressort une pondération du rôle du système de santé dans l'état de santé générale de la population.

Dans notre étude, les patients bénéficiaires de la CSS ont une perception de leur santé différente des autres patients.

En effet, la majorité des patients considérés comme précaires s'évalue en mauvaise santé ou au mieux avec un état de santé stable, contrairement au groupe non précaire, s'évaluant principalement en bonne santé. Ce mauvais état de santé ou cette perception altérée de la santé chez les personnes précaires sont largement étudiés dans la littérature (39,40).

Dans les faits, à cause de ces ISS, ils sont effectivement amenés à être en moins bon état de santé.

En effet, dans une étude de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), il a été montré qu'un cadre de sexe masculin âgé de 35 ans a, en moyenne, 7 ans d'espérance de vie de plus qu'un ouvrier ; 3 ans de plus pour les femmes (15). Cette population est donc désavantagée sur le plan de la santé avec des espérances de vie globales et sans

handicap diminuées. De même, des travaux à propos du score EPICES montrent que pour une même maladie, en l'occurrence le diabète, un score bas est de mauvais pronostic (41).

Dans notre étude, les motifs d'absence aux rendez-vous sont globalement les mêmes entre les bénéficiaires de la CSS et les non-bénéficiaires. Cependant, nous retrouvons effectivement des conditions de vie et de travail globalement plus dures pour les patients bénéficiaires avec une charge mentale plus pesante. Ils ont tous des travaux non qualifiés avec un réseau social bien moins développé. Ils sont souvent en situation d'isolement extrême. Ils sont majoritairement locataires d'appartement et beaucoup révèlent des difficultés de garde pour leurs enfants.

Leurs déterminants sociaux de santé correspondent effectivement aux déterminants les plus bas.

Les scores EPICES des bénéficiaires sont d'ailleurs bien plus élevés, avec une moyenne de 54,2 contre 28,3 pour les non-bénéficiaires. À titre de comparaison, le score EPICES moyen des patients de la MSP où s'est déroulée notre étude a été estimé par un travail de thèse à 47,6 (42).

Un autre marqueur majeur ressort de notre étude : les violences subies, notamment conjugales. En effet, les femmes en situation de précarité et isolées sont plus majoritairement la cible des violences (27), un taux plus important est retrouvé dans notre étude (36% vs 8,2% dans l'étude de l'INSEE (43)). À la lumière de ce relevé, l'absence au rendez-vous médical peut également être un marqueur de violences subies. Ces femmes manquent une occasion où elles pourraient recevoir de l'aide. Les conséquences de violences subies ont même été un des motifs de la consultation suivant l'absence d'une patiente. Nous pouvons envisager que nous éviterions un nombre important de ces situations si l'isolement et le faible réseau de soutien de ces femmes étaient notifiés dans le dossier, faisant réagir immédiatement l'équipe de la maison de santé à l'absence de la patiente.

Une tendance se dégage : les patients les plus isolés, situés en bas de l'échelle sociale et avec des déterminants sociaux de santé peu favorables semblent être ceux qui manquent le plus de rendez-vous ; les entretiens réalisés permettent d'en entrevoir les raisons.

Nous voyons donc que la précarité sociale et ses conséquences augmentent le nombre de rendez-vous manqués. Ces absences, dont les raisons sont évoquées dans notre étude, sont un marqueur de risque de mortalité à court terme chez ces patients subissant déjà les effets délétères des ISS (3). Ces patients peuvent alors entrer dans un cercle vicieux complexe : leurs morbidités augmentent du fait des ISS, ce qui demande plus de suivi et de rendez-vous. Ceci entraîne une aggravation des contraintes organisationnelles et augmente la modification de leur relation au temps. Cela amène à un absentéisme qui est un marqueur de risque de mortalité à court terme. Cette réflexion est retrouvée dans la littérature, notamment dans un rapport de l'académie de médecine de 2017 et dans l'œuvre d'Esther Duflo, prix Nobel d'économie de 2019 (44,45).

Nous pouvons donc admettre que cette population précaire est plus fréquemment absente aux rendez-vous médicaux, mais que ces absences sont des signaux d'alarme d'une dégradation de leur santé ou de leur état social et que cela devrait alerter le monde médical.

Les politiques de santé en France sont historiquement axées sur le curatif et le préventif. Depuis quelques années, le gouvernement se positionne pour le développement d'une action plus globale en agissant sur les déterminants de santé eux-mêmes. Une piste majeure réside sur les actions entreprises pour améliorer le mode des vies des patients : lutte contre le tabagisme, la consommation d'alcool, les comportements à risque... Ceci semble insuffisant tellement les déterminants sont intriqués les uns aux autres et d'origine bien plus profonde.

De nombreux travaux ont montré que le mode de vie ne permettrait de justifier qu'un tiers des écarts constatés (46). Il faudrait agir sur les conditions de vie et de travail, sur les tissus de soutien social aux individus ainsi que sur les actions de santé (graduées selon les catégories sociales). Dans son rapport de 2015, l'IREPS-BFC (Instance régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé – Bourgogne Franche Comté) préconise une action globale, à la racine des déterminants sociaux de santé (47). C'est l'universalisme proportionné, défini selon M. Marmott : *« le creusement des inégalités serait maîtrisable si ces politiques et programmes n'étaient pas calibrés et déployés de manière unique pour tous, mais l'étaient avec une offre de prévention d'intensité et de forme graduées selon des catégories de populations pertinentes »* (48).

Le rattrapage du rendez-vous manqué : intérêt majeur

Dans notre étude, plusieurs patients ont repris rendez-vous rapidement après celui qui a été manqué. Deux patients sur les 12 bénéficiaires de la CSS ayant consulté à nouveau nécessitaient une prise en charge capitale pour leur santé. L'un voulait demander une cure de désintoxication, l'autre patiente présentait une fracture de poignet non soignée à la suite de violences conjugales. Quatre autres patients nécessitaient un ajustement important pour leur santé. Donc la moitié des patients ayant consulté à nouveau présentaient un intérêt majeur à être revu rapidement en consultation.

Il n'existe pas à notre connaissance de données dans la littérature sur ce sujet.

L'intérêt d'un rappel systématique des patients absents, notamment les plus précaires, semble alors indispensable. Cela permettrait de ne pas manquer de situation de mise en danger, d'améliorer les actions préventives et curatives et de diminuer l'impact des ISS sur ces populations.

Réponse du monde médical

Limiter les absences aux rendez-vous

À la suite de l'étude de l'URPS (1), certaines associations comme l'UFML et syndicats de médecins demandaient des sanctions financières à l'encontre des absents aux rendez-vous.

L'association « Femme médecin libérale » proposait la rédaction d'une charte à afficher dans la salle d'attente des médecins avec les devoirs des usagers. Elle comprend, entre autres, de prévenir pour toute annulation de consultation, faute de quoi il serait demandé un supplément lors de la consultation suivante. En 2013, la confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) proposait d'éditer une affiche à mettre dans les salles d'attente des médecins reprenant le slogan « si vous ne pouvez pas venir à un rendez-vous, prévenez votre médecin, c'est simple comme un coup de fil » (49).

Certains nouveaux modes de prise de rendez-vous en ligne avec des rappels par SMS pourraient selon certaines études diminuer le nombre de rendez-vous non honorés (50).

Dans notre étude, la plupart des patients absents ont bien reçu le SMS de rappel 24h avant le rendez-vous. Cependant, les causes amenant à l'absence sont survenues, la plupart du temps,

très peu de temps avant le rendez-vous. Par conséquent, cette méthode est en partie inadaptée pour ces populations précaires. Ces données sont également retrouvées dans la littérature (51,52).

Au vu des résultats de notre étude, la situation apparaît bien plus complexe qu'un coup de fil. Les situations personnelles, sociales, temporelles ou encore organisationnelles menant à l'absence aux rendez-vous des populations précaires sont intriquées et difficilement prévisibles et anticipables.

Les absences doivent amener le praticien, connaissant la situation de ses patients, à s'alerter d'une absence. Comme vu précédemment, cela peut être un oubli, mais également être le reflet d'une situation de violences subies nécessitant une mise en protection rapide.

La sanction de ces patients serait vécue comme une double peine et une forme d'abandon par une entité qu'ils considèrent souvent comme protectrice.

La perception des professionnels de santé

Par ailleurs, la perception par le corps soignant des patients bénéficiaires de la CSS est souvent péjorative. Une étude marseillaise de 2013 montre que les internes de médecine générale perçoivent les patients bénéficiaires de la CMU-c comme sur-consommateurs de soins, moins sérieux dans leur suivi médical et plus irrespectueux lors des consultations. Il en ressort que plus de 50% des internes interrogés reconnaissent que ces patients présentent un état de santé plus précaire pouvant entraîner des dépenses de santé plus haute (53). D'après la thèse de Köhl M., soutenue en 2014 (54), les médecins généralistes associent souvent la précarité à la pauvreté. Ils l'associent secondairement à d'autres éléments : l'accès à l'emploi, l'isolement géographique et social, l'incapacité et la gestion des priorités.

Cet étiquetage peut être dur à porter pour le patient.

Cette perception qu'a le monde médical est cependant erronée. Comme le résume un article paru en 2009 dans la revue *Exercer* : « en France, les catégories les plus défavorisées consultent plus tardivement que les autres et, tout comme dans les 21 pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), elles consomment moins de soins à égalité d'état de santé » (22). L'étude de la DREES va également dans ce sens, en montrant

une légère surconsommation des soins ambulatoires liée à un moins bon état de santé, mais sans différence significative sur la consommation des soins hospitaliers (55).

Quelles solutions ?

À l'heure actuelle, les ISS sont très peu abordées dans la formation initiale des médecins (56). Il faut, sur la base du volontariat, s'inscrire à des formations complémentaires pour se sensibiliser sur le sujet. Le Collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins (COMEGAS) milite en ce sens pour la formation, ou tout du moins la sensibilisation, des étudiants en médecine sur les questions de précarité et d'ISS (57).

Le collège de la Médecine Générale souligne que la précarité dépend de critères précis explorant le mode de vie des patients (56). Il a mis en évidence 7 indicateurs indispensables (dont le type d'assurance maladie, le statut par rapport à l'emploi, le type d'emploi ou encore les capacités de compréhension du langage écrit) et 9 indicateurs utiles (dont la situation familiale, le nombre d'enfants, le niveau d'étude ou encore le statut par rapport au logement et la situation financière perçue). Ces critères ne sont pas utilisés en pratique par les médecins généralistes. En effet, selon une autre étude publiée en 2015 (58), les médecins ne rechercheraient que 2 informations classées comme indispensables (la couverture maladie et le statut par rapport à l'emploi) et 3 comme utiles (le statut matrimonial, le niveau d'étude et la catégorie socioprofessionnelle).

Pourtant, la collecte de toutes les informations aiderait les médecins généralistes à adopter une attitude pro-active dans la réduction des ISS et permettrait, si besoin, d'adapter leurs pratiques. Plus le médecin est proche de son patient, connaît son histoire et sa situation psycho-sociale, plus il est capable d'adapter sa consultation aux particularités du patient et de trouver des solutions pour éviter de creuser les ISS et les absences aux rendez-vous.

Cependant, les contraintes organisationnelles que cela engendre peuvent paraître lourdes et chronophages pour les médecins. Une prise de conscience par le système de santé entier est donc nécessaire pour adapter les réponses à ces problématiques. Des mesures de paiement à la performance existent, mais la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) prend surtout en compte l'organisation du cabinet et la qualité de la pratique médicale et en moindre mesure la précarité de la patientèle (59).

Bien que les médecins aient peu de moyens d’agir, une connaissance plus approfondie des ISS et des déterminants de santé permettrait de mieux comprendre les causes profondes des différences de santé entre groupes sociaux, des différences de mode de vie et ainsi les raisons d’absence aux rendez-vous. Ne pas stigmatiser ces patients est primordial. Il est nécessaire, au contraire, de percevoir cette absence comme un signal d’alarme pouvant cacher une aggravation de la situation sociale et de la santé du patient.

Cette situation est remarquablement illustrée par le témoignage de Jaddo, médecin généraliste et blogueuse, rencontrant cette situation (60). Elle témoigne de l’absence répétée de 2 patientes avec l’envie de prendre des mesures pour les « éduquer ». Elle se rend compte après coup que leur situation familiale est désastreuse et qu’elles sont toutes les deux victimes de violences conjugales. Elle conclut en un simple « demandez-vous ».

Nous pouvons proposer, à la lueur de cette étude, d’intégrer dans les logiciels métiers un volet reprenant les critères de précarité du CMG avec, si besoin, des mesures incitatives pour s’astreindre à les remplir (intégration aux ROSP par exemple). Remplir ces informations pourrait aussi devenir une mission pour les nouveaux métiers du soin, qui vont probablement changer l’organisation des soins primaires dans les années à venir : les infirmier(e)s en pratique avancée et les assistants médicaux. Nous pourrions également imaginer un rappel systématique des patients absents, ou à défaut, des patients classés précaires par le praticien ou encore par ces nouveaux corps de métier. Un outil de liaison entre un score de précarité élevé dans le logiciel et une absence dans l’agenda pourrait enclencher une alarme.

Des arrangements organisationnels de ce type pourraient voir le jour pour s’adapter aux problématiques des patients, notamment précaires, qui ont une temporalité différente et des contraintes organisationnelles multiples, afin de réduire les ISS en jouant sur les déterminants sociaux qui nous sont accessibles.

CONCLUSION

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont en croissance permanente en France. Elles sont responsables d'un réel « gradient social de santé », impliquant une diminution de l'espérance de vie globale et sans handicap statistiquement plus importante lorsque l'on descend le long de l'échelle socio-économique. Ainsi, les populations défavorisées subissent une double-peine, connaissant une vie avec plus de handicaps et une mortalité plus précoce.

Ces patients sont par ailleurs régulièrement stigmatisés par les médecins, étiquetés coupables d'un mésusage du système de santé. S'ajoute à cela une étude réalisée par l'URPS qui a montré que les patients en tiers-payant social manquaient plus fréquemment leur rendez-vous. L'étude n'explore cependant pas la réalité des conditions de vie et des difficultés des patients précaires, ce qui rend les résultats discutables et les conclusions peu approfondies.

De plus, selon une étude récente, les rendez-vous manqués sont un marqueur de risque de mortalité à court terme. Ceci aggrave davantage l'effet double-peine subi par ces patients.

Identifier les mécanismes entraînant leur absence est la première étape pour améliorer leur prise en charge et espérer diminuer les ISS. Dans ce but, nous avons réalisé une étude mixte, tant qualitative que quantitative, sur une période de 15 jours. Ce sujet est peu traité dans la littérature.

D'après nos résultats, les absences aux rendez-vous des patients précaires surviennent dans le contexte d'un quotidien difficile où la santé n'est pas forcément une priorité. Leurs quotidiens sont marqués par la précarité de leur travail, des rendez-vous multiples et des difficultés de gestion. Tous ces éléments entraînent une temporalité différente et une difficulté à se projeter dans l'avenir. Ces patients s'évaluent d'ailleurs en mauvaise santé. Parmi les patients précaires, ceux manquant les rendez-vous présentent un isolement social important et un très faible réseau de soutien, avec des scores EPICES plus élevés que la moyenne de la MSP. L'absence au rendez-vous peut aussi être un marqueur de violences subies, retrouvées fréquemment dans notre étude.

Nos patients précaires absents font partie des personnes ayant les déterminants sociaux de santé les plus bas, les classant plus à risque de morbi-mortalité du fait des ISS.

Ces absences doivent être prises comme signaux d'alerte et, au minimum, être explorées à la consultation suivante. D'un côté, cela permettrait de rechercher des solutions pour éviter la reproduction du schéma ayant conduit à l'absence (cela serait bénéfique au patient à long terme) et d'un autre côté, cela faciliterait l'organisation et le travail du médecin.

L'intégration et la mise à jour régulière dans le dossier médical de la situation sociale du patient me paraissent indispensables. Ceci est recommandé par le collège de la Médecine Générale, mais, en pratique, est peu appliqué. De rapides questions basées sur le score EPICES permettraient également d'appréhender l'isolement social des patients, facteur influençant sa santé et sa prise en charge.

Les absences aux rendez-vous semblent liées au degré de la précarité sociale. Elles pourraient devenir un indicateur et être intégrées dans les scores de calcul de précarité sociale, comme le score EPICES.

Il est nécessaire de s'adapter à la temporalité de ces patients, différente de celle de la population générale. L'amélioration des déterminants de santé repose sur un travail de longue haleine. Le médecin généraliste a son rôle à jouer, autant sur le versant médical que sur le versant médecine préventive et prédictive. Cependant, c'est un travail systémique et partenarial avec les acteurs médico-psycho-sociaux à entreprendre par les instances responsables, pour un travail de fond sur les ISS.

Cette problématique n'est devenue une priorité que récemment pour les pouvoirs publics. Les premières annonces gouvernementales, pour réduire ces ISS, et à fortiori les absences aux rendez-vous, ont été faites en 2013 par Madame la Ministre M. Touraine.

Même si, sur le terrain, elles sont très attendues, les actions concrètes seront longues et complexes à mettre en place.

VU

Strasbourg, le...18/02/2022.....

Le président du Jury de Thèse



Professeur Jean-Christophe

WEBER

Vu et approuvé
Strasbourg, le **23 FEV. 2022**
Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et
Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



ANNEXES

Annexe 1 : Trame d'entretien

Bonjour Madame/Monsieur,

Excusez-moi de vous déranger, je suis Francis GATIER, interne de médecine à la maison de santé du Neuuhof, je souhaiterais parler à xxx.

Je me permets de vous appeler dans le cadre de ma thèse. Je fais une étude sur l'état de santé des personnes du quartier.

Avez-vous 5 minutes à m'accorder et seriez-vous d'accord pour répondre à mes questions ? Vous pouvez choisir de répondre ou non à chaque question. Toutes les informations que vous me donnerez seront confidentielles et anonymisées, vous pouvez donc être complètement honnête.

I/ Votre santé

- 1/ Que pensez-vous de votre santé ? (Aider si besoin avec cotation excellent / Bon / Moyen / Mauvais)
- 2/ Et dans votre vie quotidienne, quelle place à votre santé ?
- 3/ Est-ce que vous pourriez me raconter votre dernière consultation médicale. Qu'en avez-vous pensé ?
- 4/ Que pensez-vous de l'accessibilité aux soins en France ?

II/ Le rendez-vous

- 1/ Seulement si pas évoqué spontanément à la question I/3/ : Alors je n'ai pas accès à votre dossier médical, mais j'ai accès au planning de la maison médicale. A priori, vous aviez pris un rendez-vous chez le médecin auquel vous n'avez pas pu venir. Vous vous en souvenez ? Vous pourriez me dire ce qu'il s'est passé ? (Contexte de la journée, autres rendez-vous...)
- 2/ Vous souvenez-vous pourquoi vous aviez pris rendez-vous ?
L'aviez-vous pris il y a longtemps ? (Si rapproché, pourquoi avoir changé d'avis ?)
Avez-vous reçu le SMS de rappel ? Vous n'avez pas repensé à annuler ?
- 3 / (selon le motif, si trouble aigu ou chronique) Avez-vous repris un rendez-vous chez ce médecin ?
- 4/ Pensez-vous reprendre rendez-vous prochainement ? (Possibilité de le lui fixer).

III/ Situation sociale

J'ai une dernière partie à mon questionnaire, qui concerne plutôt la situation sociale des patients. Je vous rappelle que vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions si vous ne le souhaitez pas.

- 1/ Avez-vous déjà rencontré un travailleur social ?
 - 2/ Vivez-vous en couple ?
 - 3/ Etes-vous locataire ?
 - 4/ Est-ce qu'il vous arrive de rencontrer des difficultés financières pendant le mois ? Pouvez-vous demander de l'aide à votre entourage si vous avez besoin d'être hébergé ou pour du matériel ?
 - 5/ Avez-vous des occupations annexes en faisant du sport ? En allant au cinéma ? Ou en vacances ?
 - 6/ Voyez-vous d'autres personnes de votre famille que vos parents et enfants si vous en avez ?
- Très bien, je vous remercie beaucoup pour vos réponses, avez-vous des questions (à propos de l'étude ou du cabinet) ? Je vous souhaite une bonne continuation, au revoir.

Annexe 2 : Réponse comité d'éthique le 08/07/2021

COMITE D'ETHIQUE

**des Facultés de Médecine, d'Odontologie,
de Pharmacie, des Ecoles d'Infirmières, de
Kinésithérapie, de Maïeutique et des Hôpitaux**

Strasbourg, le 8 juillet 2021

Dr Charton et Dr Gatier

HUS

Jean SIBILIA

Doyen

Affaire suivie par
Anne-Marie KASPROWICZ

NHC

Tél. : (33) 03 69 55 08 79

Anne-marie.medina@chru-
strasbourg.fr

Référence : CE-2021-97

Chers collègues

Horaires d'ouverture :

- du lundi au vendredi
de 08h00 à 12h00
de 13h00 à 16h00

Le comité d'éthique vous remercie d'avoir soumis l'étude non interventionnelle intitulée
**«Rendez-vous manqués en médecine générale par les patients précaires : quels
sont les motifs ?»**.

Après en avoir délibéré, le comité d'éthique émet un avis favorable à cette étude et
nous restons à votre disposition pour les aspects éthiques et réglementaires.

Pr François Clauss



Faculté de médecine
Secrétariat Général

4, rue Kirschleger

F-67085 Strasbourg Cedex

Tél : (33) 03 68 85 34 98

Fax : (33) 03 68 85 34 24

www-unistra.fr

medecine@adm-ulp.u-strasbg.fr

Annexe 3 : Données sur la MSP issue de la CPAM

ZOOM SUR LES CONSULTATIONS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Base : tous les actes réalisés par les médecins généralistes de la MSP

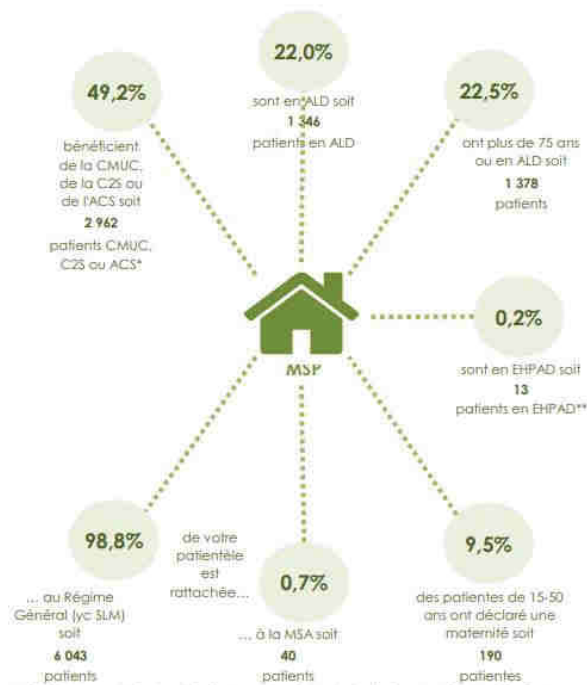
	Nombre de patients total	Pourcentage de patients ayant consulté un médecin généraliste de la MSP				Pourcentage de consultations par tranche d'âge du patient						Patients ayant eu une consultation avec un médecin généraliste en dehors de la structure
		1 fois	entre 2 et 5 fois	entre 6 et 10 fois	plus de 10 fois	Moins de 3 ans	3 à 15 ans	16 à 39 ans	40 à 64 ans	65 à 84 ans	85 ans et plus	
Pour des patients avec médecin traitant dans la structure	3 099 55,2%	18,1%	49,3%	21,8%	10,7%	1,9%	6,6%	34,0%	43,7%	12,9%	0,9%	1 380 44,5%
Pour des patients avec médecin traitant en dehors de la structure	1 297 23,1%	50,9%	40,9%	5,6%	2,6%	5,8%	13,3%	38,4%	35,1%	6,5%	0,8%	
Pour des patients de 16 ans ou + sans médecin traitant déclaré	465 8,3%	48,9%	42,0%	5,8%	4,0%			61,0%	32,4%	6,1%	0,6%	
Pour des patients de - de 16 ans sans médecin traitant déclaré	741 13,2%	48,7%	47,4%	3,5%	2,6%	25,0%	75,0%					

VOTRE MSP

DÉTAIL PATIENTÈLE

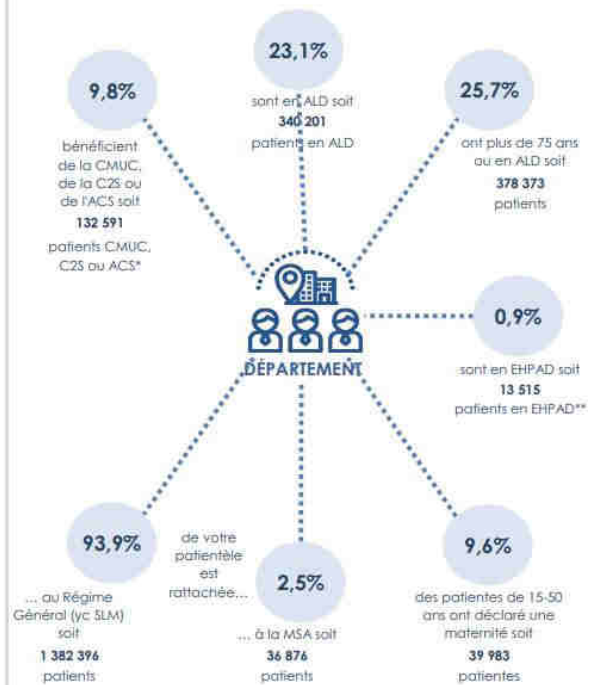
Base : tous les bénéficiaires ayant eu au moins un acte facturé

PS DU DÉPARTEMENT

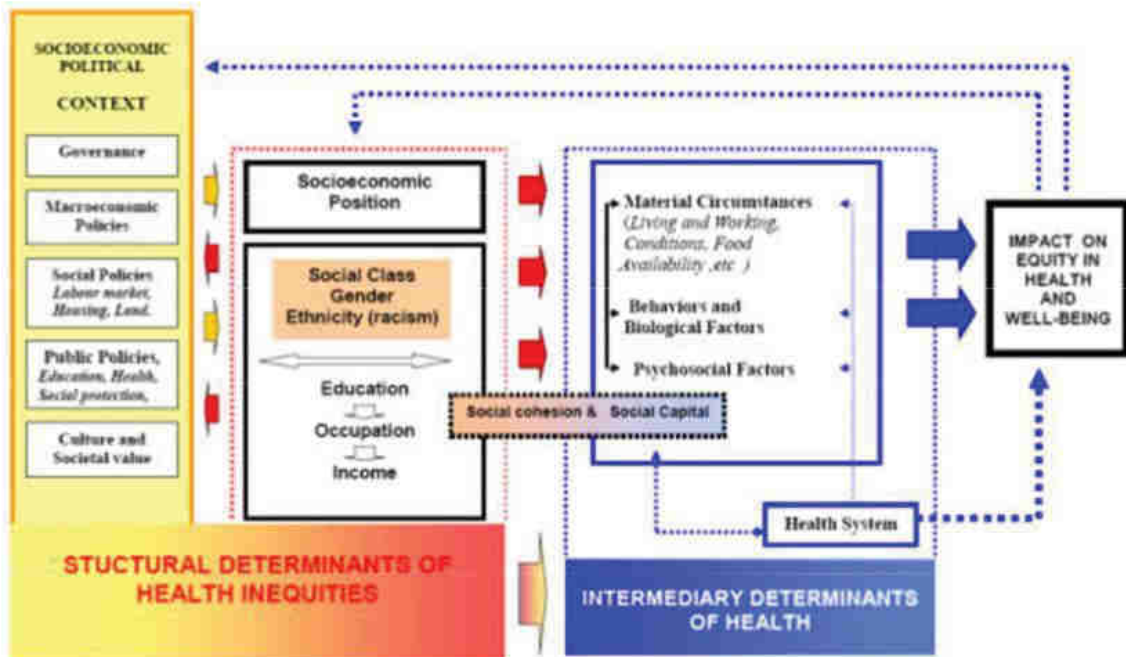


* Bénéficiaires du Régime Général ou d'un régime infogéré par le Régime Général

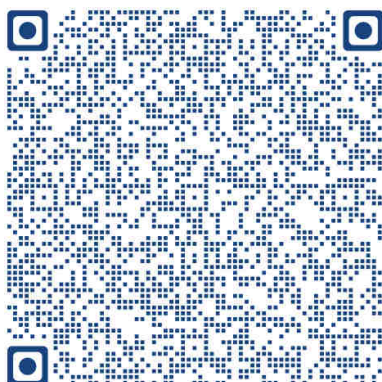
** Hors EHPAD dont la caisse pivot est la MSA



Annexe 4 : Illustration du modèle CDSS de l'OMS



Annexe 5 : Relevé des entretiens téléphoniques



Annexe 6 : Calcul du score EPICES

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

BIBLIOGRAPHIE

1. Duburcq A, Bureau I, Courouve L. Enquête auprès des médecins libéraux de Franche-Comté sur les rendez-vous non honorés par les patients [Internet]. RPS Franche-Comté; 2013 [cité 17 mai 2021]. (Tabl.). Disponible sur: https://www.bib-bop.org/base_bib/bib_detail.php?ref=13365&titre=enquete-aupres-des-medecins-liberaux-de-franche-comte-sur-les-rendez-vous-non-honores-par-les-patients
2. Odoxa. Les rendez-vous non honorés par les patients constituent un fléau pour les médecins [Internet]. 2019 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/sondage/rendez-non-honores-patients-constituent-fleau-medecins/>
3. McQueenie R, Ellis DA, McConnachie A, Wilson P, Williamson AE. Morbidity, mortality and missed appointments in healthcare: a national retrospective data linkage study. *BMC Med.* 11 janv 2019;17(1):2.
4. Oppenheim GL, Bergman JJ, English EC. Failed appointments: a review. *J Fam Pract.* avr 1979;8(4):789-96.
5. Goldman L, Freidin R, Cook EF, Eigner J, Grich P. A multivariate approach to the prediction of no-show behavior in a primary care center. *Arch Intern Med.* mars 1982;142(3):563-7.
6. Bickler CB. Defaulted appointments in general practice. *J R Coll Gen Pract.* janv 1985;35(270):19-22.
7. Dobbs ME, Manasse R, Kusnoto B, Viana MGC, Obrez A. A comparison of compliance in medicaid versus non-Medicaid patients. *Spec Care Dentist.* 2015;35(2):56-62.
8. Ministère des solidarités et de la santé. Résultats de l'enquête de représentativité 2021 des organisations syndicales des médecins libéraux conventionnés avec l'assurance maladie [Internet]. 2021 [cité 14 déc 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/elections-urps/article/resultats-de-l-enquete-de-representativite-2021-des-organisations-syndicales>
9. Wresinki J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Conseil économique et social; 1987.
10. Haut Comité de la santé publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé [Internet]. 1996 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/ouvrage?clef=15>
11. 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. 2006;(14).
12. Brunner A, Maurin L. Rapport sur les inégalités en France, édition 2021 [Internet]. Observatoire des inégalités; 2021 [cité 14 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/L-essentiel-des-inegalites-de-revenus-rapport>
13. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv Plan Adm Eval.* 1992;22(3):429-45.
14. Robine J-M, Cambois E. Les espérances de vie en bonne santé des Européens. 2013;(499).

15. Blanpain N. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. 2016;(1584).
16. Lang T, Ulrich V. Les inégalités sociales de santé - Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016.
17. Haut Conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité. Paris, France; 2009.
18. Grignon M, Couffinhal A, Dourgnon P, Jusot F, Naudin F. Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé. IRDES; 2004.
19. Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. J Epidemiol Community Health. déc 1978;32(4):244-9.
20. Le ministère des Solidarités et de la Santé. Lancement de la nouvelle complémentaire santé solidaire au 1er novembre [Internet]. 2019 [cité 14 déc 2021]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2019-10-07-cp-complementaire-sante-solidaire>
21. Fonds de la complémentaire santé solidaire. Rapport d'activité 2019. 2019.
22. Denantes M, Chevillard M, Renard J-F, Flores P. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. 20:5.
23. Martin C, Perfect T, Mantle G. Non-attendance in primary care: the views of patients and practices on its causes, impact and solutions. Fam Pract. déc 2005;22(6):638-43.
24. Hammou KB. Le patient précaire au cabinet de médecine générale : le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires. 12 juin 2014;160.
25. Canazzi L. Rendez-vous manqués en Médecine Générale : les raisons évoquées par les patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle, du Tiers Payant Social et de l'Aide Médicale d'Etat. [Tours]; 2016.
26. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Paris, France: Nathan; 1992.
27. Escard E. Précarité et violences: quels liens? Bull Médecins Suisses. 19 déc 2012;93(5152):1916-9.
28. Dillman DA, Phelps G, Tortora R, Swift K, Kohrell J, Berck J, et al. Response Rate and Measurement Differences in Mixed-Mode Surveys Using Mail, Telephone, Interactive Voice Response (IVR) and the Internet. 2009;38(1):1-18.
29. Matías-Guiu J, Serrano-Castro PJ, Mauri-Llerda JÁ, Hernández-Ramos FJ, Sánchez-Alvarez JC, Sanz M. Analysis of factors influencing telephone call response rate in an epidemiological study. ScientificWorldJournal. 2014;2014:179375.
30. Neal RD, Lawlor DA, Allgar V, Colledge M, Ali S, Hassey A, et al. Missed appointments in general practice: retrospective data analysis from four practices. Br J Gen Pract. 2001;3.
31. Parquet P-J. Itinéraires des déprimés. Réflexion sur leurs trajectoires en France. Rapport d'experts. Document de synthèse. 2001. 49 p.
32. Haute autorité de santé. Grande précarité et troubles psychiques Comment intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques. 2019.

33. Molénat X. L'Individu, regards sociologiques (NE): Regards sociologiques. Sciences Humaines; 2014. 315 p.
34. Fieulaine N. Temps de l'urgence, temps du projet : La rencontre des Temporalités dans le recours aux soins et à l'aide sociale en situations de précarité.. Dossiers de la MRIE, 2007, 15, pp.41-45.
35. Merson F, Perriot J. Social deprivation and time perception, the impact on smoking cessation. Sante Publique (Bucur). 25 nov 2011;23(5):359-70.
36. Husain-Gambles M, Neal RD, Dempsey O, Lawlor DA, Hodgson J. Missed appointments in primary care: questionnaire and focus group study of health professionals. Br J Gen Pract. févr 2004;54(499):108-13.
37. Neal RD, Hussain-Gambles M, Allgar VL, Lawlor DA, Dempsey O. Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. BMC Fam Pract. 7 nov 2005;6:47.
38. Rosa EL. Santé, précarité et exclusion. FeniXX; 1998. 193 p.
39. Olm C, Le Quéau P. La construction sociale de la perception de la santé [Internet]. 1999 [cité 25 janv 2022]. (Cahier de recherche). Disponible sur: <https://www.credoc.fr/publications/la-construction-sociale-de-la-perception-de-la-sante>
40. Royer B, Gusto G, Vol S, Arondel D, Tichet J, Lantieri O. Deprivation, self-perceived health and anxiodepressive disorders: a study from 12 health examination centers. Prat Organ Soins. 2010;41(4):313-21.
41. Bihan H, Laurent S, Sass C, Nguyen G, Huot C, Moulin JJ, et al. Association Among Individual Deprivation, Glycemic Control, and Diabetes Complications: The EPICES score. Diabetes Care. 1 nov 2005;28(11):2680-5.
42. Haddad A. Projet FETOMP : Score EPICES en maison urbaine de santé à Strasbourg. Strasbourg; 2021.
43. Morin T, Jaluzot L, Picard S. Femmes et hommes face à la violence. 2013 [cité 8 févr 2022];(1473). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280920>
44. Duflo E. Le Développement humain. Lutter contre la pauvreté (I). La Politique de l'autonomie. Lutter contre la pauvreté (II) [Internet]. 2010 [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lettre-cdf/1117>
45. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. Académie nationale de médecine; 2017.
46. Les inégalités sociales de santé [Internet]. [cité 9 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475.htm>
47. Société française de santé publique. Propositions : Pour une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives, intégrée à la Stratégie nationale de santé. Laxou: Société Française de Santé Publique (SFSP); 2014.
48. Desenclo J-C, Arwidson P. Inégalités sociales et territoriales de santé : des connaissances et des faits probants pour l'action ! Bull Epidémiol Hebd. 2016;274-5.

49. Gattuso C. Rendez-vous non honorés : la CSMF en campagne pour chasser les lapins. Le Quotidien du Médecin [Internet]. 2013 [cité 27 janv 2022]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/rendez-vous-non-honores-la-csmf-en-campagne-pour-chasser-les-lapins>
50. Gurol-Urganci I, de Jongh T, Vodopivec-Jamsek V, Atun R, Car J. Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. Cochrane Database Syst Rev. 5 déc 2013;(12):CD007458.
51. Zebina M. Impact de l'envoi d'un SMS de rappel sur la venue en consultation des personnes vivant avec le VIH suivies au CHU de Pointe-à-Pitre. Université des Antilles et de la Guyane; 2015.
52. Norton BL, Person AK, Castillo C, Pastrana C, Subramanian M, Stout JE. Barriers to using text message appointment reminders in an HIV clinic. Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc. janv 2014;20(1):86-9.
53. Ernst S, Meriaux I. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution ? Marseille; 2013.
54. Kohl M. Les représentations de la précarité chez les médecins généralistes : étude qualitative. Dijon; 2014.
55. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2003 [cité 27 janv 2022]. Report No.: 229. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/limpact-de-la-cmu-sur-la-consommation-individuelle-de-soins>
56. Collège de la médecine générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? 2014.
57. Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins. Etat des lieux des refus de soins aux bénéficiaires de la CMU [Internet]. Le blog du CoMeGAS. 2008 [cité 27 janv 2022]. Disponible sur: <http://leblogducomegas.blogspot.com/2008/09/etat-des-lieux-des-refus-de-soins-aux.html>
58. Mazalovic K, Gasiorek E, Zabawa C, Morlon F. Étude de la concordance entre le score EPICES et l'évaluation spontanée de la précarité par les médecins généralistes. exercer 2015;118:12-3.
59. L'assurance maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) pour le médecin [Internet]. 2021 [cité 27 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp>
60. Jaddo. Juste après dresseuse d'ours - Demandez-vous. [Internet]. 2015 [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <http://www.jaddo.fr/2015/09/21/demandez-vous/>



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 : GATIER Prénom : FRANÇOIS

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 Parayle Marial, le 18/02/2022

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.